

# **HELSE- OG OMSORGSPLAN GJELDANDE FRÅ 2021-**

**Legge liv til åra**



Godkjent i Surnadal kommunestyre 18.03.2021



**Surnadal  
kommune**

# Innhold

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Om planen.....   | 5  |
| 1.1   | Bakgrunn .....   | 5  |
| 1.2   | Visjon.....  | 5  |
| 1.3   | Oppsummering .....   | 6  |
| 1.4   | Oppsett.....   | 6  |
| 2     | Nasjonale føringar og sentrale rapportar .....                     | 7  |
| 2.1   | Lovgrunnlaget .....  | 7  |
| 2.2   | Sentrale føringar .....  | 7  |
| 2.3   | Regionale føringar .....   | 11 |
| 2.3.1 | "Regional delplan for folkehelse 2014 – 2017" .....                | 11 |
| 2.3.2 | "Regional delplan tannhelse" .....                                 | 11 |
| 2.4   | Nye oppgåver og samarbeid .....                                    | 12 |
| 2.5   | Lokale føringar og satsingsområde .....                            | 13 |
| 2.5.1 | «Helsetilstand i befolkninga» .....                                | 13 |
| 2.5.2 | "Planstrategi for Surnadal 2020-2023" .....                        | 13 |
| 2.5.3 | Kommuneplan for Surnadal 2020 – 2031 samfunnsdelen .....           | 14 |
| 2.5.4 | Surnadal Helsehus 2030 .....                                       | 15 |
| 2.5.5 | Surnadal blir berekraftkommune .....                               | 17 |
| 2.5.6 | Rusmiddelpolitisk Handlingsplan – gjeldande frå 2020 .....         | 18 |
| 2.5.7 | "Boligpolitisk plan» .....   | 18 |
| 2.5.8 | Personalplan for Surnadal kommune .....                            | 19 |
| 3     | Dagens utgangspunkt i helse- og omsorgstenestene.....              | 20 |
| 3.1   | Utviklingsorienterte tenester.....                                 | 20 |
| 3.2   | Regionalt samarbeid og kjøp av tenester frå andre.....             | 20 |
| 3.3   | Helse- og omsorgstrappa .....                                      | 21 |
| 3.3.1 | Koordinerende eining (KOE), koordinator og individuell plan .....  | 23 |
| 3.4   | Informasjon om tenestene.....                                      | 24 |
| 3.5   | Framtidig behov for pleie og omsorgstenester .....                 | 24 |
| 3.5.1 | Demografi .....  | 24 |
| 3.5.2 | Framtidig behov for heildøgns omsorgsplassar og heimetenester..... | 25 |
| 3.5.3 | Småhus/leiligheter for andre grupper.....                          | 28 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.6   | Tenesteproduksjon innan helse og omsorg.....                         | 28 |
| 3.6.1 | Kommunalt pasient- og brukerregister KPR (IPLOS) .....               | 30 |
| 3.7   | Kompetanse og kapasitet.....   | 32 |
| 4     | Overordna strategiar og satsingar.....                               | 34 |
| 4.1   | Ansvar for eige liv.....   | 34 |
| 4.2   | Tidleg innsats.....  | 35 |
| 4.3   | Samarbeid .....  | 35 |
| 4.3.1 | Samarbeid med brukarar, pårørande og nettverk .....                  | 35 |
| 4.3.2 | Samarbeid med frivillige .....                                       | 37 |
| 4.3.3 | Samarbeid på tvers av fag og sektorar .....                          | 37 |
| 4.4   | Rehabilitering og habilitering.....                                  | 38 |
| 4.4.1 | Rehabilitering og habilitering .....                                 | 38 |
| 4.5   | Rekruttering og kompetanse .....                                     | 39 |
| 4.6   | Digitalisering og velferdsteknologi.....                             | 41 |
| 4.7   | Gode bumiljø.....  | 43 |
| 5     | Barn, unge og familiar – utfordringar og tiltak .....                | 45 |
| 5.1   | Helse og livsstil blant barn og unge .....                           | 46 |
| 5.2   | Psykisk helse – barn, unge og familiar .....                         | 46 |
| 5.2.1 | Psykisk helse .....  | 46 |
| 5.2.2 | Risikofaktorar og utfordringar .....                                 | 47 |
| 5.2.3 | Økonomiske levekår .....   | 47 |
| 5.2.4 | Psykisk helse - ungdom.....  | 49 |
| 5.2.5 | Ungdom og fritid.....  | 50 |
| 5.2.6 | Ungdom og rus .....  | 51 |
| 5.3   | Barn og unge med nedsett funksjonsevne .....                         | 52 |
| 6     | Vaksne – utfordringar og tiltak.....                                 | 54 |
| 6.1   | Psykisk helse.....   | 54 |
| 6.1.1 | Menneske med rusproblem .....  | 55 |
| 6.2   | Minoritetshelse .....  | 57 |
| 6.3   | Menneske med ei utviklingshemming og behov for varige tenester ..... | 58 |
| 6.3.1 | Tildeling og organisering av tenestene.....                          | 59 |
| 6.3.2 | Bustad.....  | 59 |
| 6.3.3 | Aktivitet og arbeid .....  | 59 |

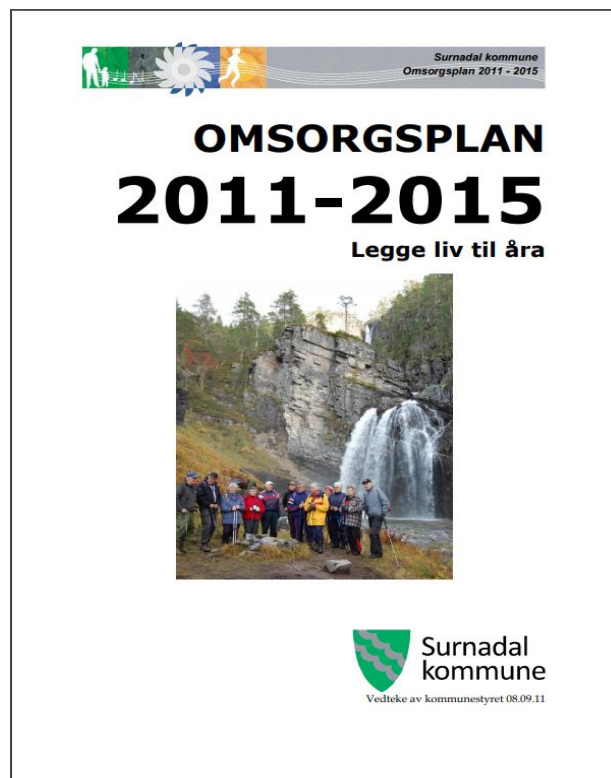
|       |  |    |
|-------|--|----|
| 6.3.4 | Fritid.....  | 60 |
| 6.4   | Seniorhelse og menneske med kroniske sjukdomar ..... | 60 |
| 6.4.1 | Frivilligsentral .....                               | 62 |
| 6.4.2 | Kvardagsrehabilitering.....                          | 62 |
| 6.4.3 | Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging .....      | 62 |
| 6.5   | Demens .....   | 63 |
| 6.5.1 | Demensomsorg.....                                    | 64 |
| 6.6   | Heildøgns tenester i institusjon .....               | 66 |
| 6.6.1 | Sjukeheimstilbodet i Surnadal kommune .....          | 66 |
| 7     | Vedlegg:.....  | 69 |

# 1 Om planen

## 1.1 Bakgrunn

Gjeldande omsorgsplan for Surnadal kommune vart vedteken i 2011. Helse- og omsorgstenestene våre har vore gjennom store endringar sidan den plana vart vedtatt. Surnadal kommune vil ut i frå statistikken forvente ei stor endring i den demografiske samansettinga i åra framover, med ein stor auke i talet eldre over 80 år fram mot 2040 og ein reduksjon i talet yrkesaktive i same periode. Det er og forventa ein auke i livstils- og aldersrelaterte sjukdommar, mange av dei eldre innbyggjarane i kommunen vil ha samansette helseutfordringar og langt fleire vil leve lenge med alvorleg sjukdom.

Ungdata- undersøkinga syner at vi og må ha fokus på barn- og unge og helsetilstanden deira. Mange barn- og unge melder at dei har utfordringar som dei ikkje kan løyse åleine.

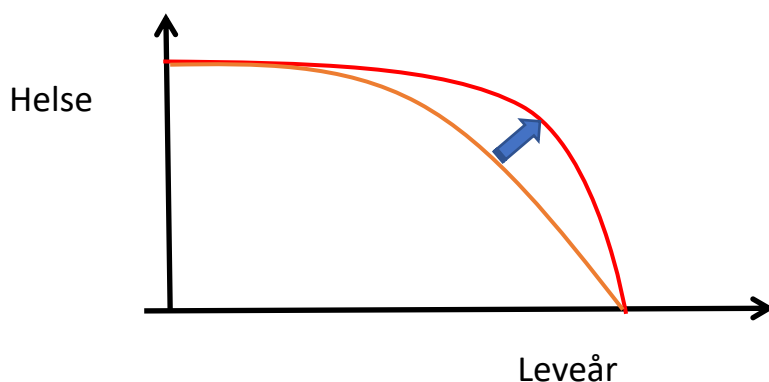


Vi ser at innbyggjarar i alle aldrar endrar levevaner i tråd med nye trendar. Vi reiser meir, har meir fokus på fritid og familieliv. Samstundes bor fleire for seg sjølv, familierelasjonar er meir samansette og kompliserte, og ein del opplever einsemd og utfordringar med å tilpasse seg alle krav og forventningar.

Innan område velferdsteknologi, innovasjon og utvikling har det skjedd mykje innan helse og omsorg både på nasjonalt og lokalt nivå.

## 1.2 Visjon

Sjølv om mykje har endra seg sidan siste omsorgsplan vart vedtatt er det ønskjeleg å vidareføre visjon frå den plana. Omsorgsplan 2011 – 2015 understrekar at vi må arbeide for at flest mogleg gjennom heile livsløpet opplever høg livskvalitet og flest mogleg leveår med ei god helse. Det er illustrert i figuren under, og ligg til grunn for vår visjon.



**Visjon:**  
**Legge liv til åra**

## 1.3 Oppsummering

Planen skal sikre at vi framleis skal ha gode helse- og omsorgstenester til innbyggjarane i Surnadal kommune, og god ressursutnytting i åra framover. Dette inneber at vi held fram med satsingane på førebygging, tidleg innsats, rehabilitering og godt utbygde heimetenester. Dette er i tråd med nasjonale føringar som peikar på førebygging og tidleg innsats som prioriterte område. Planen omhandlar også framtidige utfordringar knytt til økonomi og personell. Planen gjev ikkje ei samla oversikt over arbeidsområda og tilboda til dei ulike einingane. Denne informasjonen er å finne på nettsida til kommunen.

Planen tek utgangspunkt i dei største helseutfordringane våre og legg føringar for ei heilskapleg og berekraftig utvikling av tenestetilboda i tråd med statlege føringar. Planen legg vekt på å sette helse inn i ein større samanheng. Det er i familien, nærmiljøet, på arbeidsplassen og i lokalsamfunnet at helsa vår vert forma. Planen peikar derfor, i større grad enn det tidlegare plan gjorde, på den einskilde sitt ansvar for eige liv. Den legg og vekt på å utvikle gode strategiar for helsefremjande arbeid i samarbeid med andre aktørar. Planen dekker alle aldrar, og tydeleggjer eit sektorovergripande og tverrfaglig ansvar.

## 1.4 Oppsett

**Kapittel 2** viser kva lovverk og føringar som ligg til grunn for planen.

**Kapittel 3** omtalar helse- og omsorgstenestene slik dei er i dag, og tek opp sentrale tema som økonomi, demografi, kompetanse og kapasitet.

**Kapittel 4** beskriv sju overordna strategiar som skal syne igjen i helse- og omsorgstenestene i åra som kjem. Desse gjeld for alle aldersgrupper, og er ikkje knytt til diagnose eller hjelpebehov. Under kvar av strategiane står det kort kva vi skal gjere for å fremje han.

**Kapittel 5** omhandlar barn, unge og familiar. Her er utfordringar og konkrete tiltak knytt til helse og livsstil, psykisk helse og barn med nedsett funksjonsevne omtalt. Tiltaka står i ein eigen boks til slutt i kvart delkapittel.

**Kapittel 6** følgjer same oppsett som kapittel 5. Det omhandlar vaksne og tek føre seg utfordringar og tiltak knytt til helse og livsstil, psykisk helse, minoritetshelse, menneske med ei utviklingshemming, seniorhelse, menneske med kroniske sjukdomar og demens.

## 2 Nasjonale føringar og sentrale rapportar

### 2.1 Lovgrunnlaget

Dei mest sentrale lovene som gjeld for kommunen sine helse- og omsorgstenester er:

- Helse- og omsorgstenestelova
- Pasient- og brukarrettigheitslova
- Pasientjournallova
- Helsepersonellova
- Helseberedskapslova
- Lov om sosiale tenester i NAV
- Barnevernslova
- Psykisk helsevernlova
- Likestillings- og diskrimineringslova
- Folkehelselova
- Plan og bygningslova

Desse lovene utgjer det viktigaste juridiske grunnlaget for kommunane sitt ansvar og oppgåver innanfor helse- og omsorgssektoren. I tillegg kjem sjølvstøtt kommunelova og forvaltningslova. Av sentrale forskrifter innan område bør verdighetsgarantien, kvalitetsforskrifta og fastlegeforskrifta nemnast.

### 2.2 Sentrale føringar

Dei siste ti åra har det komme fleire stortingsmeldingar som tek for seg organisering og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstenestene. Temaet for meldingane er noko ulikt, men fellestrekk er at dei stiller ei forventning til auka effektivitet, auka kvalitet, betre brukartilpassing og betre samhandling mellom tenestene. Stortingsmeldingane gir kommunane rettleiing i korleis helse- og omsorgstenestene kan utviklast og tilpassast for å møte "eldrebølga". Desse stortingsmeldingane er førande for korleis kommunane utviklar sitt tenestetilbod i åra som kjem. I tillegg er det utarbeida ein rekke rapportar, deriblant regionale analysar og evalueringar, som vil vere relevant å legge til grunn for vidare utvikling av tenester i helse- og omsorgssektoren.

Her er ei oversikt over nokon av dei. Sjå vedlegg 1 for ei meir utfyllande oversikt over dei aktuelle dokumenta.

|   |   |
|---|---|
|    | <p><b>Kvalitetsreforma «Leve hele livet» (2017 – 2018)</b></p> <p>Reforma Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, vere trygge på at dei får god hjelp når dei har behov for det, at pårørande kan bidra utan at dei blir utslitt og at tilsette kan bruke sin kompetanse i tenestene. Hovudfokus i meldinga er å skape eit meir aldersvennleg Norge og finne nye og innovative løysingar på dei kvalitative utfordringane knytta til aktivitet og fellesskap, mat og måltid, helsehjelp, samanheng og overgangar i tenestene. Reforma skal bidra til:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fleire gode leveår der eldre beheld god helse lenger, opplever at dei har god livskvalitet, og at dei i større grad mestrar eige liv, samstundes som dei frå den helsehjelpa dei treng når dei har behov for den.</li><li>- Pårørande som ikkje blir utslitne, og som kan ha ein jamn innsats for sine næraste.</li><li>- Tilsette som opplever at dei har eit godt arbeidsmiljø, der dei får brukt kompetansen sin og gjort ein fagleg god jobb.</li></ul> <p>Målgruppa er eldre over 65 år.<br/>Innsatsområde i reforma dannar grunnlaget for satsingsområda for denne aldersgruppa i plana.</p> |
|  | <p><b>Folkehelsemeldinga «Gode liv i eit trygt samfunn» (2018/2019)</b></p> <p>Folkehelsemeldinga følgjer opp delar av kvalitetsreforma «Leve hele livet». Hovudtrekka i utfordringsbildet er i all hovudsak dei same som i 2015. Folkehelsearbeidet må vere langsiktig, og mange element frå den tidlegare meldinga blir vidareført og forsterka. Folkehelsemeldinga legg særleg vekt på å forsterke innsatsen på</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tidleg innsats for barn og unge</li><li>- Forebygging av einsemd</li><li>- Mindre sosiale ulikheiter i helse.</li></ul>  |





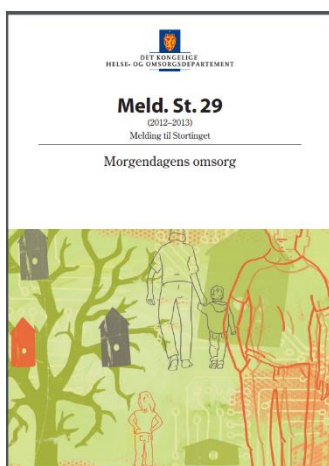
### Kvalitet og pasientsikkerhet 2018 (2019–2020)

Stortinget har gjeve si tilslutning til framlegging av årlege meldingar om kvalitet og pasientsikkerheit i helse- og omsorgstenesta. Formålet med meldingane er større openheit og auka merksemd om kvalitet og pasientsikkerheit både i den nasjonale og den lokale helsepolitikken. Ved å legge fram årlege meldingar kan utviklinga blir fulgt regelmessig og over tid. Som dei tidlegare meldingane, beskriv også denne status og utfordringar for kvalitet og pasientsikkerheit



### Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015 – 2020)

Strategien skal legge til rette for frivillig innsats som bidreg til inkluderande lokalsamfunn der flest mulig i alle aldrar kan leve aktive og meningsfulle liv, og bidra til å hindre einsemd og utanforskap gjennom å leggje til rette for aktiviterar og fellesskap med andre.



### Stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg»

peikar på at helse- og omsorgstenestene skal legge til rette for at:

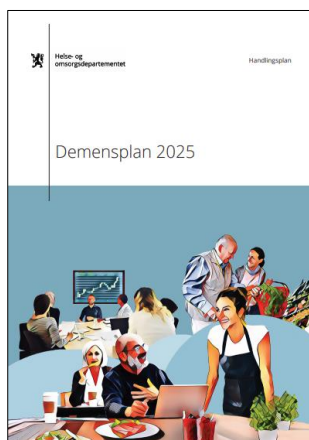
- Innbyggjarane i større grad vert ein ressurs i eige og kvarandre sine liv.
- Lokalsamfunnet mobiliserast på nye måtar
- Brukarane får betre høve til å meistre kvardagane gjennom velferdsteknologi
- Ressursane i ideelle og frivillige organisasjonar vert tekne i bruk på nye måtar.

Desse ressursane er ikkje nye, men det er først når vi systematisk trekkjer inn ulike aktørar i utforming og produksjon av tenestar at nye løysingar oppstår.



### **Mestre hele livet – regjeringas strategi for god psykisk helse (2017 – 2022)**

Folkehelsekoordinatorfunksjonen i kommunar og fylke skal utviklast gjennom skoloring i psykisk folkehelsearbeid. Program for folkehelsearbeid gjennomførast frå 2017 – 2027, og rettar seg i særleg grad mot barn og unge.



### **Demensplan 2025 – eit meir demensvennleg samfunn**

Demens er ein av dei største globale utfordringane verden står overfor. Demensplanen er den tredje i rekka, og byggjer på erfaringane frå dei to tidlegare planene.

Demensplan 2025 har fire innsatsområde:

- Medbestemming og deltaking
- forebygging og folkehelse,
- gode og sammenhengande tenester
- planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling.



### **Primærhelsemeldinga (2014 – 2015)**

Primærhelsemeldinga legg opp til meir temabasert organisering av helsetenestene gjennom primær- og oppfølgingsteam, samt meir samarbeid med omkringliggjande kommunar. Kommunane må få på plass meir helse- og sosialfagleg kompetanse ved å etterutdanne helsepersonell utan fagkompetanse, samt gi leiarar meir leiarkompetanse. Fokuset må endrast frå behandling til forebygging i dei kommunale helsetenestene i åra som kjem.

|  |   |
|--|---|
|   | <p><b>Alle trenger et trygt hjem</b></p> <p>Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021 – 2024)</p> <p>Regjeringa har fastsett følgjande mål for å forsterke innsatsen i åra som kjem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fleire skal kunne eige sin eigen bustad</li> <li>- Leige skal vere eit trygt alternativ</li> <li>- Sosial bærekraft i boligpolitikken</li> <li>- Tydelege rollar, nødvendig kunnskap og kompetanse</li> </ul>   |
|  | <p><b>Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid (2008 – 2009)</b></p> <p>Samhandlingsreformen sette fokus på samhandling mellom tenestene og pasientforløp.</p> <p>Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgsjenestene si evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå eit felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte.</p> <p>Forløp er den kronologiske kjeden av hendingar som utgjer pasientane sitt møte med ulike delar av helse- og omsorgstenestene. Gode forløp er kjennetegna av at ulike hendingar er sett sammen på ein rasjonell og koordinert måte for å møte pasienten sine ulike behov.</p> |

## 2.3 Regionale føringar

### 2.3.1 "Regional delplan for folkehelse 2014 – 2017"

Regional delplan for folkehelse skal vere eit grunnlag for det samla arbeidet med folkehelse i Møre og Romsdal. Planen skal gi fylkeskommunen, kommunale og regionale styresmakter, institusjonar, organisasjonar og næringsliv eit prioriterings- og avgjerdsgrunnlag.

### 2.3.2 "Regional delplan tannhelse"

Regional delplan tannhelse gjer greie for sentrale utviklingstrekk, utfordringar og strategiske vegval for den offentlege tannhelsetenesta i fylket. Planen er eit verktøy for å ta vare på fylkeskommunen sitt samfunnsoppdrag på tannhelsefeltet. Planen skal gi fylkeskommunen eit prioriterings- og avgjerdsgrunnlag i arbeidet med å organisere

førebyggjande tiltak og gi eit regelmessig og oppsøkande tilbod om tannhelsetenester til prioriterte grupper i befolkninga.

## 2.4 Nye oppgåver og samarbeid

Kommunane får stadig fleire oppgåver dei skal løyse gjennom endringar i lov, forskrifter og sentrale føringar elles. Samhandlingsreforma førte då den kom til fleire, større og meir faglege utfordrande oppgåver i helse- og omsorgstenesta i kommunane. I dette ligg det å ta ansvar for innbyggjarar i alle aldersgrupper som er alvorleg sjuke og har komplekse utfordringar på den eine sida, og på den andre sida sette inn tiltak som kan førebygge behov for tenester både i spesialisthelsetenesta og i kommunen. Fleire pasientar vert tidlegare utskrivne, er dårlegare (ofte nyopererte) og har behov for tettare oppfølging frå tenesta enn tidlegare. Det er også vorte meir fokus på trening i forkant av ein del operasjonar enn tidlegare. Nasjonale signal går framleis på at kommunen skal ta hand om stadig fleire oppgåver i framtida.

Samhandlingsreforma legg til grunn at kommunane skal ta eit større ansvar for behandling og oppfølging av pasientar, også innan psykisk helse og rus. Tal institusjonsplassar i spesialisthelsetenesta er bygd ned, og fleire skal få si hjelp i kommunane.

Kommunar og helseføretak er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.juni 2011 §6-1 m.fl. pålagt å inngå samarbeidsavtale. Formålet er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelinga seg i mellom og bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester. For å sikre at avtalen til ein kvar tid er i samsvar med gjeldande rettspraksis, lover og forskrifter, har partane forplikta seg til å foreta ein gjennomgang og evaluering anna kvart år ved utgangen av året . Samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal vart sist revidert før jula 2020. Samarbeidsavtale med St. Olav blir lagt fram til godkjenning vinteren 2021.

Inngått avtale mellom regjeringa og KS om innføring av helsefellesskap, har gitt føringar for arbeidet med revisjonen. Regjeringa og KS ønskjer at kommunar og helseføretak skal utvikle samarbeidet mot partnerskapstenking, framfor partar. Avtalen om helsefellesskap gir viktige prinsipp for utviklingsretning i utarbeiding av nye samarbeidsavtalar.

Ansvar for hjelpemiddel er delt mellom NAV og kommunane. Ansvarsdelinga er i stadig endring, og kommunane får ein større del av ansvaret. Dette krev personell til å handtere hjelpemiddelformidlinga, lagerkapasitet, økonomisk ressursar for å holde eit passeleg lager og utval, samt ressursar til vedlikehald. Regelverket som regulerer kva

den enkelte må skaffe seg sjølv og kva som er det offentlege sitt ansvar er også i endring. Nybygg i dag ivaretek ofte dei problemstillingane som ein del hjelpemiddel og tilrettelegging skal løyse.

I «Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering» (2017-2019) er det eit mål at ytterlegare fleire pasientar skal motta rehabilitering i kommunane i åra framover. Kommunane skal setjast i stand til å gje eit godt rehabiliteringstilbod og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta.

## 2.5 Lokale føringar og satsingsområde

### 2.5.1 «Helsetilstand i befolkninga»

I folkehelselova er kommunane pålagt å ha eit skriftleg dokument som viser kva faktorar som kan verke inn på helsetilstand i befolkninga. Kunnskapsgrunnlaget skal identifisere dei viktigaste folkehelse-utfordringane, og ha eit særleg fokus på sosial ulikskap i helse. Parallelt med arbeidet med Helse- og omsorgsplanen er det arbeidd med å utarbeide eit slikt dokument.



### 2.5.2 "Planstrategi for Surnadal 2020-2023"

Kommunen sin vedtekne planstrategi inneheld dei viktigaste måla og strategiane for å oppnå ønska samfunnsutvikling, og bygger på interne og eksterne utfordringar og utviklingstrekk.

## 2.5.3 Kommuneplan for Surnadal 2020 - 2031 samfunnsdelen



I samfunnsdelen, kapitlet om Sosial bærekraft står det m.a. slik:

Sosial bærekraft handler om å sette menneskelege behov i sentrum, og å gi sosial rettferdighet og like livssjansar for alle. Gjennom livet har mennesket behov for både trygghet, tillit og passende utfordringar for å få opplevinga av å mestre livet. Det betyr også at ein sjølv må få mulegheit for å lere og utvikle seg, få ansvar for og mulegheit for å skape og å finne meining i livet sitt, helt til ein skal ut av livet. Respekten for mennesket ligger i å involvere det i eit engasjert felleskap og få mulegheit for å utvikle kunnskap saman med andre.

### Føringar for området Helse- og omsorg omtalt i samfunnsdelen:

**Helse- og omsorgstenestene** skal sørge for gode og forsvarlege helsetenester og fremme gode og likeverdige vilkår for ei god helseutvikling. Forventa auka helseutgifter, endringar i befolkningssamansettinga og auka sjukdomsbyrde representerer både lokalt, nasjonalt og globalt store utfordringar for bærekraft. Kommunen arbeider for å skape bærekraftige løysingar som motverker sosiale helseforskjellar og som fremmer god helse for alle uansett alder. Mange forhold påverkar innbyggjaranes helse og livskvalitet. Eksempel på dette er tilgang til aktive nærmiljø, inkluderande lokalsamfunn, dei fysiske omgivelsane, oppvekst- og skuleforhold, tilgang på arbeid og forhold knytt til levevaner.

Nødvendig innsats blir sett inn tidleg for å førebygge aukande sjukdomsbyrde. Målet er at innbyggjarane i størst muleg grad skal mestre eigen livssituasjon ved å skape gode løysingar og tiltak saman med kommunen og aktørar i nærmiljøet og sivilsamfunnet.

Helsetenestene står overfor store endringar, og det er særleg fem forhold som påverker korleis helse- og omsorgstenestene vil utvikle seg:

- Demografisk utvikling – endringar i befolkningsammansettinga
- Endringar i sjukdomsbildet i befolkinga
- Endringar i spesialisthelsetenesta – ringverknader for pasientar og kommunar
- Rekrutteringsutfordringar
- Utvikling av e-helse og velferdsteknologi

For å kunne møte og handtere dei endringane vi står overfor, har vi søkelys på folkehelse som deltaking og mestring som gjennomgåande prinsipp for all tenesteproduksjon.

Folkehelseprofilen for 2020 viser at det står bra til med folkehelsa i Surnadal. I aldersgruppa 45 år og eldre er andelen som bur åleine lågare enn landsnivået. Andelen som bur i husstandar med låg inntekt, er lågare enn landsnivået. Andelen ungdomsskuleelevar som opplever at det er trygt å ferdist i nærområdet på kveldstid er på 92%.

Tilgang til miljøkvalitetar som rein luft, støyfrie område og rekreasjon ligg langt over landsnivået. Kommunen har ein god del dårlegare kollektivtilbod enn fylket og resten av landet.

Ungdata 2020 viser at dei aller fleste barn og unge som har svart, har det bra og mange er veldig godt nøgd både med livet, forelder, skule, nærmiljø osv. Likevel er det nokre område som er utfordrande. Elevar frå mellomtrinnet i grunnskulen til vidaregåande rapporterer om bruk av smertestillande medikament som Paracet o.l. mot hodepine og andre fysiske smerter, dagleg eller kvar veke. Vi ser også at elevar på mellomtrinnet rapporterer om ulike helseplager, samt at ein god del har problem med å sove. Ungdom i Surnadal drikk meir enn landsgjennomsnittet. Tal for ungdomsskulen er på 17 %, medan landsgjennomsnittet ligg på 13%. For vidaregåande skule ligg talet på 75%, medan landsgjennomsnittet ligg på 58%.

#### **2.5.4 Surnadal Helsehus 2030**

Surnadal kommunestyre fatta i møte den 05.02.2020, sak 2/20 slik vedtak:

- Arbeidet med planlegging og dimensjonering av eit framtidig «Surnadal Helsehus 2030» på Bårdshaugen skal halde fram, med både gjennomføring av byggeprosjekt på kort sikt og meir langsiktige utviklingsplaner - hand i hand.
- I det vidare arbeidet skal heile Bårdhaugsområdet (med noverande bygningsmasse og mulege nybygg) vere ein del av løysinga. Her ser ein for seg samlokalisering av sjukeheim, omsorgsbustader, heimeteneste og andre tilknytte helse- og omsorgstenester.

- Graden av gjenbruk av eksisterande bygningsmasse, samt dimensjonering og tenesteinnhald må avklarast og tilpassast undervegs i planprosessen, parallelt med bygging (fase 1 og 2) av omsorgsbustader.
- Fase 1 er bygging av nye omsorgsbustader i 2020/2021 går som vidare jfr. detaljplanlagt prosjekt. Forventa byggestart sommaren 2020.
- Detaljplanlegging av omsorgsbustader fase 2 skal starte parallelt med dette, i tråd med investeringsbudsjettet for 2022 og 2023. Eiga sak for vedtak av oppstart blir lagt fram i 2021.
- Kommunedirektøren skal halde kommunestyret fortløpande orientert om framdrift, med både skriftleg og muntleg rapportering.
- Surnadal kommune skal ta ei leiande rolle i implementeringa av reformen «Leve hele livet» og med det søkje om midlar frå Helse- og omsorgsdepartementet til utviklingsarbeid, planlegging av utbygging og organisering av tenestene. Vi skal vise i planverket vårt korleis reformen skal følgast opp lokalt. I 2020 skal vi vidareutvikle modellane vi for heilheitlege pasientforløp slik at kvalitet, kompetanse og kontinuitet blir ivareteke i tråd med områda i «Leve hele livet»
- Heimetenester, omsorgsbustader, dagsenter og sjukeheim som er samla innan pleie og omsorg på Bårdshaugen, blir frå i dag «Surnadal helsehus».
- Så snart arbeidsgruppen kommer fram til en estimert totalkostnad for et mulig realistisk valgt alternativ for løsning, vil kommunedirektøren bake tallene for både investering og drift inn i økonomiplanen, og legge dette fram for kommunestyret. Dette for at kommunestyret så tidlig som mulig kan få innblikk i og muligheter til å diskutere de økonomiske driftskonsekvensene.

I denne plana ligg dette vedtaket som ein grunnpilar for dei vurderingane som blir gjort innafor dei fleste områda. Neste trinn i arbeidet med Helsehus vil vere å etablere ei overordna plan og byggenemnd som skal føre arbeidet fram til mål.

#### Frå Surnadal helsehus - Mulighetsstudie



PKA arkitekter



### 2.5.5 Surnadal blir berekraftkommune

Den 5. februar 2020 vedtok eit samla kommunestyre at Surnadal kommune skal bli berekraftkommune. Fleire og fleire kommunar og fylkeskommunar tek i bruk FN sine 17 berekraftmål frå 2015 som rammeverk for planarbeidet sitt. I følge FN sin definisjon handlar berekraftig utvikling om å ta vare på behova til menneske som lever i dag, utan å øydelegge framtidige generasjonar sine mulegheiter til å få dekt sine behov. Berekraftsmåla reflekterer dei tre dimensjonane i berekraftig utvikling: klima og miljø, økonomi og sosiale forhold.



I denne plana vil ein leggje vekt på særleg desse bærekraftsmåla og tiltak som kan bidra til:

- Utrydde alle former for fattigdom i hele verden
- Utrydde sult, oppnå matsikkerhet og bedre ernæring, og fremme bærekraftig landbruk
- Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder
- Sikre inkluderende, rettferdig og god utdanning og fremme muligheter for livslang læring for alle
- Oppnå likestilling og styrke jenters og kvinners stilling
- Gjøre byer og bosettinger inkluderende, trygge, motstandsdyktige og bærekraftige
- Sikre bærekraftige forbruks- og produksjonsmønstre
- Fremme fredelige og inkluderende samfunn for bærekraftig utvikling, sørge for tilgang til rettsvern for alle og bygge velfungerende, ansvarlige og inkluderende institusjoner på alle nivåer

## 2.5.6 Rusmiddelpolitisk Handlingsplan – gjeldande frå 2020



Rusmiddelpolitisk Handlingsplan vart godkjent av Surnadal kommunestyre den 2. september 2020.

Etter §1-7d i alkohollova er kommunen pålagt å utarbeide ein alkoholpolitisk handlingsplan. Det blir frå sentrale styresmakter anbefalt å sjå alkohol- og narkotikapolitikken i samanheng. Surnadal kommune har ut i frå dette utarbeidd ein heilskapleg rusmiddelpolitisk handlingsplan, som den alkoholpolitiske handlingsplanen er ein del av.

Plana seier noko om status når det gjeld bruk av rusmiddel i kommunen, og inneheld ei tiltaksplan med særleg fokus på forebyggjande tiltak, hjelp til personar med rusproblem og oppfølging og rehabilitering av rusavhengige.

## 2.5.7 "Boligpolitisk plan»

Kommunestyret vedtok 10.11.16 ein boligpolitisk plan for kommunen sin bustadpolitikk i åra som kjem. Denne plana er no under revidering.

Surnadal kommune skal sørge for god boligutvikling i kommunen. Kommunen har eit ansvar for å medverke til å skaffe bustader til vanskelegstilte på bustadmarknaden (Helse- og omsorgstenestelova § 3-7 og Sosiale tenester i NAV § 15). Dette gjeld innbyggjarar som ikkje greier å skaffe seg bustad på den opne bustadmarknaden p.g.a. dårleg økonomi, sosiale vanskar, manglande buevne eller som har behov for meir oppfølging i bustaden p.g.a. endra funksjon. Der det finst grupper med særskilte behov, kan kommunen opptre som utleigar av boligar tilpassa desse behova.

Boligpolitisk plan skal gjere det enklare å styre boligutviklinga. Surnadal kommune skal til ein kvar tid ha nok eigna kommunale gjennomgangsboligar og omsorgsboligar, samt at vi skal jobbe aktivt for å få til ein auka bruk av alle Husbankens økonomiske verkemiddel.

Planen skal vise:

- korleis kommunen skal bidra til å legge til rette for tomter og utbygging
- kommunen sin boligsosiale rolle
- kommunen sine boligoppgåver og rolle som eigar og forvaltar

I tillegg ønsker Surnadal å utarbeide ein plan som bidreg til at ein får mest muleg ut av dei statlege økonomiske verkemidla og at ein får utnytta det boligpolitiske spelerommet som ligg føre.

## **2.5.8 Personalplan for Surnadal kommune**

Personalplanen 2019 – 2023 vart vedteke 20.06.19.

Kommunestyret har det overordna arbeidsgjevaransvaret i kommunen, og dei har også vedteke dei overordna arbeidsgjevarstrategiane og målsetjingane for arbeidet i kommunen. Personalplanen tek utgangspunkt i desse strategiane og måla frå Samfunnsdelen i Kommuneplanen.

Overordna strategiar frå samfunnsplanen:

- Legge til rette for ein inkluderande, sunn og aktiv livsstil, ved at det blir teke omsyn til folkehelsa i alle planar og tiltak.
- Legge til rette for like og reelle valmulegheiter innanfor utdanning og arbeidsliv, ved at det blir teke omsyn til kjønn, funksjonsevne og etnisitet i alle planar og tiltak.

Ein ser også at endringane i samfunnsutviklinga dei siste åra har skote meir fart. Det er særleg nokre store globale megatrendar som også påverkar samfunnsutviklinga her i Surnadal. Dei sterkaste megatrendane er:

- Auka globalisering og mobilitet
- Auka digitalisering
- Demografisk utvikling – befolkninga blir eldre
- Sterk urbanisering

For å møte desse endringane, må Surnadal kommune ta omsyn til desse endringane i sin arbeidsgjevarstrategi.

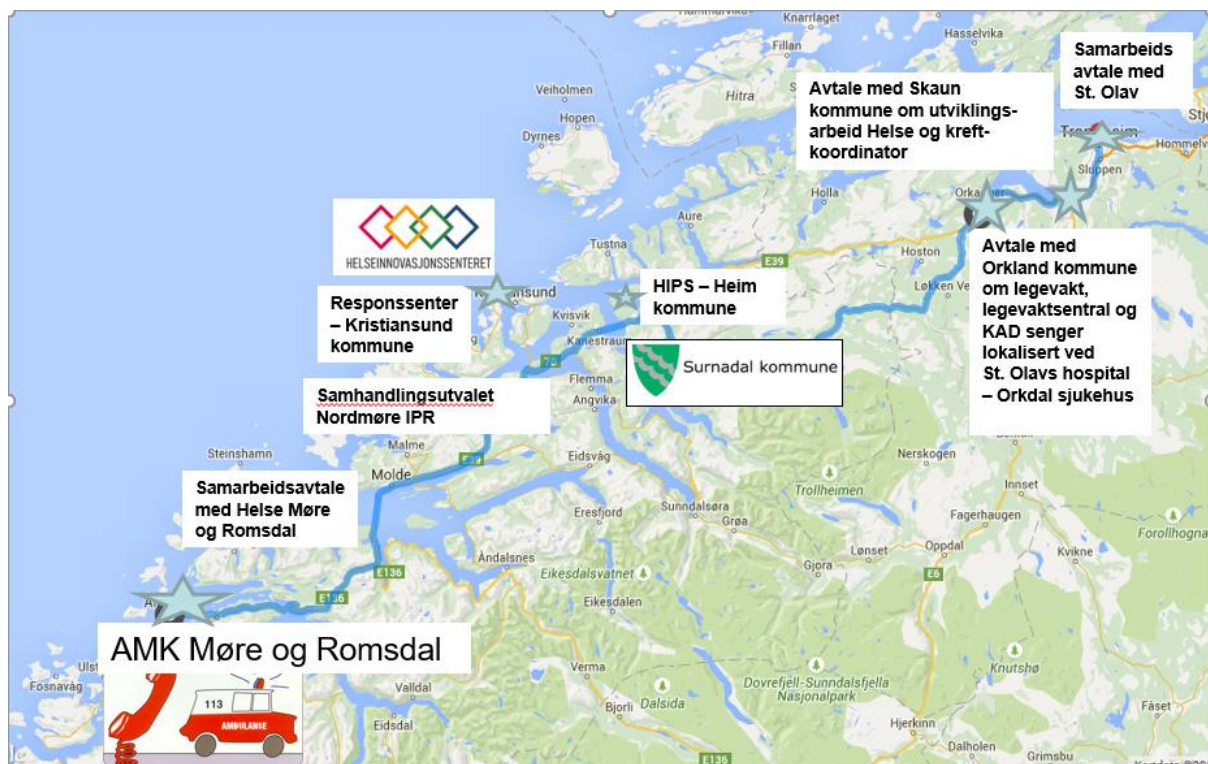
## **3 Dagens utgangspunkt i helse- og omsorgstenestene**

### **3.1 Utviklingsorienterte tenester**

Surnadal har ei utviklingsorientert helse- og omsorgsteneste. Mange av dei tilsette har tileigna seg kompetanse på felt som vil bli meir etterspurd i åra som kjem. Helse- og omsorgsplanen inneheld derfor strategiar for å utnytte dette fortrinnet i møte med utfordringar vi står ovanfor dei kommande åra. Surnadal har i fleire tiår satsa på heimebaserte tenester, rehabilitering og korttidsplassar. Det har vore auka satsing frå institusjon til heimebaserte tenester. Dette har gjort det mogleg for eldre å bu heime lenger. Utviklingsarbeid i kommunen dei seinare åra har bygd opp under denne satsinga. Her kan vi nemne: rehabilitering og kvardagsrehabilitering, velferdsteknologi, tidleg innsats og førebygging. Satsinga på heimebaserte tenester, og i tillegg samhandlingsreforma, gjer at vi i større grad yter tenester i heimane til pasientar som er generelt dårlegare og meir komplekst sjuke enn tidlegare. Kompetansen blant dei tilsette for å handtere dette er viktig. I den nye planen vil vi byggje vidare på satsinga på førebygging og stor grad av heimebaserte tenester. Det er og viktig å halde fram med å legge til rette for at folk kan ta ansvar for, og meistre eige liv.

### **3.2 Regionalt samarbeid og kjøp av tenester frå andre**

Surnadal kommune deltek på fleire arenaer for å kunne yte gode tenester til innbyggjarane. I kartet nedanfor har ein prøvd å synleggjere kor kompleks avtalestrukturen etter kvart har vorte. Det er slett ikkje alle samarbeid som er teke inn i figuren, men dei som er mest relevante når det gjeld helse- og omsorgstenestene.



### 3.3 Helse- og omsorgstrappa

Helse- og omsorgstrappa (fig. 1) illustrerer kva nivå vi tenker dei ulike tenestene i helse- og omsorgssektoren ligg på i forhold til kvarandre. Det er eit mål å yte tenester på det lågast moglege nivået, under føresetnad av at det er forsvarleg. På neste side kjem ei beskriving av dei ulike nivåa.

|                   | Nivå 1  | Nivå 2                                      | Nivå 3                                      | Nivå 4  | Nivå 5                                   | Nivå 6  | Nivå 7  |
|-------------------|---|---|---|---|--|---|---|
|                   | Informasjon om tenester, trenings- og aktivitets-tilbod | Tryggleiks-<br>alarm                        | Omsorgs-<br>stønad                          | Heime-<br>tenester  | Kortids-<br>opphald i<br>institusjon     | Omsorgs-<br>bustad med<br>bemanning<br>delar av<br>døgnet | Langtids-<br>plass i<br>institusjon                               |
|                   | Hjelp til tilrette-<br>legging i<br>eigen heim          | Matom-<br>bringing                          | Støtte-<br>kontakt                          | Omsorgs-<br>bustad  | Avlastnings-<br>opphald i<br>institusjon |   | Omsorgs-<br>bustad med<br>bemanning<br>gjennom<br>heile<br>døgnet |
|                   | Formidling<br>av hjelpe-<br>middel                      | Opplæring<br>i bruk av<br>hjelpe-<br>middel | Dag-<br>aktivitets-<br>tilbod/<br>transport | Avlastning<br>utanfor<br>institusjon<br>(barn og<br>unge) | Rehabili-<br>terings-<br>opphald         |   |   |
|                   | Følgjekort  | Kvardags-<br>rehabili-<br>tering            |   | Heime-<br>rehabili-<br>tering                             |  |   |   |
| Velferdsteknologi |   |   |   |   |  |   |   |

Figur 1: Helse- og omsorgstrappa

#### Nivå 1:

Informasjon og rettleiing er viktig for at den einskilde skal kjenne rettane sine, og for å orientere seg i kva tilbod helse- og omsorgstenesta kan gje. Informasjon om følgjekort, drosjekort (TT-kort) og kva tenester og tilbod Surnadal kommune kan gje er tilgjengeleg på kommunen si heimeside, på servicetorget, og vert orientert om ute i einingane. I tillegg har tilsette ei informasjonsplikt ovanfor brukarane. Rettleiing, lærings- og mestrings-tilbod, tilrettelegging med hjelpemiddel og utstyr kan vere det som skal til for å gje auka grad av mestrings- og dermed førebygge behov for andre tenester.

#### Nivå 2:

Tryggleiksalarm og anna varslingsteknologi kan vere eit godt tiltak for å trygge dei som er engsteleg for å bu aleine heime, har ustabil sjukdom eller er ustø og har lett for å ramle. Matombringing kan vere eit førebyggjande tiltak for å sikre god ernæringsstatus. Opplæring i

bruk av hjelpemidlar vil kunne gje auka eigenmestring og unngå eit hjelpebehov. Kvardagsrehabilitering kan også vurderast.

**Nivå 3:**

Omsorgstønad, støttekontakt og dagaktivitetstilbod er tenester som bidreg til at fleire kan bu heime lengre.

**Nivå 4:**

Når ein har nådd dette nivået er bistandsbehovet blitt så stort at ein må inn med heimetenester i form av kvardagsrehabilitering, heimesjukepleie, praktisk bistand og opplæring i daglege gjeremål og personleg hygiene. På dette nivået kan det og vere eit alternativ å flytte til meir egna bustad.

**Nivå 5:**

På dette nivået er det ikkje lenger nok å berre yte bistand i eigen heim. Korttidsopphald kan ha ulike føremål, og vere eit ledd i rehabilitering, behandling eller for å vurdere rett omsorgsnivå framover. Avlastningsopphald er eit tiltak for å gje høve til ferie og fritid for personar som har omfattande omsorgsoppgåver i heimen.

**Nivå 6:**

Omsorgsbustad som er bemanna deler av døgnet.

**Nivå 7:**

Omsorgsbustad med bemanning gjennom heile døgnet, og langtids plass i institusjon. Dette er meint for sær s pleietrengande, og for demente som ikkje lenger fungerer i eigen heim. Det er ein føresetnad at andre tenester er prøvd eller vurdert fyrst.

Helsestasjon og andre helsetenester til barn og unge blir omtalt under kap. 5.

### **3.3.1 Koordinerande eining (KOE), koordinator og individuell plan**

Tenestemottakar som treng langvarige tenester frå fleire aktørar har rett til å få oppnemnt koordinator og skal få tilbod om å få utarbeidd ein individuell plan (Lov om kommunale helse- og omsorgstenester, kap 7). Målet er å bidra til at tenestemottakarar som treng langvarige og samansette tenester frå fleire aktørar skal få eit heilskapleg tenestetilbod. Dette inneber å sørgje for at det er kontinuitet i tiltaka over tid, uavhengig av kven som har ansvaret.

Koordinerande eining er organisatorisk plassert i Helse og familie. Einingsleiar for Helse og familie har det overordna ansvaret for KOE, medan utøving av oppgåver er lagt til ein koordinator/ rådgjevar.

Koordinerande eining (KOE) har mynde til å oppnemne koordinator, og har eit overordna ansvar for opplæring og rettleiing av koordinatorane i samband med utarbeiding av individuell plan. KOE har vidare ansvar for å sette i verk koordinering mellom tenester i høve pasientar og brukarar. Det er utarbeidd eit dokument som beskriv mandat,

organisering og mynde for koordinerende eining. Dokumentet er politisk behandla og er å finne i kommunen sitt kvalitetssystem.

### 3.4 Informasjon om tenestene

Helse og omsorgstenester ytast frå einingane i sektoren. Informasjon om dei ulike tenestene finst på kommunen si heimeside, men også i einstilte brosjyrar og informasjonsskriv.

Det er utarbeidd eit felles elektronisk søknadsskjema for helse- og omsorgstenestene i Surnadal kommune som og er tilgjengeleg på kommunen si heimeside. (Skjemaet er og råd å få på papir.) I søknaden beskriv ein kva det er behov for hjelp til, og så blir det gjort ei vurdering av kva tilbod/tenester som kan vere aktuelle etter dialog med søkjar. Det kan og bli innhenta uttale frå t.d. lege før søknaden blir avgjort.

- Kort- og langtidsopphald på sjukeheim
- Heimesjukepleie
- Psykisk helsearbeid
- Heimehjelp
- Dagsenter for eldre/psykiatri/buteneste
- Fysioterapi og ergoterapi
- Omsorgsbustad
- Pårørandestøtte (omsorgsstønad, støttekontakt, avlastningstiltak)
- Trygghetsalarm og matombringning
- Transportstøtte for funksjonshemma
- Brukarstyrt personlig assistent
- Individuell plan

I tillegg kjem tenester som det ikkje må søkast om. Dette gjeld oppfølging frå fastlegen eller helsestasjonen, individuell plan, personleg koordinator, lærings- og mestringstilbod, habilitering, ergoterapi og fysioterapi. Vi har både kommunale fysioterapeutar og privatpraktiserande fysioterapeutar med driftstilskot.

### 3.5 Framtidig behov for pleie og omsorgstenester

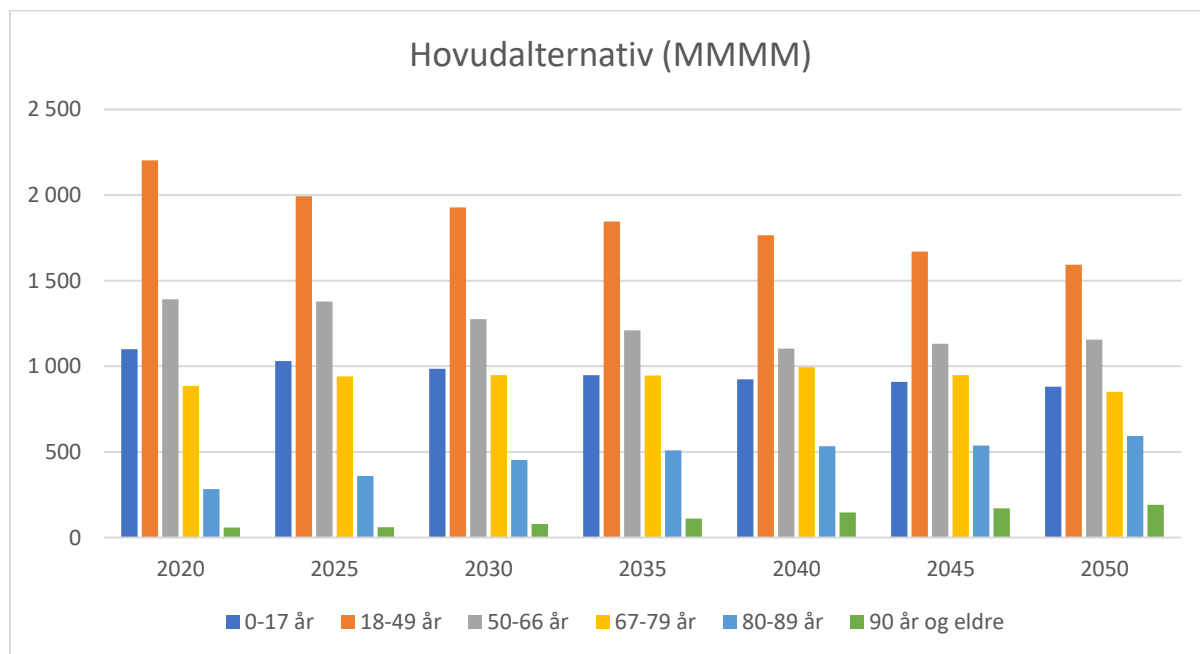
#### 3.5.1 Demografi

Framskrive folketal viser at det i 2030 kjem til å bu om lag 254 fleire i aldersgruppa 67 år og eldre her i Surnadal enn det gjer i dag. Framskrivninga viser samtidig at det vil vere om lag 392 færre i yrkesaktiv alder i 2030. I 2050 vil det bu 410 fleire personar i aldersgruppa 67 år og eldre, mens det vil vere 845 færre i yrkesaktiv alder. Om vi skal ha same dekningsgrad (ca. 31%) av tenester til innbyggjarane frå 67 år og eldre, vil vi i 2030 ha 96 fleire tenestemottakarar enn i dag. Dette kan sjåast som ei dobbel demografiske utfordring med ei mogleg framtidig auke i tal brukarar, kombinert med



reduisert tilgang til arbeidskraft. I møte med desse store demografiske endringane er det vanskeleg å sjå føre seg at helse- og omsorgsoppgåvene i framtida kan løysast på same måte som i dag.

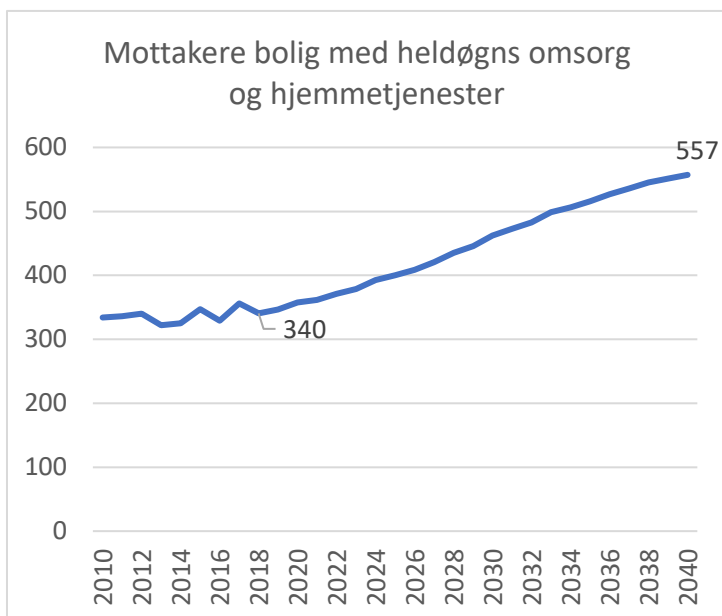
### Folketalsframskriving SSB



|                | Hovudalternativ (MMMM) |       |       |       |       |       |       |
|----------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                | 2020                   | 2025  | 2030  | 2035  | 2040  | 2045  | 2050  |
| 0-17 år        | 1 100                  | 1 031 | 985   | 948   | 924   | 909   | 882   |
| 18-49 år       | 2 202                  | 1 994 | 1 927 | 1 846 | 1 765 | 1 669 | 1 593 |
| 50-66 år       | 1 392                  | 1 379 | 1 275 | 1 211 | 1 103 | 1 132 | 1 156 |
| 67-79 år       | 885                    | 941   | 948   | 947   | 995   | 949   | 852   |
| 80-89 år       | 282                    | 360   | 453   | 510   | 534   | 537   | 593   |
| 90 år og eldre | 59                     | 61    | 79    | 110   | 147   | 170   | 191   |

### 3.5.2 Framtidig behov for heildøgns omsorgsplassar og heimetenester

Framskrivingsverktøyet omsorgsbehov 2040 illustrerer framtidig behov for heildøgns omsorgsplassar og heimetenester. Verktøyet er utvikla av Helseøkonomisk Analyse AS på oppdrag frå KS. Framskrivingsverktøyet tek utgangspunkt i statistiske analysar av KOSTRA-data og befolkningsframskrivingar frå SSB. Legg ein SSBs framskrivingsalternativ MMMM og 2 prosent reduksjon i behovet for heildøgns omsorgsplassar innan 2040 til grunn, (reduksjon i talet omsorgsplassar fører til tilsvarende auka behov for heimetenester), blir framskrivinga sjåande slik ut:



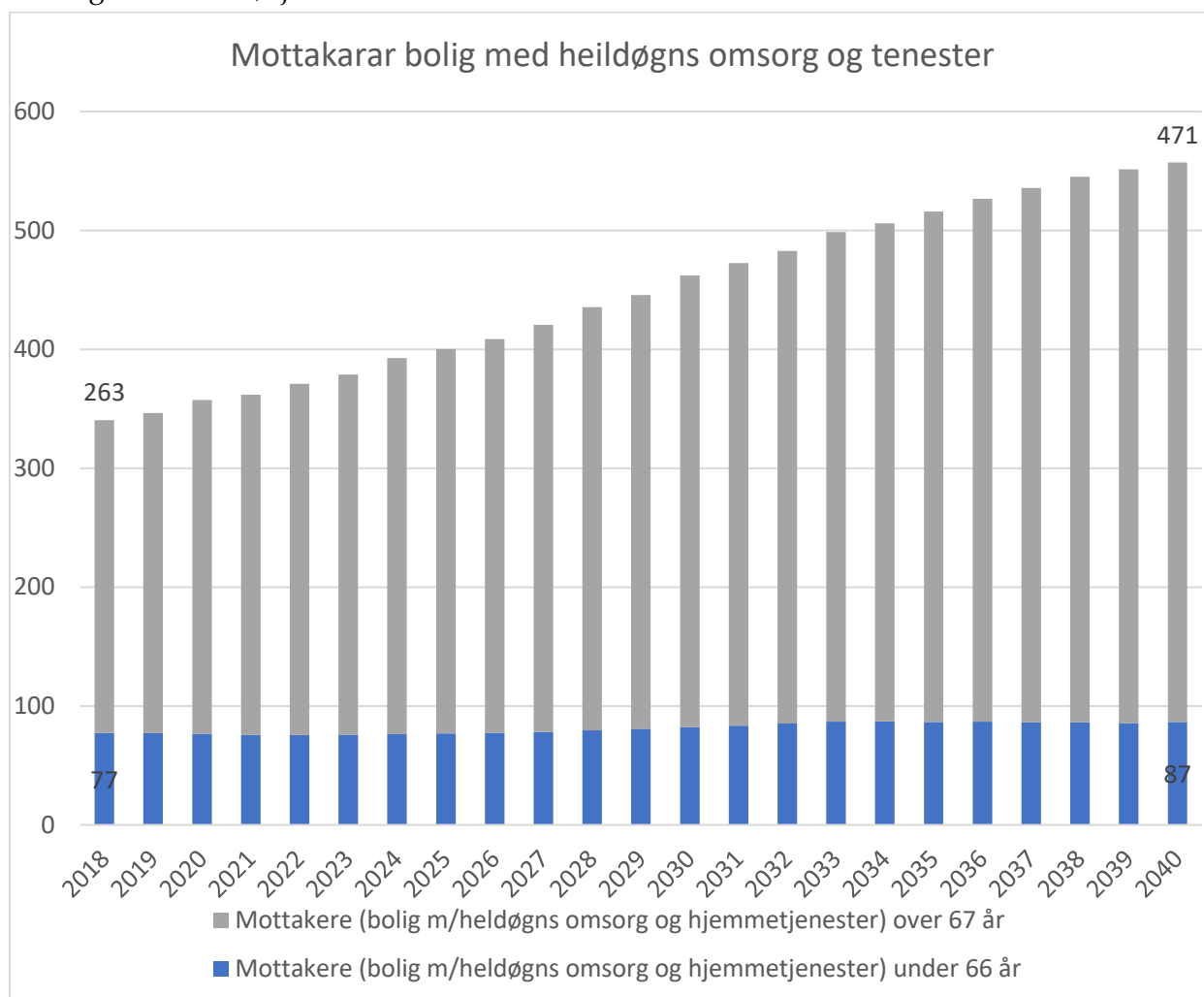
Tabellen syner ein stor auke i behovet for bolig med heildøgns omsorg og heimetjenester fram mot 2040. Totalt ein auke på 217.

Deler ein opp tabellen der kvar gruppe framgår kvar for seg blir bildet sjåande slik ut:

|      | Mottakarar bolig m/heildøgns omsorg og heimetjenester | Mottakarar bolig m/heildøgns omsorg | Mottakere kun heimetjenester |
|------|---|-------------------------------------|------------------------------|
| 2018 | 340   | 115                                 | 225                          |
| 2019 | 346   | 118                                 | 229                          |
| 2020 | 357   | 122                                 | 236                          |
| 2021 | 362   | 124                                 | 238                          |
| 2022 | 371   | 127                                 | 244                          |
| 2023 | 379   | 130                                 | 248                          |
| 2024 | 393   | 136                                 | 256                          |
| 2025 | 400   | 140                                 | 261                          |
| 2026 | 409   | 143                                 | 265                          |
| 2027 | 421   | 149                                 | 272                          |
| 2028 | 435   | 156                                 | 280                          |
| 2029 | 446   | 161                                 | 285                          |
| 2030 | 462   | 169                                 | 293                          |
| 2031 | 473   | 174                                 | 298                          |
| 2032 | 483   | 180                                 | 303                          |
| 2033 | 499   | 188                                 | 310                          |
| 2034 | 506   | 192                                 | 314                          |
| 2035 | 516   | 198                                 | 318                          |
| 2036 | 527   | 204                                 | 322                          |
| 2037 | 536   | 210                                 | 326                          |
| 2038 | 545   | 216                                 | 330                          |
| 2039 | 551   | 220                                 | 332                          |
| 2040 | 557   | 223                                 | 334                          |

Tabellen viser ein auke i mottakarar av bustad med/heildøgns omsorg på 108 og mottakarar av heimetjenester på 109 i perioden fram til 2040.

Framskrivingsverktøyet har og sett opp ei framskriving fordelt på mottakarar av tenester over og under 67 år, sjå neste side.



Ser ein på behovet for bustad med heildøgns omsorg under 66 år viser modellen ein auke på 14 fram til 2040, og ein auke på 93 for dei over 66 år. For mottakarar av kun heimetenester under 66 år er det estimert ein reduksjon på 5, og for dei over 67 år er det estimert ein auke på 115 fram til 2020.

Analysen tek ikkje stilling til fordelinga på bustad m/heildøgns omsorg og langtids plass i institusjon. Slik situasjonen ser ut no vil det vere meir aktuelt å satse på vidare utbygging av omsorgsboligar, enn å byggje fleire sjukeheims plassar. Behovet for nye omsorgsboligar fram til 2030 er estimert til rundt 50. Ei oppdatering av eksisterande boligmasse, t.d. pensjonærboligane vil ikkje føre til ein auke i talet boligar, men vil auke standarden på dei boligane vi allereie har og bli tilgjengeleg for fleire grupper. Dei nye omsorgsboligane vi byggjer ved Surnadal sjukeheim vil sjølv sagt komme godt med når dei står klare. Det vil i løpet av 2022 stå ferdig 17 omsorgsboligar, der 5 av dei er del av eit bukollektiv. Behov for fleire omsorgsbustader må og vurderast fortløpande i takt med privat utbygging av sentrumsnære, tilrettelagte bustader og ny velferdsteknologi. Legg ein dagens nivå til grunn

bør det byggjast ut opp imot 30 nye omsorgsboligar dei neste 10 åra. Dei fleste av desse omsorgsboligane bør samlokalisert med nytt Helsehus.

### 3.5.3 Småhus/leiligheter for andre grupper

Tenestene signaliserer at det er behov for 8 - 12 små leiligheter med tilgang til fellesareal/bemannings for gruppa innan psykisk helse/rus. Desse bør ligge i sentrum nær heimetenesta og legesenter. Dette er eit behov som har vore signalisert fleire gonger, og som er viktig å få på plass for å kunne gje eit godt tilbod til alle grupper.

## 3.6 Tenesteproduksjon innan helse og omsorg

For å sjå korleis Surnadal kommune leverer tenester innfor området helse og omsorg samanlikna med andre kommunar i landet og kommunar på same storleik, er KOSTRA grei og bruke. I tabellen nedanfor er det valt ut nokre variablar det er vanleg å samanlikne innfor.

| Nøkkeltall<br>(Siste tal tilgjengeleg i<br>KOSTRA den 19. januar<br>2021)                                | Eining  | Surnadal |        |        | Kostra-<br>gruppe<br>11 | Landet<br>uten<br>Oslo |
|--|---------|----------|--------|--------|-------------------------|------------------------|
|  |         | 2017     | 2018   | 2019   | 2019                    | 2019                   |
| Utgifter kommunale helse-<br>og omsorgstjenester per<br>innbygger (kr)                                   | kr      | 32 503   | 33 355 | 34 980 | 34 180                  | 28 772                 |
| Netto driftsutg. til<br>omsorgstjenester i prosent<br>av kommunens samlede<br>netto driftsutg. (prosent) | prosent | 37,5     | 37,8   | 37,7   | 34,6                    | 32,4                   |
| Netto driftsutg. til<br>kommunehelsetj. i prosent<br>av kommunens samlede<br>netto driftsutg. (prosent)  | prosent | 3,6      | 3,6    | 4,1    | 5                       | 5                      |
| Utgifter per oppholdsdøgn i<br>institusjon (kr)  | kr      | 3 367    | 3 873  | 3 950  | 3 850                   | 3 842                  |
| Årsverk helse og omsorg<br>per 10 000 innbygger<br>(årsverk)   | årsverk | 445,6    | 433,5  | 464,9  | 378,1                   | 313,7                  |

|   |         |      |      |      |      |      |
|---|---------|------|------|------|------|------|
| Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)                      | prosent | 78,7 | 80,7 | 81,7 | 78,9 | 77,7 |
| Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)  | årsverk | 0,72 | 0,65 | 0,76 | 0,57 | 0,58 |
| Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)                             | prosent | 38,7 | 43,6 | 38,1 | 34   | 30,3 |
| Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)  | prosent | 31,6 | 28,7 | 29,3 | 46,2 | 47,9 |
| Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)                             | prosent | 16,2 | 14,1 | 12,9 | 11,9 | 11,9 |
| Andel innbyggere 67-79 år med dagaktivitetstilbud (prosent)                                     | prosent | 1,27 | 1,13 | 1,02 | 0,77 | 0,69 |
| Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst (prosent)                           | prosent | 100  | 100  | 39,6 | 95,6 | 93,4 |
| Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)   | timer   | 0,23 | 0,3  | 0,31 | 0,49 | 0,56 |
| Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)   | årsverk | 8,2  | 10,3 | 8,4  | 12,4 | 11,5 |
| Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)                                    | årsverk | 8,2  | 10,1 | 8,6  | 10,5 | 9,7  |
| Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk) | årsverk | 2,5  | 1,6  | 42   | 51,2 | 44,1 |

### Ressursbruk:

Tabellen syner at Surnadal kommune nyttar større ressursar til omsorgstjenester sett opp imot kommunen sine samla nette driftsutgifter enn det landet elles gjer. Vi bruker på den andre sida ein mindre andel enn andre til helsetenester. Utgiftene per oppholdsdøgn på

institusjon har auka i løpet av dei tre siste åra, og vi ligg no over landsgjennomsnittet og samanliknbare kommunar i KOSTRA- gruppe 11.

#### **Årsverk:**

Talet årsverk uavhengig av faktor ligg høgare i Surnadal enn i andre kommunar. Talet med fagutdanning er og høgare.

#### **Tenesteproduksjon:**

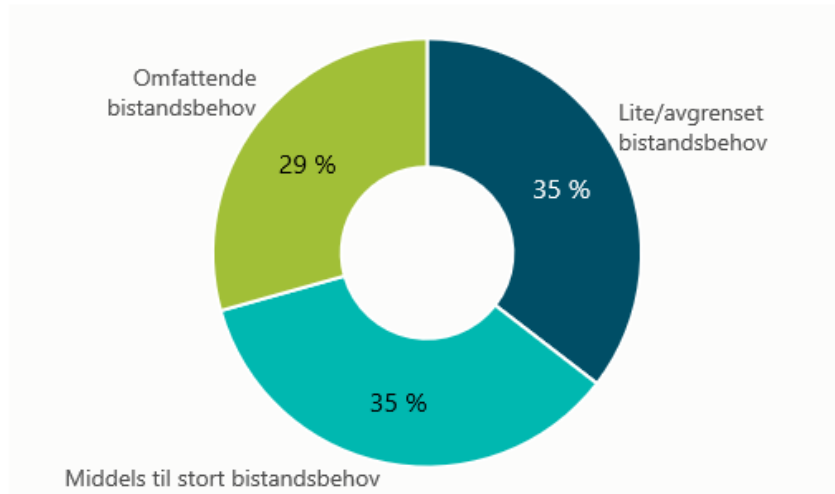
Fleire i Surnadal får heimetenester i aldersgruppa over 80 år enn landet elles, medan ein mindre andel under 66 år får det. Talet på bebuarar på sjukeheim har gått ned dei tre siste åra, vi har mindre legedekning enn andre på sjukeheimen, men fleire får dagaktivitetstilbod. Talet avtalte legeårsverk og fysioterapeutårsverk er mindre i Surnadal enn landet elles. Kommunalt pasient- og brukerregister KPR (IPLOS) kan seie noko om bistandsbehovet dei som får tenester frå Surnadal kommune har.

#### **3.6.1 Kommunalt pasient- og brukerregister KPR (IPLOS)**

KPR er eit lovbestemt kommunalt pasient- og brukerregister, som også omfattar IPLOS (omsorgsdata) registreringar. Det inneheld opplysningar frå kommunane om personar som har søkt, mottar eller har motteke helse- og omsorgstjenester. Fysioterapi og fastlege/legevakt var tidlegare ikkje registrert i IPLOS, men er ein del av KPR registreringa. Ergoterapi er enda ikkje ei teneste som meldast til KPR.

IPLOS kartlegging er blant anna registrering av funksjonsevne, diagnose, kva vedtak om helsehjelp som er fatta og omfang av dette. Skåringane i ILPOS er ikkje godt eigna til å danne eit heilskapleg bilde av det faktiske bistandsbehovet til tenestemottakarane. Til dømes vil dei alle fleste som har ei teneste frå psykisk helse registrerast med noko/avgrensa bistandsbehov, sjølv om dei kan ha store utfordringar i kvardagen. Personar som er for utrygge til å kunne bu aleine, vil vanskeleg kunne skårast slik at dei kjem ut med det reelle bistandsbehovet. Det er viktig å ha dette med seg når les statistikk frå ILPOS.

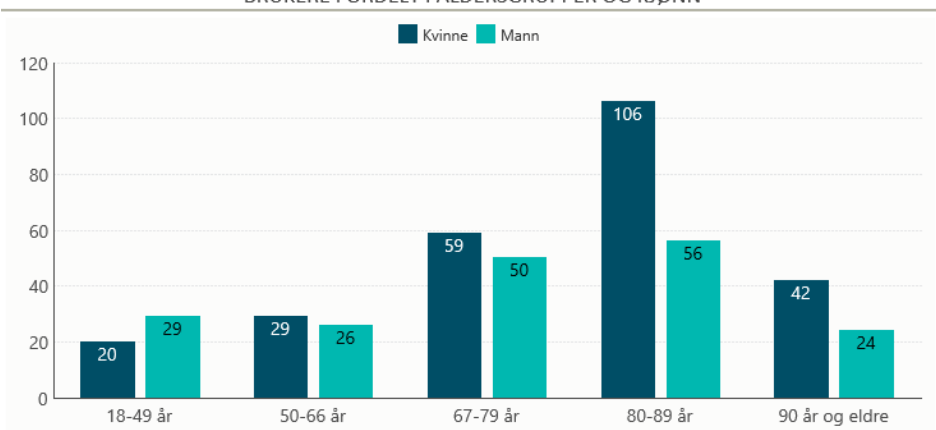
## BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSNIVÅ (BISTANDSBEHOV)



Tabellen over syner fordeling av bistandsbehov for våre tenestemottakarar i 2019. Som sagt over kan det vere mange grunnar for at over 1/3 av mottakarane ikkje har omfattande bistandsbehov. Tabellen seier heller ikkje noko om kor omfattande tenester dei har. Men det kan og tenkjast at vi er gode på å tenkje forebygging (jmf graf - Legge liv til åra) og at vi har eit potensiale til samarbeid med frivillige lag og organisasjonar gjennom Frivilligsentralen.

I tabellen under ser vi at ser vi at 104 av tenestemottakarane i helse og omsorg er under 67 år. Dette utgjør ca 24 % av dei vi yter teneste til. Dette har ligge noko over 100 personar dei siste tre åra. Frå nasjonalt hald vert det forventa at gruppa med «yngre» tenestemottakarar i kommunane vil auke i åra framover. Samtidig vil vi få fleire eldre.

## BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



Eit anna forhold som også kan vere greitt å påpeike er personar som bur åleine i kommunen. Pr. 31.12.2019 bor 216 av våre tenestemottakarar åleine. Regjeringa har peika på at einsemd

er ei folkehelseutfordring. Med tanke på at vi og har spredt busetting, kan det forsterka einsomheit i vår kommune.

Sjølv om den demografiske utviklinga mest truleg vert ei utfordring, er det også viktig å ha med seg at framtidige seniorar og eldre truleg vil ha andre ressursar å møte sjukdom, funksjonsnedsetting og problem med. Ikkje minst gjeld dette dei nye generasjonar med eldre som vil leve lenger og møte alderdomen med betre økonomi, høgare utdanning, betre helse og heilt andre materielle forhold enn generasjonar før dei. Ein 80-åring i 2000 og ein 80-åring i 2030 vil truleg vere ulike på mange område (St.mld. 29 om Morgendagens omsorg).

### 3.7 Kompetanse og kapasitet

Fleire eldre og relativt sett færre yrkesaktive gjev utfordringar i høve rekruttering, og i det å yte tenester dei komande åra. Desse utfordringane er også sentrale i den nyleg rullerte personalplanen for Surnadal kommune.

Kommunen har eit mål om at flest mogleg som arbeider i sektoren skal ha fagutdanning eller høgare utdanning. Innan enkelte yrkesgrupper er det mange som vil gå av med pensjon dei komande 10-15 åra. Erfaringsvis er vanleg alder for uttak av heil eller delvis alderspensjon i underkant av 64 år for desse gruppene.

Oversikt over tal tilsette over 54 år fordelt på høgskulegrupper:

Sjukepleiarar i pleie med grunnutdanning ca. 38,6 årsverk (41 tilsette) av desse er i 2021 fylt 54 år: 6 personar

Sjukepleiarar i pleie, spesialutdanning 1 år eller meir ca 9,6 årsverk (8 tilsette), av desse er i 2021 fylt 54 år: 0 tilsette

Vernepleiarar 19,5 årsverk (21 tilsette) der 6 har etter og vidareutdanning, av desse er i 2021 fylt 54 år: 1 person

Etter samhandlingsreforma er det ei forventning frå spesialisthelsetenesta om at kommunen skal følgje opp pasientar som er psykisk eller somatisk sjukare enn pasientgruppa var før. Samtidig har vi vore tidleg ute med å følgje opp viktige sentrale føringar innan førebygging, tidleg innsats, rehabilitering og velferdsteknologi. Både heimetenestene, fysio- og ergoterapitenesta, psykisk helseteneste og helsestasjon er viktige i dette arbeidet. Konkrete behov for fleire årsverk i sektoren er ikkje vurdert, men eit stadig aukande tal pasientar, og behov for komplekse tenester vil truleg gje behov for auka kapasitet i form av utdanna personell.



Fastlegane erfarer at pasientar som vert utskrivne frå spesialisthelsetenesta ikkje alltid er ferdig behandla. Eit anna trekk er at det kan verke som om innbyggjarane går oftare til lege no enn tidlegare.

Framtidig kompetansebehov i form av vidareutdanning er vurdert av leiarar og tilsette.

Prioriterte område er:

- Velferdsteknologi
- Kreftomsorg
- Akuttsjukepleie
- Lungesjukdom
- Geriatri
- Psykisk helse
- Rus
- Miljøterapi
- Ernæring
- Re- og habilitering
- Leiing
- Jus
- Avansert klinisk sjukepleie?

Viser til kompetanseplana for meir om temaet.

## 4 Overordna strategiar og satsingar

Strategiane som er omtala her skal syne igjen i alle tenester innan helse og omsorg og i møte med alle aldersgrupper. Fleire av strategiane er og særst relevante for dei andre sektorane i kommunen, og avhengig av ei tverrsektoriell tilnærming.

### 4.1 Ansvar for eige liv

Kvar og ein må på eige initiativ, og i fellesskap med andre, ta ansvar for si eiga helse, og så godt som råd nytte dei høva ein har til å påverke eigen livssituasjon. Dette må barn og unge lærast opp i, og vaksne bevisstgjerast i. Fleire av dei største folkehelseutfordringane våre kan førebyggjast ved at befolkninga gjer sunne val i kvardagen.

For å møte framtidens behov for tenester, er det viktig at alle gjer det dei kan for å klare seg sjølve lengst mogleg. Mange har til dømes ei forventning om at kommunen skal ta ansvar for å ha tilgjengelege bustader når folk av helsemessige årsaker ikkje lenger kan bu i eigen bustad. Dette er urealistisk å skulle innfri, og det er derfor viktig å bevisstgjere befolkninga på eige ansvar for å skaffe seg eigna bustad når behova endrar seg. Samstundes skal innbyggjarane føle seg trygge på at dei som treng det, får rett hjelp til rett tid, og i rett omfang.

#### Kva skal vi gjere?

- Surnadal kommune skal vere med å legge til rette for at innbyggjarane så godt som råd tek ansvar for eige liv på mange ulike område. Vi skal vere rådgjevarar og legge til rette for at innbyggjarane kan ta dette ansvaret. Ansvaret for å fremje denne tankegangen ligg hos både tilsette i tenestene, og i administrativ og politisk leiing.
- Som kommune vil vi drive opplysnings- og haldningsskapande arbeid med fokus på fysisk aktivitet, kosthald og sosial deltaking retta mot både barn, unge, vaksne og eldre. Ulike tema er relevant for ulike aldersgrupper, og vi må bruke dei arenaene vi har til å fremje ein livsstil som gir god helse og livskvalitet for den enkelte. Som døme må spesielt eldre sørge for ein eigna bustad og ta i bruk velferdsteknologi. Dette kan på sikt førebyggje og utsette behov for tenester, og bidra til at folk kan bu lenger heime med god livskvalitet.

## 4.2 Tidleg innsats

Tidleg innsats handlar om mykje. Det handlar om fremje helse i alt vi gjer, og legge til rette for meistring, trivsel og deltaking gjennom alle fasar av livet. På samfunnsnivå handlar det om å oppdage utsette grupper og utviklingstrekk som gjev grunn til uro, og førebyggje helseproblem. I møte med den enkelte handlar det om å avdekkje utfordringar og ta tak i dei før dei vert for store. Tidleg innsats mot barn og unge handlar om å legge eit godt grunnlag for resten av livet, og å ha eit særskild fokus på dei som treng ekstra oppfølging for å sikre ei god utvikling. Tidleg innsats kan også vere å finne nye måtar å arbeide på, og utvikle berekraftige løysingar i møte med utfordringar vi veit kjem.

### Kva skal vi gjere?

- Halde fram arbeidet med å utvikle helsestasjon- og skulehelsetenesta.
- Auke kompetansen til å oppdage og sjå utfordringar og moglegheiter tidleg i ulike forløp. Dette gjeld innanfor alle tenesteområde og både for barn, unge og vaksne.
- Tenestene skal ta utgangspunkt i brukarane sine ressursar og ønska deltaking i ulike aktivitetar. Samarbeide om tenestene til både for barn, unge og vaksne på tvers av tenesteområde.

## 4.3 Samarbeid

*«De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, bør tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet.»*

Stortingsmelding 26 (2014-2015) – Fremtidens primærhelsetjeneste

### 4.3.1 Samarbeid med brukarar, pårørande og nettverk

Brukarmedverknad i tenestene er ein lovfesta rett og inneber at tenestemottakaren blir sett på som ein likeverdig part i diskusjonar og beslutningar som vedkjem han eller ho. Individuell plan er ein reiskap for å sikre brukarmedverknad. Denne skal utarbeidast i lag med brukaren og spegle brukaren sine behov, ressursar, ønskjer og mål. Brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester skal få tilbod om ein koordinator, men og andre kan ha behov for ein fast kontaktperson i tenesteapparatet. Koordinatoren skal tilstrebe å etablere ein god relasjon og eit godt samarbeid med brukar. Han skal vidare etablere gode samarbeidsrutinar mellom

ulike faggrupper og brukaren/føresette, avklare ansvarsfordeling og formidle kontakt med rette instans når ulike behov oppstår.

Brukarmedverknad skal sikrast i kommunal planlegging, og i utvikling av tenestetilbodet, då gjerne gjennom brukarorganisasjonar. Dette kan vere utfordrande om den aktuelle brukargruppa sine interesser ikkje blir ivareteke av ein organisasjon med eit lokallag i Surnadal. Organisasjonar på fylkesplan kan brukast, men den lokale kunnskapen blir ikkje like godt representert da. Eldrerådet og rådet for menneske med nedsett funksjonsevne får uttale seg i saker der det vert vurdert å vere relevant. Rådet for menneske med nedsett funksjonsevne er oppnemnt som brukarutval for tenester innan helse og omsorg. Det er fatta vedtak om eige brukarutval for Surnadal sjukeheim. Eit brukarutval kan ha ei sentral rolle i utviklingsarbeid i tenestene.

Pårørande gjer ein stor og viktig innsats for mange i det daglege. Frå nasjonalt hald er det forventa at denne innsatsen skal halde fram og auke. Samarbeid med, og støtte til påørande er viktig i dette.

Å vere ein del av eit nettverk er viktig for alle, nettverk betyr å høyre til. I nokre fasar av livet vil nettverket vere ei viktig støtte, og i andre periodar vil ein sjølv vere ei støtte for andre. For at nettverket lettare skal kunne vere ei støtte i krevjande livssituasjonar, kan det vere nyttig at den enkelte får hjelp til å kartlegge nettverket, og eventuelt korleis ein på ein konkret måte kan mobilisere nettverket sitt. Andre kan ha bruk for å få hjelp til å bygge nettverk eller få kontakt med frivillige.

### **Kva skal vi gjere:**

- Ta med brukar og påørande i planlegging av tenestetilbodet. Ha fokus på kva dei kan ta ansvar for, og kva kommunen tek ansvar for.
- Drive opplæring og informasjon til påørande gjennom "påørandeskule" og kurs.
- Vi må vurdere fleksible tiltak som ivaretek og støttar påørande. Det er viktig å gjere ei heilskapleg vurdering.
- Bruke etablert brukarutval i helse- og omsorgsta meir aktivt i utforming av tenestene.
- Opparbeide og utvikle kompetanse på nettverkskartlegging og -mobilisering.
- Styrke avlastningstilbodet til påørande som bur saman med og følgjer opp nokon med stort hjelpebehov. Dette kan gjelde alle aldersgrupper, og fleksibilitet i løysingane er difor viktig. Samarbeidet med «Inn på tunet» tilbydarar i kommunen bør vidareførast og utviklast.

### **4.3.2 Samarbeid med frivillige**

For å møte utfordringar i framtida er det frå nasjonalt hald sett eit sterkt fokus på samarbeid med frivillige. Frivillig arbeid skal ikkje erstatte lovpålagte oppgåver, men vere eit supplement til den profesjonelle tenesta og bidra til å auke kvaliteten i tilbodet til brukarane. I Surnadal er det mykje helsefremjande, frivillig arbeid retta mot alle aldersgrupper. Det å vere frivillig kan gje ein helsegevinst i seg sjølv. I samfunnsdelen i kommuneplanen står det at kommunen skal styrke og utvikle samarbeidet med frivillige lag og organisasjonar, med fokus på innbyggjarar som treng støtte til å halde fram med å delta i sosiale aktivitetar.

Surnadal Frivilligsentral er i hovudsak finansiert av Surnadal kommune.

Frivilligsentralen legg til rette for folk som ønskjer å gjere frivillig arbeid, og koordinerer innsatsen. Dei arbeider også med etablering og tilrettelegging av sosiale møteplassar. Mykje av arbeidet har vore retta mot eldre, og behovet for det vil auke i møte med dei demografiske endringane vi står ovanfor. Samtidig er det behov for ein innsats retta mot barn og unge. Fritidsklubben er etablert gjennom frivilligsentralen.

#### **Kva skal vi gjere?**

- Halde fram og utvikle det gode samarbeidet mellom Surnadal kommune, frivillige og Surnadal frivilligsentral.
- Sjå på korleis vi kan samarbeide betre med frivillige lag og organisasjonar som driv arbeid for barn og unge.
- Arbeide med tilbodet i Fritidsklubben – drift, bemanning og innhald.

### **4.3.3 Samarbeid på tvers av fag og sektorar**

Vi har framleis eit potensiale i å samarbeide betre, og meir på tvers av einingar og sektorar. Om vi klarer å utnytte kompetanse og ressursar enda betre kan vi auke tenestekvaliteten og brukarane vil få enda betre helsetenester. Dette handlar om å ha god kjennskap til dei ulike tenestetilboda, men og om rutinar for å kartlegge både brukaren sine behov og kva andre tenester som er, eller har vore, inne i bilete.

I tillegg til tverrfagleg samarbeid direkte kring brukarar, er det viktig å utvikle samarbeidet også med sektorar som leverer generelle innbyggjartenester. Til dømes er kultur- og teknisk sektor sentrale i å legge til rette for inkludering og deltaking.

### Kva skal vi gjere?

- Tenestene skal ta initiativ til å dele og etterspørje informasjon om kvarandre sine tilbod, rutinar og kompetanse. Dette gjeld både innanfor det førebyggjande arbeidet og i oppfølging av brukarar.
- Det skal setjast av tid til å arbeide på systemnivå med samhandlingsrutinar og ansvarsavklaring. Her er det viktig med deltaking frå alle nivå i organisasjonen, for å sikre forankring.
- Fortsette det tverrfaglege samarbeidet kring barn og unge.
- Drive foreldreveiledning etter metoden ICDP retta mot barn på ulike alderstrinn.

## 4.4 Rehabilitering og habilitering

### 4.4.1 Rehabilitering og habilitering

I Surnadal kommune har rehabilitering vore eit satsingsområde gjennom mange år, der kommunen har hatt fokus på habilitering og rehabilitering til pasientar som bur heime, er på skule og på andre arenaer.

Etter kvart erfarte vi at spesielt den eldre del av befolkninga hadde behov for tettare oppfølging i overgangen frå rehab/kortid avdelinga på omsorgsenteret og ut i heimen. I tråd med Samhandlingsreforma starta vi opp med kvardagsrehabilitering i 2013, og dette er no implementert i tenestene. Nasjonale føringar tilseier at endå fleire pasientar skal motta rehabilitering ute i kommunane. Helse- og omsorgsdepartementet har omtala dette i «Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering(2017-2019)». I planen er det eit uttalt mål at kommunane skal setjast i stand til å gje eit godt rehabiliteringstilbod til innbyggjarane og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Tiltak frå regjeringa er kompetansekrav (ergoterapi blir lovpålagt teneste) og kompetanseheving, brukarmedverknad, koordinering, samarbeid og tenesteutvikling.

Spesialisthelsetenesta forventar allereie at meir av rehabiliteringstilbodet skjer ute i kommunane, og pasientane vert overført stadig tidlegare til kommunen. Dette fører til at kompleksiteten i sakene kommunane får vert større, og det vil vere avgjerande å ha nok personell som har oppdatert kompetanse. Helseføretaka tek kun dei aller mest komplekse sakene og då i ein kort periode.

Vår erfaring er at godt tverrfagleg samarbeid mellom dei ulike yrkesgruppene og pasient/brukar er ein føresetnad for å få til gode habiliterings- og rehabiliteringsprosessar. Dette er tidkrevjande arbeid og krev ofte mykje koordinering.

Sjølv om vi i kommunen har lang erfaring og tilfredstillar kompetansekrava, har vi forbetnings- og utviklingspotensiale.

### **Kva skal vi gjere?**

- Utvikle rehabiliteringstenestene med fokus på samarbeid, overgangar mellom ulike nivå/tenester i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetenesta.
- Legge til rette for både fagspesifikk og felles opplæring, samt kompetansemobilisering og kompetanseheving.
- Legge til rette for at personell med spesiell kompetanse på rehabilitering kan halde seg oppdatert.
- Sikre at vi har nok fagpersonell til å kunne gje rehabilitering til dei som har behov for dette til rett tid.
- Sikre at vi har tilgang til logoped.
- Halde fokus på bustadtilrettelegging, og oppdatert fagkunnskap på tekniske hjelpemiddel.

## **4.5 Rekruttering og kompetanse**

For å kunne yte fagleg forsvarlege tenester i framtida er kommunen avhengig av å ha mange nok tilsette med rett kompetanse til å løyse oppgåvene. Dette fordrar satsing på rekruttering og omdømmebygging av tenesta. Vi må gjere oss attraktiv som arbeidsplass for nye tilsette og sette i verk tiltak for å behalde kompetente tilsette.

Følgjande hovudprinsipp blir til grunn for kompetanseutvikling i Helse- og omsorgstenestene:

1. Helse- og omsorgseiningane skal søkje å vere ein lærande organisasjon.
2. Kompetanseutvikling er eit av kommunens sentrale virkemiddel for å sikre god kvalitet på tenestene og effektiv ressursutnytting, både på kort og lang sikt.
3. Den teknologiske utviklinga i tenesteproduksjonen krev kompetanse på alle nivå i organisasjonen
4. Strategi for kompetanseutvikling tek utgangspunkt i innbyggerane sine behov og dei mål og strategiar som er vedtekne for å oppfylle desse behova.
5. Alle medarbeidarar har eit eige ansvar for å halde seg fagleg oppdaterte og delta i tiltak som blir pålagt av arbeidsgjevar.
6. Kompetanseutvikling i Helse- og omsorgseiningane skal primært vere retta mot å styrke og vidareutvikle medarbeidarane sin strategiske kompetanse og kjernekompetanse som organisasjonen treng for å oppnå dei måla som er sett.

7. Det er eit leiaransvar å:

- legge til rette for at verksemda/einingane når sine mål. I dette ligg å kartlegge kompetansebehovet på kort og lang sikt, og sette i verk tiltak som gjer medarbeidarane trygge og kompetente.
- nytte dei kartleggingsverktøy som kommunen til ei kvar tid rår over, slik som medarbeidarsamtaler og nettbaserte verktøy, og saman med medarbeidarane vedta kva for tiltak som skal settast i verk.
- ivareta organisasjonen sine behov og samtidig sørge for at Hovudavtalen sine bestemmelsar er følgd.
- sørge for at flest mulege læringsarenaer blir tatt i bruk.
- sørge for at medarbeidarane får utvikle kjernekompetansen sin slik at vedtekne arbeidsmåtar og IKT-system blir nytta i tenesteproduksjonen.

Kompetansearbeidet for helse- og omsorgstenestene skal byggast på desse strategiområda:

- Individuell medarbeidarutvikling
- Utvikle helse og omsorg som lærande organisasjon
- Leiarutvikling
- Internrekruttering
- Ny rekruttering/ ekstern rekruttering
- Interkommunalt og anna offentleg samarbeid om rekruttering og kompetanseheving

## **Kva skal vi gjere?**

- Ferdigstille kompetanseplana og rullere handlingsdelen med prioriterte område kvart år
- Legge til rette for at leiarar på alle nivå får naudsynt kompetanse og blir trygge i rolla som leiar.
- Legge til rette for opplæring og rettleiing på arbeidsplassen, kurs, fagutdanning eller høgare utdanning, og for at tilsette tek vidareutdanningar innan definerte kompetansebehov og prioriterte område.
- Kompetansemobilisering - motivere og legge til rette for å nytte tileigna kompetanse.
- Arbeide for at talet heiltidsstillingar går opp. Vi ynskjer at flest mogleg tilsette har høge stillingsprosentar.
- Arbeide for større grad av faste stillingar og færre vikariat. Vi skal opprette fleire faste vikarstillingar der vikarbruken er høg, slik at fleire kan få fast stilling og ein sikrar vikarar med rett kompetanse.



- Ta i bruk fleksible arbeidstidsordningar i dialog med dei tilsette, der dette kan fremje kontinuitet og kvalitet for brukarane, og attraktive arbeidstidsordningar for dei tilsette.
- Vere ein organisasjon som tek stort ansvar for studentar og lærlingar. Vi skal ha plass til ungdomslærlingar, framandspråklege og vaksenlærlingar.
- Ressursar og tal tilsette med rett kompetanse må dimensjonerast inn imot fleire eldre, også med tanke på dei føringane som samhandlingsreforma gjev når det gjeld førebygging og tidleg innsats.
- Kompetanseheving og deltaking i læringsnettverk innafor satsingsområda i reformen «Leve hele livet».

## 4.6 Digitalisering og velferdsteknologi

Å ta i bruk teknologi og utvikle tenesteproduksjonen i kommunen vert viktige grep for å modernisere, effektivisere og heve kvalitet og tilgjenge på tenestene. Det er snakk om alt frå digitalisering av søknader/svar og elektronisk samhandling og kommunikasjon til automatisering av manuelle oppgåver.

Velferdsteknologi er ei fellesnemning på tekniske installasjonar og løysingar som kan bidra til auka tryggleik, å styrke den enkelte si evne til å klare seg sjølv i kvardagen, støtte til pårørande og førebygge behov for tenester eller innlegging i institusjon.

Det er vanleg å gruppere velferdsteknologi etter bruksområde eller hensikta med teknologien:

**Tryggleiksskapande teknologi** kan føre til at den enkelte kan bu lenger heime og motverke einsemd ved å legge til rette for sosial deltaking. Dette inkluderer tryggleiksalarmar, dørsensorar og andre bevegelsesensorar, lokaliseringsteknologi (GPS), fallsensorar, komfyrvakt, varsling for tjuveri og brann, dørkamera, elektroniske dørlåsar og videokommunikasjon.

**Mestringsteknologi** er teknologi som bidreg til at den enkelte kan ha kontroll over sin eigen helsetilstand og mestre kvardagen betre, spesielt i samband med kroniske sjukdomar. Det kan også være teknologi som vert brukt i samband med rehabilitering, opptrening og vedlikehald av mobilitet. Dette kan vere digitale kalendrar og hugselister, eigenmålingar av helsetilstand, tilrettelagde speleplattformer, instruksjons- og motivasjonsvideoar og treningsappar.

**Utrednings- og behandlingsteknologi** er teknologi som kan gje avansert medisinsk utgreiing og behandling i heimen. Her står telemedisinske videoløysningar sentralt, saman med biomedisinske sensorar for medisinske målingar og appar for sjølvrapportering.

**Velværeteknologi** er teknologi som gjev auka medvit om eiga helse og som bistår i praktiske gjeremål i det daglege utan at nedsett funksjon eller helse er årsak til bruk av teknologien. Dette inkluderer det store spekteret av trenings- og motivasjonsappar og også nye elektroniske hjelpemiddel som robotstøvsugar og robotplenklippar, og ulike smarthusløysingar, løysingar for sosial kontakt og samhandling med andre.

### **Kva skal vi gjere?**

Surnadal kommune har eit stort fokus på velferdsteknologi og digitalisering, - det er eit prioritert område der det vert avsett midlar i investeringsbudsjett til utviklingsføremål innan digitalisering. Det er eit omforeint fokus at innføring av ulike teknologi vil vere naudsynt for å utvikle og oppretthalde gode, trygge tenester framover.

Surnadal kommune har eit godt etablert tilbod for tryggleiksalarmar for heimebuande, som er knytta opp til responscenter i Kristiansund. Desse kan óg riggast for fleire funksjonar, som til dømes brannvarsling. Det er óg innført elektroniske dørlåsar i heimane, som sikrar enkel og trygg tilgang til heimane. Tilbod om GPS (lokaliseringsteknologi), samt elektronisk medisineringsstøtte, er óg under etablering frå 2020.

I 2020 ble det teke i bruk elektroniske søknadsskjema for helse- og omsorgstenester i Surnadal kommune. I 2020 vart det også teke i bruk eRom på sjukeheimen, som inneber bruk av nettbrett med pasientjournalen tilgjengeleg for oppslag av tiltaksplanar, prosedyrer og dokumentasjon medan ein arbeider hjå pasientane, - ei kvalitetssikring av tenestene og dokumentasjonen.

Eit anna prosjekt under innføring frå 2020 er digitale tilsyn ved hjelp av sensorteknologi, som skal supplere tenestene og auke tryggleik og friheit for pasientane. Det vart i 2020 óg montert dørlås-system på skjerma avdeling på sjukeheimen som aukar pasienttryggleiken, samstundes som det ivaretek friheita. Øvrig teknologi som allereie er i bruk på sjukeheimen er døralarmar og alarmmatter. Elles vurderast teknologi som til dømes fuktsensorar, samt sensorteknologi som kan måle vitale teikn og avdekkje tidlege teikn til forverra tilstand hjå pasientane.

Teknologien endrar seg raskt og nye produkt kjem stadig. Ei viktig vurdering undervegs er derfor; kva treng vi? Kva er føremålsteneleg med høve til kartlagte behov hjå pasientane? Kva teknologi vil stå seg over tid og vere compatible med andre plattformer? Ein må «skunde seg sakte», då innkjøp og implementering i organisasjonen er både økonomisk-, tids- og driftsmessig ressurskrevjande. Vi treng å vere grundige i beslutningane og planleggingsfasane, for å treffe best mogleg med høve til behova og føremåla i praksis. Utarbeiding av gevinstrealiseringsrapportar som viser gevinstane ved å ta i bruk ulik teknologi må liggja i botn for beslutningane.

Med plana om ferdigstilling av nytt helsehus innan 2030, vil det i åra som kjem vere eit viktig arbeide å planleggje kva teknologi som skal inn i dei nye bygga. Det er mange ulike løysingar å finne innan smarthusteknologi. Her er det naudsynt med ulike profesjonar inn i planlegginga; både helsepersonell, IT, eigedom og arkitektkompetanse må arbeide saman for å finne dei gode løysingane.

Det er venta innføring av nytt elektronisk pasientjournalssystem (EPJ), *Helseplattforma*, innan 2025, som skal sikre *éin innbyggjar – éin journal*. EPJ-systemet er venta å romme funksjonar som koordinerer og samordnar digital kommunikasjon rundt pasientane på ein effektiv og kvalitetssikra måte, der mellom anna funksjonar for beslutningsstøtte og heilhetlege pasientforløp vert lagt inn. Dette blir eit stort og omfattande implementeringsarbeid, som vil krevje mykje ressursar frå helse- og omsorgseiningane åra som kjem.

Innføring av ny teknologi krev generelt mykje informasjonsarbeid ut til både innbyggjarar, brukar/ pasient, pårørande og tilsette. Rådgjeving og støtte kring val av teknologi, samt god prosessleiing, vil vere ei viktig drivaksling for å lukkast med innføring av ny teknologi. Nye typar kompetanse må vurderast, der kombinasjon av teknologisk- og helsefagleg kompetanse blir viktig. I tillegg er det klare fordelar med å arbeide saman på tvers av kompetansar i dette arbeidet, IKT og helse må gå hand i hand med å utfylle kvarandre sine fagområde for å sikre god teknologisk utvikling i helsetenestene.

## 4.7 Gode bumiljø

Å ha ein stad å bu er ein føresetnad for god helse, utdanning, arbeid og deltaking i samfunnet. Å føre ein god sosial bustadpolitikk er derfor god samfunnsøkonomi. Det å bu godt inneber tryggleik, identitet og nettverk. Det gjer noko med sjølvkjensla kvar og korleis vi bur, og om vi eig vår eigen bustad.

Det er ein strategi i kommuneplanen sin samfunnsdel å legge til rette for attraktive tomter og

boligar for ulike behov og livsfasar. Kommunen klarer i stor grad å imøtekomme dette ved at det er lagt til rette for boligbygging i alle delar av kommunen. I tillegg til regulerte boligfelt er det dei siste åra gitt dispensasjonar på boligtomter der det har vore ønske om å bygge utanfor boligfelta.

Variert bustadutvikling er eit viktig tiltak for å få til ein betre bustadsirkulasjon i kommunen, der innbyggjarane i større grad har høve til å velje ei anna og meir passande buform tilpassa ei endra livsfase. Busettingsstruktur, lokalisering, standard på og utforming av bustad er avgjerande for organisering av tenestene og kan også førebygge og utsette behov for tenester.

### **Kva skal vi gjere?**

- Arbeide vidare med planane for Helsehus og realisere utbygging av omsorgsbustader og små leilegheiter med tilgang til fellesareal/bemanning for gruppa innan psykisk helse på Bårdshaugen.
- Fornye den kommunale bustadmassen, gjennom å fase ut eldre bustader som er av dårleg kvalitet, og ikkje er eigna til målgruppene.
- Legge til rette for private utbyggjarar som bygger samlokaliserte universelt utforma bustader i sentrum.
- Jamleg evaluering av boligpolitisk handlingsplan for å tilpasse oss endra behov.

## 5 Barn, unge og familiar – utfordringar og tiltak

Gode oppvekstvilkår og læringsmiljø er avgjerande for at barn og unge skal ha god helse. Vi har i dag forskning som dokumenterer at grunnlaget for god helse gjennom livet blir lagt i fosterstadiet og i tidleg barndom. Barn og unge si fysiske og psykiske helse blir påverka av erfaringane og livsstilen til foreldra. Helsefremjande arbeid gjennom god oppfølging av gravide, barn og familiar er derfor viktig, og ei god investering både i høve den enkelte og samfunnsøkonomisk.

Barn har rett til nødvendig helse- og omsorgstenester. Nokre av desse tenestene er i form av helsekontrollar. Dette gjeld også barn utan fast opphald landet. Foreldra har plikt til å medverke til at barn får helsekontrollar. «Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skulehelsetjenesten» og fleire faglege rettleiarar regulerer arbeidet, og sett minimumskrav for svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skulehelseteneste til barn og ungdom 0-20 år.

Helsestasjonen sitt tilbod til gravide, fødande og barselkvinner, omfattar helseundersøking og rettleiing med oppfølging og tilvisning ved behov, helseopplysning, samlivs- og foreldrerettleiing og oppfølging av barselkvinner. Kommunen har følgeteneste for gravide i fødsel. Helsestasjonen tilbyr heimebesøk til alle nyfødte og regelmessige konsultasjonar etter nasjonalt program. Dei informerer og gjev tilbod om blant anna barnevaksinasjonsprogrammet. Surnadal har over tid hatt god vaksinasjonsdekning. Helsestasjonen skal så tidleg som råd fange opp barn og unge med hjelpebehov, og i lag med helsestasjonslege og fysioterapitenesta gjere vurderingar og gje dei eit tilbod. Helsestasjon samarbeider med skulane om temaundervisning i klassane og informasjon på foreldremøte, ut i frå skulane sine ynskje og faglege retningslinjer. Det er eit godt samarbeid mellom mellom helsestasjonen og barnehagane, barnevernet og PPT gjennom ulike prosjekt og i det daglege arbeidet. Skulehelsetenesta har faste dagar å alle skulane der dei er tilgjengelege for elevar, foreldre og lærarar.

Det er sterke statlege føringar for å styrkje tenestene til barn og unge, og for å legge meir vekt på førebygging og tidleg innsats i svangerskapsoppfølging, barselomsorg, barnehage, skule og heimar.

## 5.1 Helse og livsstil blant barn og unge

Ungdata 2020 viser at dei aller fleste barn og unge som har svart, har det bra og mange er veldig godt nøgd både med livet, forelder, skule, nærmiljø osv. For ungdomsskolen og vidaregående ligger vi ca. på landsgjennomsnittet for rapportert stress knytta til skole og skolearbeid. Elevane er stort sett fornøyd med skolen, men dei kjedar seg. Prosentandel både på ungdomsskolen og på vidaregående som seier at dei kjedar seg har gått opp sammenlikna med tidligare år. Likevel er det nokre område som er utfordrande.

Elevar frå mellomtrinnet i grunnskulen til vidaregående rapporterer om bruk av smertestillande medikament som Paracet o.l. mot hodepine og andre fysiske smerter, dagleg eller kvar veke. Vi ser også at elevar på mellomtrinnet rapporterer om ulike helseplager, samt at ein god del har problem med å sove.

Ungdom i Surnadal drikk meir enn landsgjennomsnittet. Tal for ungdomsskulen er på 17 %, medan landsgjennomsnittet ligg på 13%. For vidaregående skule ligg talet på 75%, medan landsgjennomsnittet ligg på 58%.

Overvekt er også eit aukande problem blant barn og unge i Norge. Helsestasjonen veg alle barn ved skulestart og på 3. og 8. trinn, i tråd med nasjonale faglege retningsliner. Der ein ser ei uønskt utvikling når det gjeld vekt hos det enkelte barnet, blir dette tatt opp med føresette og følgt opp vidare.

## 5.2 Psykisk helse – barn, unge og familiar

### 5.2.1 Psykisk helse

Verdas helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «ein tilstand av velvære der individet kan realisere moglegheitene sine, handtere normale stressituasjonar i livet, kan arbeide på ein fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra ovafor andre og i samfunnet.» I dette ligg både kjensla av trivsel og meistring i kvardagen, og kapasiteten ein har til å møte utfordringar i livet. Alle vil oppleve svingingar i den psykiske helsa si gjennom livet. Fysisk og psykisk helse heng tett i hop, det som er bra for den fysiske helsa styrkar og den psykiske.

Når nokon ikkje deltek så mykje som dei gjerne ville på ålmenne sosiale arenaer, kan dette kallast «utanforskap». Det kan vere mange ulike årsaker til utanforskap, til dømes helseproblem, funksjonsnedsettingar og skilnader knytt til språk, kultur og økonomi. Utanforskap er både ein konsekvens av, og ei årsak til psykiske helseproblem. Å arbeide for inkludering av grupper, i alle aldrar, som er utsette for utanforskap er derfor viktig.

Kvar og ein av oss har eit ansvar for å vere inkluderande. Kommunen kan arbeide med dette tverrsektorielt, og i lag med frivillege lag og organisasjonar.

Samarbeid på tvers av sektorar og tenester er sentralt når det gjeld helsefremjande og førebyggjande arbeid.

Skulane, barnehagane, helse- og familietenestene, psykisk helseteneste, politiet, og fysio- og ergoterapitenesta og rustenestene arbeider alle førebyggjande med ulike tema og på ulike måtar. Her er det behov for større grad av samordning.

### 5.2.2 Risikofaktorar og utfordringar

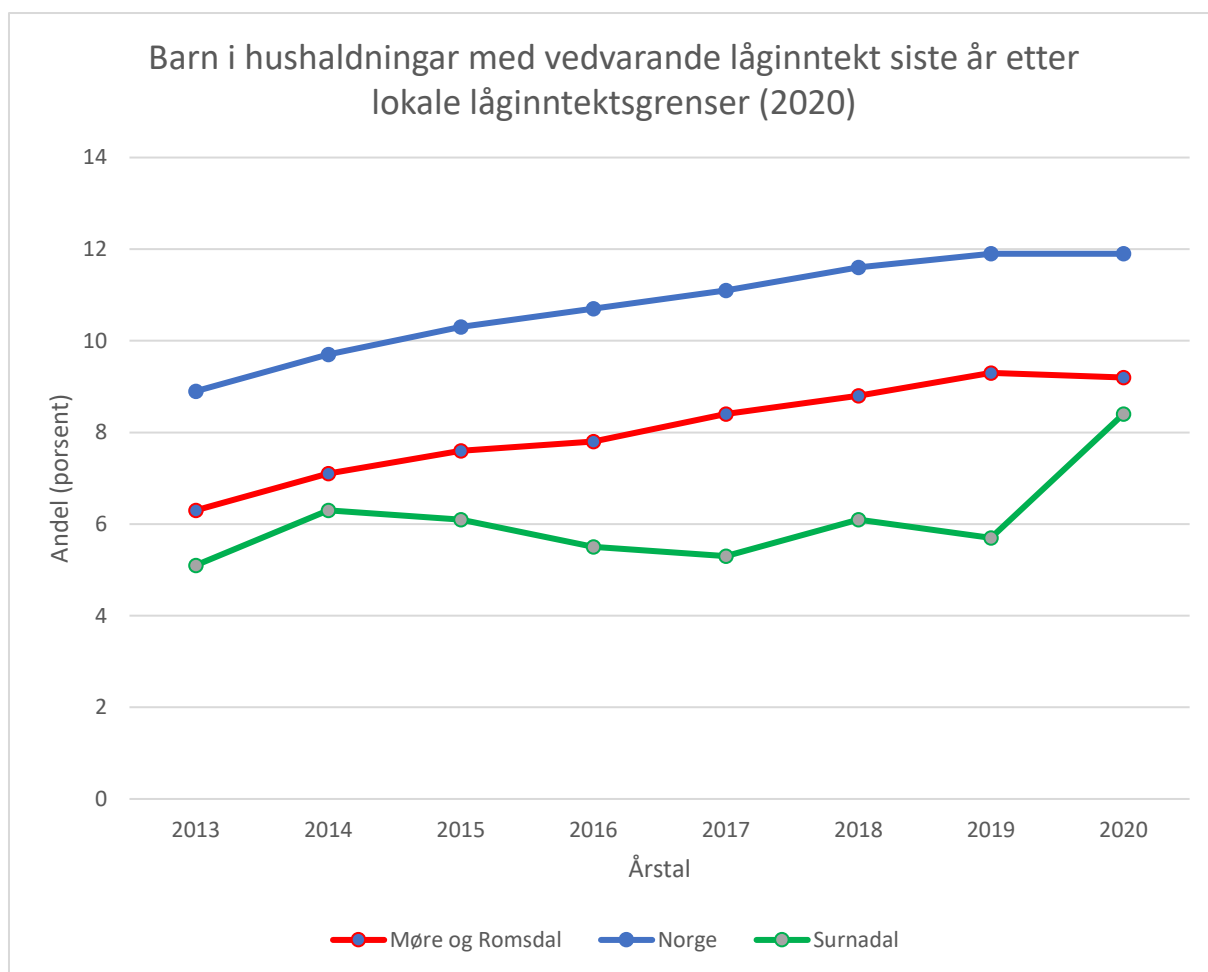
I følgje Folkehelseinstituttet vil opptil 50 % av den norske befolkninga oppleve å få ei psykisk lidning i løpet av livet. Psykiske plager og lidningar har forskjellig uttrykk på ulike alderstrinn og varierer med kjønn. Det finst både arvelege og miljømessige risikofaktorar for å utvikle psykiske lidningar. Det kan vere komplikasjonar under svangerskap og fødsel, vald, overgrep, mobbing, vanskar på skulen, sosial isolasjon, sjukdom i næraste familie, konflikhtar mellom foreldra, økonomiske vanskar i familien/foreldre med lav sosioøkonomisk status, dårleg sjølvkjensle, ulykker, dårleg meistring, psykisk mishandling og rus. Daglege og vedvarande risikofaktorar må sjåast som ein trussel mot barn sin føresetnad for å utvikle seg utan å få psykiske vanskar.

Familien skal vere ein arena for å høyre til, meistring og oppleving av meining. Familiestrukturane er i endring, men opplevinga av å ha ei tilknytning til familie i ei eller anna form er viktig for barn og unge. Trygg tilknytning til omsorgspersonar i barndomen har betyding for den psykiske helsa seinare i livet. Gode, nære og varige relasjonar til andre vaksne er også beskyttande i møte med risikofaktorar. Samlivsbrot er ei viktig årsak til psykiske plager blant barn og unge. Foreldrestøttande tiltak er derfor eit viktig område, som det også er aukande fokus på frå nasjonalt hald.

### 5.2.3 Økonomiske levekår

**Barnefattigdom** i Norge blir vanlegvis rekna ut frå andelen barn som veks opp i hushaldningar med ei samla inntekt som er lågare enn 60 % av medianinntekta i Norge. Dette måler fattigdom blant barn på ein relativ måte. Låginntekt blir derfor nytta som eit mål på kor mange fattige barn det er i Norge. (bufdir.no)

For Surnadal sin del har andelen barn i hushaldningar med vedvarande låginntekt vore under det som gjeld fylket og landet elles dei siste åra. Andelen har auka forholdsmessig mykje frå 2019 til 2020 (5,7% til 8,4%), og Surnadal nærmar seg etter kvart fylkessnittet i Møre og Romsdal. Det er usikkert kva som er årsaka til endringa i denne perioden.



Kilde: Bufdir.no

### Barn som pårørende

Mange barn opplever å vere pårørende til sjuke foreldre eller søsken. Anten det handlar om psykisk sjukdom, somatisk sjukdom, kroniske lidningar eller rusproblem vert heile familien råka. Når noko alvorleg skjer, endrar kvardagen seg. For barn og unge kan desse endringane føre til at dei ikkje har den tryggleiken og dei føreseielege rammene dei treng.

Barn som er pårørende kan oppleve å bli redde fordi dei ikkje forstår det som skjer med den som vert sjuk. Barn er lojale mot foreldra sine og vil derfor ofte prøve å skjule for omgjevnadane at det er vanskeleg heime. Å kjenne seg åleine og einsam er vanleg for barn som er pårørende. Dersom barna ikkje får hjelp til å handtere situasjonen, kan det og oppstå konsentrasjonsvanskar, angst, depresjon, fråvær i skule og fritidsaktivitetar og åtferdsvanskar. Nokre blir triste, andre irritable og sinte. Psykosomatiske symptom er også vanleg, for eksempel vondt i magen eller muskulatur. Barn som er pårørende har ofte store omsorgsoppgåver i heimen.



I Surnadal treng vi gode rutinar som sørgjer for at vi fangar opp barn som er pårørende, slik at vi aukar sjansen for å kunne sette inn hjelpetiltak. Kartlegging og eventuelt mobilisering av nettverket til familien bør vere ein del av desse rutinane.

### **Familiar og rus**

Det kan sjå ut som om det har vorte mindre av store rusproblem i familiar, men samtidig ei dreining mot ei meir liberal haldning til alkoholbruk generelt blant forelder. Barn reagerer fort på endringar i åtferda til foreldra, og blir lett utrygge når foreldra ikkje oppfører seg slik dei er vande med. Barn som får problem på grunn av foreldra sitt alkoholbruk viser ofte ikkje symptom før det har gått lang tid.

### **Vald i nære relasjonar**

Vald i nære relasjonar er eit tema som blir løfta fram både nasjonalt og lokalt. Dette er alvorlege forhold som vil prege barn og ungdom i sterk grad. Ein god del unge har opplevd å bli utsett for seksuell trakassering. Heile 21% av jentene og 5% av guttane ved vidaregåande skole har det siste året opplevd at nokon har befølt dem på ein seksuell måte mot deira vilje. 6% av elevane oppgir at dei har blitt pressa eller tvunget til samleie eller andre seksuelle handlingar.

Av elevane på VG1 rapporterer 8% at dei har blitt trua med våpen (eller annan gjenstand), angrepet eller rana av ein annan ungdom. På VG2 oppgir 5% at ein vaksen i familien har slått dei med vilje.

## **5.2.4 Psykisk helse - ungdom**

I Surnadal bur det fleire ungdomar enn det aldersdelt folketal viser. Dette skuldast hybelbuarar som går på Surnadal vidaregåande skule, og omlag 80 elevar ved Nordmøre Folkehøgskule. Ungdata viser at størsteparten av ungdomane som går på ungdomsskule og vidaregåande skule i Surnadal har det bra og trivst godt. Samla sett er dei meir nøgd med foreldra sine, lokalmiljøet sitt og skulen sin enn gjennomsnittet i fylket og landet. Vi har og mindre fråfall i vidaregåande skule enn fylkesgjennomsnittet.

Fleire instansar i kommunen har peika på at det er ei utfordring å gje eit godt nok tilbod til ungdom som ikkje er ivaretekne av vaksne omsorgspersonar i det daglege, og som strevar med å ta vare på seg sjølv, t.d hybelbuarar med psykiske plager og lidingar. For ungdom med lettare psykiske plager kan jamn oppfølging frå hjelpeapparatet vere god hjelp, og desse har vi eit godt tilbod til. Men sjølv om ein har eit godt tverrfagleg samarbeid, blir det frå fleire hald etterlyst tilbod på kveldstid og i helgar. Dei peikar og på at nokre ungdomar kunne hatt god nytte av, og større sjanse til å fullføre vidaregåande utdanning, om dei hadde ein busituasjon der dei hadde tilsyn av vaksne og hjelp tilgjengeleg når situasjonen krev det.

For ungdommar som har alvorleg grad av psykiske vanskar har vi utfordringar med hjelpetiltaka våre. Det kan vere vanskeleg for omsorgspersonane å yte omsorg og hjelp til ungdommen som er sjuk. Ungdomane får ofte vanskar på dei fleste område; stemningsleie, søvn, kosthald, skule, sosiale aktivitetar og fysisk aktivitet. I tillegg kan risikoåtferd som til dømes rusing, sjølvskading og ukritisk seksuell åtferd førekome. Det syner seg ofte å ikkje vere tilstrekkeleg med enkelttiltak som samtalar og tilrettelegging i skuleløpet. Samarbeid med spesialisthelsetenesta er utfordrande både når det gjeld ventetid, tilgang på fagpersonar og reiseavstandar. Dette er både tid- og energikrevjande når ein er sjuk.

Prosentdelen av ungdom som ved tidlegare Ung-data undersøkingar har rapportert om psykiske plager har gått ned for elever på ungdomsskulen. 6% rapporterer at dei har hatt mange psykiske plager siste veke, medan tala for landet er på 15%. Tal for vidaregåande skule er ganske llik tal frå tidlegare år. Her oppgir 8% i VG1, 12% i VG2 og 19% i VG3 at dei har hatt psykiske plager den siste veka. Det er framleis flest jenter som rapportere om slike plager.

Det er fleire elevar i vidaregåande skule som har følt seg einsam enn det er på ungdomsskulen. På ungdomsskulen er det berre jenter som har rapportert om einsemd, medan det på vidaregåande er begge kjønn.

Gjennom Ung-data undersøkinga for 2020 kjem det fram at det er ein del barn og ungdom som søv for få timar per natt og det burde ha vore fleire ungdommar som et frukost kvar morgon før dei skal på skulen.

### **5.2.5 Ungdom og fritid**

Ungdom i Surnadal deltek i mindre grad enn lands- og fylkesgjennomsnittet i organiserte fritidsaktivitetar. 61% av ungdomsskuleelevane er med i ein klubb, eit lag eller ein organisasjon. Tilsvarende tal på landsplan er 65 %. Vi ser vidare at mange er mykje plaga av einsemd, 13 % av ungdomsskuleelevane og 23 % av dei i vidaregåande skule. Dette er likevel under landsgjennomsnittet for ungdomsskuleelevar, og på same nivå som landet for elever i vidaregåande skule.

Om fritid og vennskap frå ungdاتا:

- 61 % av ungdomsskuleelevane er med på ein organisert fritidsaktivitet.
- 44 % av ungdomsskuleelevane brukar minst 2 timar kvar dag på elektroniske spel. .
- 80 % av ungdomsskuleelevane trenar minst ein gong i veka.
- 7% av ungdomsskuleelevane og 13 % av elevar ved den vidaregåande skulen i Surnadal kan ikkje seie at dei har ein fortruleg venn.

Færre rapporterer om mobbing sidan Ungdata-undersøking i 2017. Prosentdelen av elevar på ungdomsskulen som blir mobba minst kvar 14. dag har gått ned med 2 % sidan 2017. Tall for 2020 er på 4 %. Vi ser same trenden for vidaregåande skule.

For mellomtrinnet i barneskulen (5. – 7. trinn) har vi ikkje talgrunnlag frå tidlegare, men elevar som rapporterer om utestenging, plaging eller truslar av andre på skulen eller i fritida omtrent kvar 14. dag eller oftare er på 6 % (9% for Norge) og omtrent en gang i månaden er på 3 % (6% for Norge).

Vi ser at det blir rapportert om noe utestenging på sosiale media, dette gjeld frå mellomtrinnet og til vidaregåande. (Ungdata 2020)

### **5.2.6 Ungdom og rus**

Ungdata gjev oss eit talmateriale når det gjeld rusbruk blant elevar i ungdomsskule og i vidaregåande skule i Surnadal.

Trenden på landsbasis dei siste åra har vore at ungdom drikk noko mindre no enn før. Prosentdelen av elevane på ungdomsskulen og i den vidaregåande skulen i Surnadal som rapporterer at dei har vore rusa på alkohol det siste året, er framleis høgare enn landsgjennomsnittet. Tal for ungdomsskulen er på 17 %, medan landsgjennomsnittet ligg på 13%. For vidaregåande skule ligg talet på 75%, medan landsgjennomsnittet ligg på 58%.

I rapportane frå Ungdata ser vi at 11% av elevane på ungdomsskulen får lov til å drikke alkohol av foreldra sine. Landsgjennomsnittet ligg på 5% (Ungdata 2020).

Det er urovekkande at såpass mange ungdommar rapporterer at dei får lov av foreldra sine til å drikke alkohol, samt at ein del ungdommar får med alkohol heimafrå når dei dreg på fest. Frå forskning er det kjent at debuten for bruk av hasj som oftast skjer i alkoholrusa tilstand.

### **Kva skal vi gjere?**

- Auke kompetansen om psykisk helse blant tilsette som arbeider med barn og unge, mellom anna samtalekompetanse, og kunnskap om risikofaktorar og kva ulike typer åtferd kan vere eit uttrykk for.
- Styrkje fokuset på psykisk helse i skulane.
- Styrke og finne ein god måte å organisere, og å plassere ansvaret for, det foreldrestøttande arbeidet på.
- Samordning av, og kompetanseheving på foreldrerettleiingsprogram.
- Sjå spesielt på korleis vi arbeider med psykisk helse inn mot innvandrarfamiliar.

- Utarbeide felles rutine for å ivareta barn som pårørende i kommunen.
- Halde fram med rusførebyggjande arbeid blant ungdom og vaksne.
- Utvikle og utnytte kompetanse og hjelpetilbod betre i kommunen. Vi skal etablere og utvikle samarbeidsarenaer på tvers av einingar og sektorar.
- Følgje opp utfordringar vi ser ut frå Ungdata-undersøkinga og den årlege Folkehelseprofilen.
- Samarbeide med idrettslag, fritidsklubb og andre om å fremje inkludering.
- Samarbeide med Kompetansesenteret for rusførebygging (KORUS-midt) om temadagar, kurs, opplæring.
- Drive forelderveiledning ved bruk av ICDP som metode
- Oppretthalde og om muleg utvide open trefftid og samarbeidet med grendaskulane og skulane i sentrum.
- Ha ein god dialog og samarbeide med skulane gjennom etablerte samarbeidsstrukturar .
- Halde fram med informasjonsarbeid til forelder/ føresette i 7. og 9. trinn, samt at vi må ut i klassane både på ungdomsskulen og i vidaregåande skule og å informere om fakta om alkohol, cannabis og andre rusmiddel.
- Ungdomskontakt rus er ein del av skulemiljøet, tilbyr samtalar og er lett tilgjengeleg for både elevar og lærarar.
- Ungdomskontakten tilbyr ulike aktivitetar på fritid og i skuleferiar.
- Det er ønskeleg at ungdomskontakt og helsesjukepleiar får meir tid i klasserommet til å informere og skape forståing rundt både temaet psykisk helse men også andre helseutfordringar blant barn og unge, ikkje berre for dei det gjeld men også alle rundt. Det er viktig at både medelevar og venner kjenner faresignala, og slik kan ha forståing eller varsle om ein er bekymra for nokon.
- Ved endra skulestruktur skal ungane ivaretakast på beste måte slik at dei får ein forutsigbar og trygg skulestart og skulekvardag.

### 5.3 Barn og unge med nedsett funksjonsevne

I kommunen har vi barn og unge med nedsett funksjonsevne. Barna og familiarne deira har behov for hjelp og støtte i ein kvardag som kan vere utfordrande, og behovet for kommunale tenester har dei siste åra auka.

Desse barna og ungdommane har behov for tenester både frå oppvekst og helse- og omsorgssektoren. Dette krev godt tverrsektorielt samarbeid.

Barn og unge med nedsett funksjonsevne kan oppleve det å vere med på fritidsaktivitetar meir utfordrande jo eldre dei blir. Krava til prestasjon aukar med alderen både i idrett og innan kultur.

Nokre aktivitetar har betre vilkår for å inkludere alle, til dømes speidar, 4H og basistrening. I små kommunar er det utfordrande å setje saman gode grupper etter alder, interesser og funksjonsnivå. Fylkeskommunen har eit uttalt mål om gjere kultur tilgjengeleg for alle, og i tillegg klare å sjå samanhengen mellom kultur og helse.

Vi treng å sjå på om ressursane til støtte-, fritids- og treningskontakt kan brukast betre, til dømes direkte i organisasjonar som driv aktivitetar for barn- og unge. Kanskje kan nokon i organisasjonen ha eit særskilt ansvar for dette, i staden for at dei enkelte barna med behov for støtte kjem til aktiviteten med «sin» kontakt.

Forelder/ føresette til barn med nedsett funksjonsevne og sjukdom er ei gruppe pårørande med store omsorgsoppgåver. Dei strekker seg langt for å gi barnet eit godt liv. Tilbod om avlasting blir gitt til pårørande med særleg tyngande omsorgsoppgåver for barn og unge med ulike grader av nedsette funksjonsevner eller kroniske sjukdommar.

### **Kva skal vi gjere?**

- Ei styrka koordinatoropplæring
- Betre tverrsektoriell samordning
- Auka fokus på kvalitet og inkludering i barnehage og skule
- God planlegging av overgangar mellom barnehage og skule, og mellom ulike skuleslag
- God og langsiktig planlegging av bustad og arbeid/aktivitet etter avslutta skulegang. Dei som ikkje kan ha eit arbeidsretta tilbod skal få tilbod om anna meningsfull aktivitet på dagtid.

## 6 Vaksne – utfordringar og tiltak

### 6.1 Psykisk helse

Å ha god psykisk helse kan sjåast på som å ha overskot i møte med dei krava ein møter i kvardagen sin, sjå definisjon i kap. 5.2.1. Alle vil gjennom livet oppleve svvingar i både den fysiske og den psykiske helsa, men dei fleste synst det er enklare å fortelje andre at dei har ein fysisk sjukdom eller skade enn å seie at ein er mykje nedfor og trist for tida. Det er viktig at både helse- og omsorg og andre tenester og samfunnsaktørar bidreg til å bryte ned tabu kring psykisk helse. Tryggleik, høyre til og deltaking i sosiale fellesskap er viktig for alle og styrkar den psykiske helsa vår. Å arbeide med haldningar til utanforskap, og å skape eit inkluderande samfunn er derfor viktig folkehelsearbeid.

Vi har utfordringar knytt til psykisk helse innanfor alle aldersgrupper i Surnadal. Felles for alle aldersgruppene er at det vanskeleg å setje inn tiltak i tidleg fase til folk som har psykiske plager. Nokre vegrar seg for å ta i mot hjelp, for andre tek det tid å kome i kontakt med rette instans. I ein del saker ser vi at tilsette i einingane har for dårleg kjennskap til kvarandre og kva tenester vi samla sett kan tilby.

Frå stortingsmelding 26 (2014/15) Framtidens primærhelseteneste

*Målet med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser må være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Utfordringsbildet tilsier at det er behov for kapasitets- og kvalitetsheving på alle nivåer fra forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, oppfølging av personer med lettere og moderate lidelser (...) og styrket samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.*

Forsking viser at tal personar med omfattande psykisk problematikk er aukande og utgjer ein stadig større del av brukarane av helse- og omsorgstenester. Og i Surnadal ser vi dette i form av auka tal tilvisingar og meir komplekse saker. Brukarane er ei ueinsarta gruppe som har behov for ulike tenester.

Psykiske plager og lidingar kan vere årsak til andre utfordringar som det må gjerast noko med. Det kan til dømes vere vanskeleg å få i seg nok og riktig mat. Ein del har behov for hjelp til praktiske gjeremål i periodar der dei psykiske lidingane er framtrekande. Døme på dette er å handle, vekking om morgonen, kome i gang med aktivitet m.m.

Helse- og omsorgstenestene opplever i periodar etterspørsel etter tilgjengeleg hjelp på kveld og helg. I dag er legevakt tilgjengelege på kveld og helg. Når det oppstår situasjonar der brukarar treng oppfølging på kveld og helg, er terskelen for den enkelte høg for å ta kontakt. Kommunane fått ansvar for å ha kommunale akutte døgnpassar (KAD) for rus og psykisk helse. Kommunane har fått betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar som blir liggande lenger i sjukehus på same vis som i somatikken.

Kommunepsykolog vart ei lovpålagt teneste frå 2020. Dette skal styrke tenestene til pasientar med rusproblem og/eller psykiske vanskar i kommunane. Kommunen har eit interkommunalt samarbeid med Rindal kommune om kommunepsykolog, der Surnadal disponerer ei 50% stilling. Psykologen skal i størst grad vere eit tilbod til vaksne.

Helse- og omsorgssektoren i Surnadal opplever at det er for få omsorgsbustader med bemanning for dei med psykiske lidningar og behov for tett oppfølging. Det er også behov for omsorgsbustadar der brukarar kan bu i ein periode, medan dei trenar opp buevne under rettleiing.

Det er eit mål at tiltak, tenester og strategiar som er omtala i denne planen også skal vere gode tilbod til innbyggjarar med psykiske plager eller lidningar. Tverrfagleg samarbeid og samarbeid med brukarar, pårørande og frivillige er viktig og noko vi til ei kvar tid må ha fokus på. Vidare er også kompetanse innan psykisk helse og rus eit av felt som er prioriterte når det gjeld vidareutdanning.

### **6.1.1 Menneske med rusproblem**

Rusproblematikk er ofte sterkt knytt til psykiske plager og lidningar, men psykiske helseproblem er derimot ikkje alltid knytt til rusproblem.

Det er vanskeleg å få ein god og påliteleg oversikt over talet på innbyggjarar som har eit rusproblem. Det er dermed vanskeleg å slå fast om det er eit aukande eller minkande problem. Også nasjonalt er dette vanskeleg, då det ikkje finst statistikk som viser utbreiing i Norge. Ein veit at Norge har eit lågt alkoholkonsum samanlikna med andre land, men vi veit at konsumet aukar (Meld. St. 26, 2014-2015). Det er ikkje grunn til å tru at befolkninga i Surnadal skil seg frå elles i landet. Omtalene under er derfor basert på ei oppfatning frå fastlegar, NAV og tenestene elles.

Det er relativ få personar som er i eit behandlingsopplegg for sitt rusproblem. Ein kan likevel ikkje bruke dette som indikator på at det er færre som slit med dette no enn tidlegare. Her er, som alle andre stadar, eit skjult misbruk og utfordringar ved at den som har problemet ikkje

sjølv erkjenner det. Vi opplever også at motivasjonen for å gjere noko med situasjonen sin er sterkt varierende.

Det har dei seinare åra vore reduksjon av talet døgnplassar i spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern og rusbehandling. Dette har medført at kommunane har fått eit større ansvar for brukargruppa, også for dei med omfattande rusproblematikk (Meld. St. 26, 2014-2015).

I Surnadal har vi erfaring med at vi manglar bustader som er eigna til denne gruppa. Det handlar om eigna lokalisering og ofte også om bemanning med rett kompetanse. Vi har nokre tilsette som har teke vidareutdanning innan området rus. I samband med etablering av aktivitetstilkontakt og ungdomskontakt innan rusfeltet har det dei siste åra vore ei auke i aktivitetstilbodet til brukargruppa. Det har også vore gjennomført pårørandekurs med etablering av sjølvhjelpsgruppe i etterkant av kurset. Kommunen nyttar kartleggingsverktøyet "Brukarplan" for å kartlegge omfanget av rus- og psykiske problem blant tenestemottakarane i kommunen. Det blir gjort individuelle funksjonsvurderingar på fleire område som til dømes, bustad, arbeid, økonomi, meiningsfull aktivitet etc. Dette gjeld personar som allereie har kommunale tenester, og vi ser for oss at her er det mørketal om ein ser heile befolkninga i kommunen under eitt.

| Tal med rusutfordringar kartlagt i Brukarplan og kor mange av desse som har aktivitetstilbod |                  |               |                  |               |                  |               |
|--|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
|  | 2017             |               | 2018             |               | 2019             |               |
|  | <i>Kartlagte</i> | <i>Tilbod</i> | <i>Kartlagte</i> | <i>Tilbod</i> | <i>Kartlagte</i> | <i>Tilbod</i> |
| Surnadal   | 135              | 19            | IK               | IK            | 129              | 27            |
| IK: Ikkje kartlagt   |                  |               |                  |               |                  |               |

### Kva skal vi gjere?

- Auke kunnskapen i befolkninga om kva vi alle kan gjere for å styrke både eiga og andre si psykisk helse.
- Fortsette med det tverrfaglige samarbeidet på tvers av sektorar og tenester, og auke kjennskapen til kva dei ulike einingane kan bidra med.
- Vidareutvikle lågterskeltilbod for dei som har lettare psykiske plager og/ eller rusproblem så tilbodet blir aktuelt å nytte for ei større brukargruppe.
- Utvikle gode gruppetilbod for brukarar med ROP-lidingar.
- Sjå på aktuelle løysingar for bustad for innbyggjarar med rusproblem, og dårlege buevner.
- Bruke Brukarplan som kartleggingsverktøy for å synleggjere behov for tenester og tiltak.
- Sikre kompetanse på fagområda psykisk helse og rus gjennom vidareutdanning for dei tilsette og ved rekruttering av nytilsette.



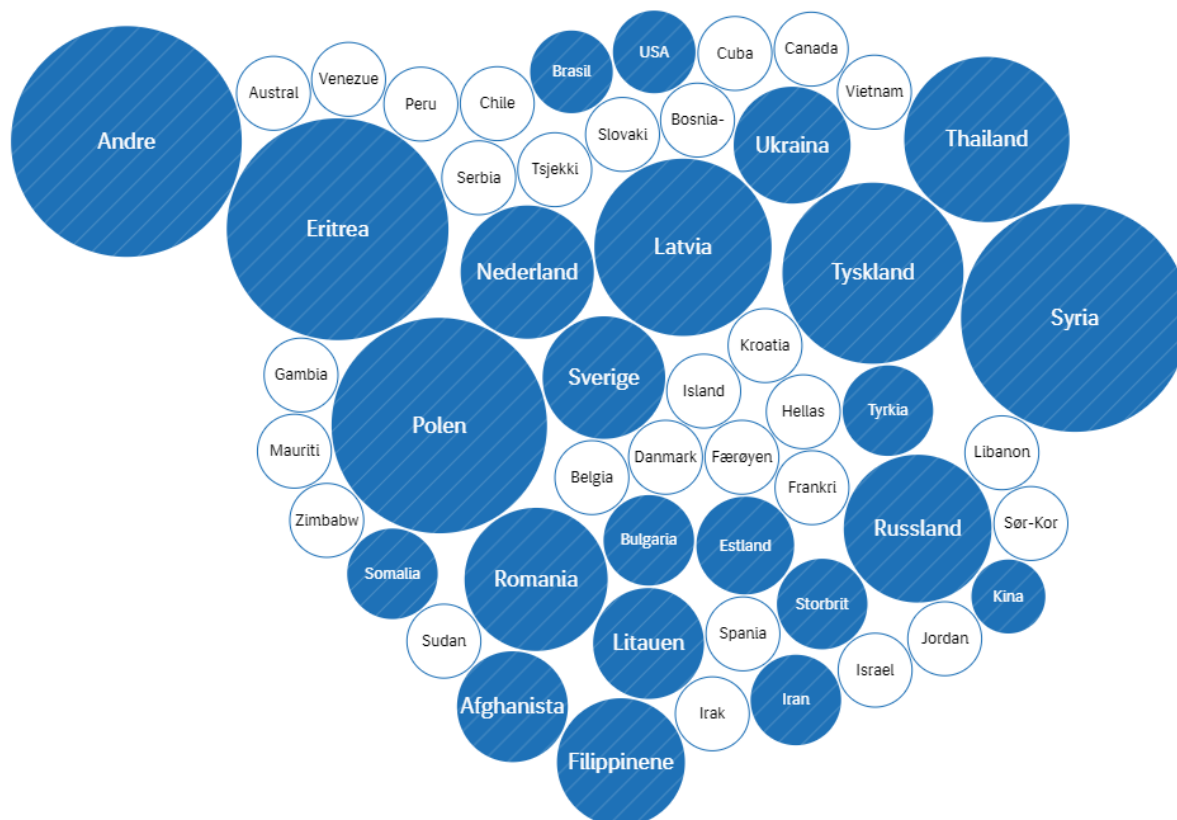
- Auke kompetanse på pårørandearbeid innan rusfeltet, og undersøkje om det er behov og ønskje om å få etablere ei pårørandegruppe.
- Vidareføre og vidareutvikle eit godt dag- og aktivitetstilbod i aktivitetshuset på Sommerro.

## 6.2 Minoritetshelse

I stortingsmelding 26, 2014-2015 – «Fremtidens primærhelsetjeneste» vert det peika på at utfordringsbildet når det gjeld innvandrargruppene si helse er samansett. Personar som er svake i norsk kan ha store vanskar med å orientere seg i helsesystemet. Dette kan føre til forseinka behandling og dårleg utnytting av ressursane. I nokre innvandrargrupper er det særskilde utfordringar på følgjande område: førebygging og behandling av diabetes, psykisk helse, tannhelse, prevensjon og svangerskapsomsorg. Asylsøklarar og flyktningar har et særskilt behov for oppfølging av helse- og omsorgstenesta i kommunane. Kombinasjonen uønskt migrasjon, låg inntekt, traume og dårlege språkkunnskapar er relaterte til auka helseproblem hjå migrantar.

I Surnadal kommune har vi dei seinare åra hatt ei kraftig auke i tal innvandrarar. Dette gjeld både talet på asylsøkarar, flyktningar, arbeidsinnvandrarar og livsstilsinnvandrarar (sjå tabellen under).

### Opprinnelse - land



Figuren over er utarbeidd av IMDI, sjå [IMDI sine sider](#). Tabellen syner talet innvandrarak fordelt etter landbakgrunn i 2020 i Surnadal. Frå Syria er det 38 som kjem, Eritrea 36, Polen 34, Tyskland 24, Latvia 23, Russland 16, Romania 15, Nederland 13, Filippinene 12, Sverige 11 og Ukraina 10. Dei med anna bakgrunn utgjer samla 39.

Vi har dei siste åra har hatt ein kraftig vekst i talet på arbeidsinnvandrarak frå europeiske land, og flyktingar både frå Asia og Afrika. Flyktingar og arbeidsinnvandrarak er ekstra utsette for utanforskap på grunn av språk- og kulturbarrierar. Dei er ofte mindre aktive i organisasjonsliv enn nordmenn, og meir avhengige av uformelle møteplassar for å kome i kontakt med folk.

Fleire av dei tilsette opplever eit behov for meir kompetanse blant både tilsette i oppvekst og helse og omsorg om innvandrargrupper si helse, sjukdomsforståing, risikofaktorar og om samanhengen mellom migrasjon og helse. Det er viktig med god informasjonsflyt og samarbeid mellom involverte einingar, tilsette og spesialisthelsetenesta mot felles mål. Det er også viktig å hjelpe dei til å leve sjølvstendige liv i Surnadal der arbeid, aktivitet og sosialt fellesskap er utgangspunkt for god integrering og helse.

### **Kva skal vi gjere?**

- Felles tverrsektoriell og tverrfagleg opplæring om innvandrargrupper si helse, sjukdomsforståing, risikofaktorar og om samanhengen mellom migrasjon og helse.
- Vi skal spele på eigne tilsette med kompetanse på området, samt nytte opplæringstilbod frå RVTS (Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmordsførebygging) og NAKMI
- (Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse) .
- Etablere samarbeidsarenaer for å sikre god tverrfagleg innsats og samordna rutiner og tiltak for denne gruppa
- Gjere oss nytte av kompetanse og kunnskap hjå innvandrarak som har busett seg her og er godt integrerte.
- Sikre brukarmedverknad ved å invitere innvandrarak i ulike samarbeid/ i regi av kommunen.

## **6.3 Menneske med ei utviklinghemming og behov for varige tenester**

I Surnadal kommune har vi mellom 60-70 personar med diagnose psykisk utviklingshemming, som har ulik grad av lett, moderat eller alvorleg psykisk utviklingshemming. Dei fleste treng oftast bistand frå kommunen og andre gjennom

livet. Det er ca. 8 personar under 18 år og 30 personar over 18 år som har eit omfattande bistandsbehov.

### **6.3.1 Tildeling og organisering av tenestene**

Tenester til menneske med utviklingshemming er samla i ei eining kalla Bu- og aktivitetstenesta. Kompetanse og kontinuitet er ein føresetnad for gode helse- og omsorgstenester til menneske med ei utviklingshemming. Tenestemottakarane får vedtak om teneste på grunnlag av søknad og ut i frå ei individuell vurdering.

Kommunen er ansvarleg for å sikre fagleg forsvarlege tenester med heimel i helse- og omsorgstenestelova.

Tenesta har som mål å ha fokus på kvardagsmeistring i heimen til brukar, og legge til rette for aktivitet og sosialt samvær ut i frå interesse og behov. Tenestene har også fokus på brukarmedverknad og vil ta utgangspunkt i den enkelte sine ressursar, interesser og behov. Pårørande og brukar er viktige samarbeidspartar i planlegging av kva den enkelte treng av bistand.

### **6.3.2 Bustad**

I 2016/2017 vart det bygd 3 samlokaliserte bustader og ein avlastningsbustad i eit sentrumsnært buområde. Målgruppa er mellom anna menneske med ei utviklingshemming. I området er det også eit aktivitetshus som vart ferdigstilt i 2017. Her vil det vere kommunalt tilsette til stades som yter tenester etter vedtak og behov. Fram mot 2030 kjenner kommunen til 6 - 7 barn og unge med ulik grad av utviklingshemming som truleg skal etablere seg i eigne bustader. Kommunen har i dag nokre bufellesskap med heildøgnsbemanning som kan vere aktuelle som samlokaliserte bustader i framtida, men vi ser at det kan bli behov for fleire. Kommunen bør gå i dialog med aktuelle føresette for å høyre kva tankar dei har om framtidig bustad. Alternativa kan vere mange, frå at kommunen bygger og leiger ut til at dei bygger eller kjøper privat. Det bør vurderast om det er aktuelt med samlokaliserte bustader. Alle har rett ein eigen heim, og tenester vil vere basert på individuelle behov. Her er det viktig å dra nytte av Husbanken sine tilskotsordningar.

### **6.3.3 Aktivitet og arbeid**

Aktivitet og arbeid er ein viktig del av livet for alle menneske. Tilpassa arbeid i det ordinære arbeidslivet skal vurderast i samarbeid mellom kommunen, NAV og private bedrifter i kommunen.

I Surnadal har vi eit arbeidsretta aktivitetstilbod og varig tilrettelagde arbeidsplassar i attføringsbedrifta Trollheim AS. Der er det eit variert tilbod av arbeidsoppgåver, og det er eit mål at alle får høve til å nytte ressursane sine og oppleve meistring og verdsetting. NAV Surnadal har eit breitt spekter av fleire statlege og kommunale tiltak til personar som i ulik grad treng tilrettelegging og oppfølging for å delta i arbeid og aktivitet. Eit døme på dette er arbeidsretta aktivitetstilbod til ungdom og varig tilrettelagde arbeidsplassar hos attføringsbedrifta Trollheim AS. Det er eit mål for NAV at alle får høve til å nytte ressursane sine og oppleve meistring og verdsetting. NAV iverksett tiltak etter vurdering av behov for den enkelte. Tildeling av arbeidsmarkedstiltak i NAV er det NAV som vurderer i den enkelte saken.

Dei som ikkje har moglegheit for å få eit arbeidsretta tilbod, bør likevel ha meiningsfull aktivitet på dagtid. Aktivitetshuset på Sommerro har lokalitetar som er universelt utforma og betre tilpassa aktivitetar for denne gruppa.

#### **6.3.4 Fritid**

Det kan vere ei utfordring for vaksne med ei utviklingshemming som bur åleine å ha ei aktiv fritid og eit godt sosialt liv. Surnadal kommune organiserer eit aktivitetstilbod på Sommerrotunet aktivitetshus på dagtid midt i veka. I tillegg vert fritidsaktivitetar ivareteke gjennom støttekontaktordninga og tilsette i tenestene. Dette kan til dømes vere å gå på kino, tur, bading, songkveldar på kyrkjelydshuset og basar.

#### **Kva skal vi gjere?**

- Utvikle kvalitet på tenestene i miljøarbeidartenesta med fokus på kvardagsmeistring.
- Aktivitetstilbod på dagtid for dei som ikkje har eit tilbod på Trollheim AS.
- Arbeide for tilrettelagde arbeidsplassar i det ordinære arbeidslivet.
- Utgreie og planlegge framtidig bustadbehov.
- Legge til rette for at dei som ønskjer det kan både oppleve, og ta aktivt del i kulturelle aktivitetar.

## **6.4 Seniorhelse og menneske med kroniske sjukdomar**

I ei befolkning med fleire eldre vil det verte fleire med kroniske sjukdomar. Mange lever også lenger og betre med kreft, KOLS og ulike andre sjukdomar grunna betre behandlingsmetodar. I tråd med samhandlingsreforma får også mange yngre innbyggjarar med til dømes kreft, nevrologiske lidingar, revmatiske sjukdomar, diabetes og andre kroniske sjukdomar no si hjelp, og til dels behandling, i kommunen. Når ein då

veit at endå fleire skal få si oppfølging i kommunane framover, inneber det at fleire vil ha behov for meir komplekse og fagleg utfordrande tenester i kommunen i åra som kjem. Samansette sjukdomsbilde og diagnosar set krav til høg kompetanse blant dei tilsette. I tillegg har vi utfordringar knytt til rekruttering, kapasitet og ressursar.

Dei som er eldre i dag bur heime lenger enn dei gjorde for berre få år sidan. Dette er også ei bevisst satsing frå kommunen. Pasientane vert raskare utskrivne enn tidlegare og kommunen «overtek» no pasientane i ein fase der dei tidlegare låg på sjukehus. Ei utfordring for tenestene er at mange heimar ikkje er tilrettelagd for mykje hjelpemiddel. Nokre pasientar bur i bustadar med små rom og dårleg tilrettelagde bad, kanskje over fleire etasjar. Dørstokkar, smale dørøpningar og rom er utfordrande når ein skal inn med mange plasskrevjande hjelpemiddel. Det kan verte stor slitasje på personalet som har desse heimane som arbeidsplass.

For å møte desse utfordringane vil ulike satsingar vere viktige. For å kunne gje god oppfølging til dei med alvorleg og samansett sjukdomsbilde, er kompetansen til dei tilsette viktig, samt nok ressursar og kapasitet. Tilpassa bustadar og godt samarbeid med pårørande er også viktige faktorar.

Det er viktig å kome tidleg inn og bidra til at den enkelte kan førebygge behovet for tenester, og meistre eigen sjukdom og eige liv. Det vil gje livskvalitet for den enkelte, og god utnytting av ressursane. Førebyggjande heimebesøk, kvardagsrehabilitering, hjelpemiddelformidling og tilrettelegging av bustad er satsingar for tidleg innsats vi driv med i kommunen. Førebyggjande heimebesøk er eit ønska tiltak som det ikkje enda har funne ressursar til.

Einsemd gjev auka risiko for psykisk og fysisk uhelse. I Surnadal kommune har vi mange eldre åleinebuande, desse kan vere meir utsette for einsemd enn andre. Vi veit at aktivitet og deltaking styrkar helsa til eldre så vel som unge. Frivillig arbeid i seg sjølv gjev engasjement og aktivitet, og har stor verdi for også for dei som utfører arbeidet.

#### **6.4.1 Frivilligsentral**

I 2020 starta den nye frivillig-sentralen i gang si drift i Surnadal. Frivilligsentralen vil bli ein viktig aktør og samarbeidspart sett opp mot dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Det vil vere naudsynt å opprette dialog med frivilligsentralen tidleg i planperioden, for å kartleggja behov for frivillig bistand, kva aktuelle oppgåver kan vere, og korleis dette kan organiserast. Målet er å få til eit godt og nært samarbeid der frivillige ressursar supplerer helsetenestene til det beste for innbyggjarane og brukarane.

#### **6.4.2 Kvardagsrehabilitering**

Kvardagsrehabilitering (rehabilitering i heimen) er rehabilitering med tverrfagleg kartlegging og trening med pasientane sine mål som felles utgangspunkt. Pasientane får høve gjennom ei kartleggingsamtale å legge vekt på kva aktivitetar som er viktige i livet. Dette blir pasienten sine mål og styrande for korleis ein legg opp treninga. Rehabiliteringa vert utført av eit tverrfagleg team som har utgangspunkt i heimetenestene. Det tverrfaglege teamet består av sjukepleiarar, helsefagarbeidar, fysio- og ergoterapeut. Det er og byrja samarbeid med heimetrenar/heimhjelp. Fokuset er på tidleg innsats ved funksjonsfall, rehabiliteringa går føre seg i pasienten sin heim, der ein øver konkret på oppgåver som er viktige for pasienten å meistre. Sidan 2017 er dette tilbodet integrert i heimetenesta.

Fokuset er førebygging, trening, tilrettelegging og meistring av viktige kvardagsaktivitetar som den enkelte brukar sjølv tykkjer er viktig. Det handlar om å kome tidleg inn, samarbeide tverrfagleg i lag med brukar i tidleg fase av funksjonssvikt. Målet er å trene på viktige aktivitetar for brukaren, slik at dei i størst mogleg grad kan meistre eige liv.

#### **6.4.3 Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging**

Grensegangen mellom teknologi og hjelpemiddel er ofte uklar og i stadig endring. Hjelpemiddelforvaltning og tilrettelegging av bustad og uteområde er ei viktig oppgåve for fysio- og ergoterapitenesta, men og for heimetenestene. Etterkvart som kommunane får meir ansvar for høgfrekvente hjelpemiddel er det også viktige oppgåver for teknisk personell, både med tanke på vedlikehald, reparasjon, kvalitetssikring, utkøyring, montering og reinhald. Kommunen må sikre nok tilsette med rett kompetanse for å handtere eit auka behov for hjelpemiddel og tilrettelegging av bustad og nærområde.

## Kva skal vi gjere?:

- Kommunen og leiar for Frivilligsentralen skal ta ansvar for å opprette ordningar med faste møtepunkt med frivillige ein gong i halvåret.
- Opprette samarbeid mellom kommunen og Frivilligsentralen om utviklingsprosjekt. Sikre medverknad frå dei frivillige i planlegging av aktivitetar og prosjekt.
- Etablere ei ordning med frivilligkontaktar i aktuelle einingar. Dette er tilsette som vert viktig bindeledd mellom einingane, Frivilligsentralen og frivillige lag og organisasjonar.
- Utarbeide ein frivilligstrategi som viser retning for felles arbeid og forpliktar samarbeidet.
- Utvikle tilbod innan musikk som helseressurs inn imot eldre, i tråd med “Leve hele livet”.
- Halde fram satsinga på og utvikling av kvardagsrehabilitering og å gjere det kjend blant innbyggjarane i kommunen, slik vi får høve til å kome tidleg inn.
- Dimensjonere teknisk personell i tråd med eventuelle utvida ansvar for tekniske hjelpemiddel. Sikre teknologi-kompetanse i forhold til tekniske hjelpemiddel og velferdsteknologi.

## 6.5 Demens

Ei av dei største utfordringane vi står overfor som følgje av auka levealder og endra alderssamansetning, er at talet på personar med demens sannsynlegvis vil fordoblast dei næraste 30-40 åra i følgje Folkehelse rapporten 2014 (FHI). Demens er ei samlenemning for ein tilstand som kan vere forårsaka av ulike hjerneorganiske sjukdomar som fortrinnsvis opptrer i høg alder. Tilstanden gjev symptom som hukommelsessvikt, sviktande evne til å utføre aktivitetane i dagleglivet, sviktande språkfunksjon, sviktande orientering for tid og stad og endring i sosial åtferd. Førekomen aukar med stigande alder. I aldersgruppa 80-85 år er til dømes førekomen ca. 17 %, mens i aldersgruppa over 90 år har rundt 43 % demens. Dette vil i Surnadal utgjere ei auke på over 40 personar frem mot 2030, frå statistisk rundt 75 i 2020 til 119 pasientar i 2030.

|                    | Hovedalternativet (MMMM) |      |      |      |      |
|--------------------|--------------------------|------|------|------|------|
|                    | 2020                     | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
| 1566 Surnadal      |                          |      |      |      |      |
| 70-74 år           | 376                      | 378  | 378  | 365  | 447  |
| 75-79 år           | 276                      | 345  | 348  | 352  | 340  |
| 80-84 år           | 184                      | 230  | 292  | 301  | 308  |
| 85-89 år           | 106                      | 133  | 170  | 219  | 232  |
| 90-94 år           | 45                       | 54   | 75   | 95   | 125  |
| 95-99 år           | 15                       | 14   | 17   | 26   | 31   |
| 100 år eller eldre | 0                        | 1    | 3    | 3    | 5    |

Tabell over befolknings sammensettinga i aldersgruppa over 70 år i Surnadal fram til 2040. Tala er henta frå SSB.

Gjennom «*Demensplan 2020 - Eit meir demensvennleg samfunn*» har regjeringa identifisert seks strategiar som skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassa tenester til menneske med demens:

1. Sjølvbestemming, involvering og deltaking.
2. Førebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen.
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.
4. Aktivitet, meistring og avlasting.
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassa tenestetilbod.
6. Forskning, kunnskap og kompetanse.

### 6.5.1 Demensomsorg

Mange pårørande yter i dag ein stor og viktig del av omsorga til heimebuande personar med demens, og har i dei fleste tilfelle ansvaret aleine i ein tidleg fase av sjukdommen. Å vere familieomsorgsgjever for ein person med demens aukar risikoen for å utvikle helseproblem. Det vil vere nødvendig også i framtida med innsats frå pårørande. Kommunen må legge til rette for ordningar som i større grad tek i vare dei pårørande, og ha fokus også på deira behov når den framtidige helse- og omsorgstenesta skal utformast.

Vidare må kommunen i si organisering av all helse- og omsorgsteneste være klar over og tilpasse tilboda for å best mogleg grad ivareta personar med demens, t.d omfang av rulling av personale, tilpassa sjukeheims plassar og oppfølging av palliasjon også for denne gruppa. Det er viktig med samarbeid mellom einingane for å oppnå dette.



Kommunen har ei demensgruppe og dagtilbodet - «Inn på tunet» for heimebuande med demens. I tillegg har vi ei tilpassa avdeling på sjukeheimen for personar med demens.

Det er faste møter mellom heimesjukepleien og Kåret (sjukeheimsavdelinga tilpassa personar med demens).

Kommunen har inngått avtale med Nasjonalforeninga for folkehelse om aktivitetssvenn.

Kommunen har ein samarbeidsavtale med Alderspsykiatrisk avdeling ved Hjelset (spesialisthelsetenesta) om utredning og oppfølging av personar med demens.

I 2016 vedtok kommunen å gå inn i satsinga «*demensvennleg samfunn*». Målet er bidra til at servicenæringar i kommunen vert betre rusta til å møte og hjelpe personar med demens i lokalsamfunnet.

For å møte framtida må kapasiteten på fleire område aukast. Dette gjeld særleg utviding av tilbodet om tilpassa dagtilbod.

### **Kva skal vi gjere?**

- Løfte arbeidet med «Demensvennleg samfunn». Avklare ansvar og sette konkrete mål for vår kommune.
- Meir samarbeid med frivillige- lag og organisasjonar, gjerne gjennom frivillighetssentralen. Dette kan gjelde tiltak både rundt pasientane og pårørande.
- Arrangere pårørandeskule i samarbeid med frivillige lag- og organisasjonar - Opplæring og tilbod om rettleiing til pårørande til personar med demens – individuelt og i grupper.
- Vurdere auka bruk av teknologi som ei støtte for både pasientar og pårørande i ein kvardag med demens. Det kan skape struktur, tryggleik og bidra til at fleire kan bu heime i kjende og trygge omgjevnader lenger.
- Vurdere å auke kapasiteten til demensgruppa i tråd med auka tal eldre. Oppgåva er å kartlegge, legge til rette i kvardagen med hjelpemiddel samt gje råd og rettleiing til pasientar, pårørande og andre tenesteytarar.
- Vidareutvikle dagaktivitetstilbod for heimebuande med demens.
- Styrke avlastningstilbodet til pårørande som gjer ein stor innsats for sine heimebuande demente. Kapasitet, alternative og fleksible tilbod er viktige stikkord. Ein vil og arbeide for å ha eigen avlastningsplass på sjukeheimen for demente, ved avdeling for demenssjukdomar.

- Bygge omsorgsbustader som er tilpassa personar med demens.
- Utarbeide/ tilpasse forløp på tvers av einingane for oppfølging av personar med demens og deira familiar.
- Auke kompetansen på demens blant dei tilsette i alle einingar. Vidareutdanning innan dette feltet skal følgjast opp gjennom kompetanseplana for dei einskilde einingane. Det har vore køyrd ei stor satsing på Demensomsorgens ABC dei siste åra, der mest alle tilsette ved sjukeheimen har gjennomført, eller er i ferd med å gjennomføra, denne opplæringa. Heimetenesta er også i gang med det same.

## 6.6 Heildøgns tenester i institusjon

Meld. St. 15 *Leva heile livet* er ei kvalitetsreform for eldre over 65 år. Reforma har ei tidsplan for åra 2019-2023. Reforma skal bidra til fleire gode leveår der eldre beheld god helse lenger og opplever at dei har god livskvalitet. Dei skal i større grad meistre eigne liv, samstundes som dei får den helsehjelpa dei treng når dei har behov.

Reforma har 5 innsatsområder; eit aldersvennleg Noreg, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og samanheng i helsetenestene. Områda heng saman og påverkar kvarandre.

Institusjonsopphald med heildøgns tenester er det øvste trinnet på omsorgstrappa.

Målområda i reforma *Leva Heile Livet* har slik dei fleste virkeåra før dette trinnet.

Likevel er dei fleste målområda relevante for sjukeheimstilbodet óg. Valfridom, - kva er viktig for deg?, matglede, aktiviteter og fellesskap, samarbeid med pårørande, samt nye løysingar og ein betre arbeidskvardag for tilsette med m.a ny teknologi, - alt dette er viktige emne innan eldreomsorga ytt i institusjon.

### 6.6.1 Sjukeheimstilbodet i Surnadal kommune

Surnadal kommune har éin institusjon med heildøgns tenester. Sjukeheimen har 61 rom, kor 9 er korttidsrom og 52 er langtidsrom. Av langtidsromma utgjer 16 rom ei tilrettelagt avdeling for pasientar med demenssjukdomar. I tilknytning denne avdelinga er det ein sansehage. Av korttidsplassane utgjer 3 av romma ein observasjonspost, inkludert eit tilrettelagt rom for palliativ pleie. På observasjonsposten er målet avklaring av vidare behov for omsorgstenester. Elles har sjukeheimen eit eige institusjonskjøkken, samt eigne vaskeritenester under same tak.

Surnadal sjukeheim er ein aktiv institusjon. Det er ulike aktivitetstilbod, både felles aktiviteter og individuelle. Sjukeheimen har gjennom mange år hatt stort fokus på mat-

og måltidsglede, og aktiviteter, da ein ser dette som ein viktig del av det heilskaplege tenestetilbodet, for å stimulere til trivsel, fellesskap, livsglede og verdigheit.

Sjukaheimen har eit stort fokus på kvalitet og kompetanse for å sikre gode og forsvarlege tenester til bebuarane. Kvalitet blir jobba med kontinuerleg og er satt i system. Døme på kvalitetsarbeid er satsinga innan demensomsorg, observasjonskompetanse og velferdsteknologi.

Velferdsteknologi og digitalisering er eit prioritert område ved sjukeheimen framover, jf. tidlegare kapittel i plana. Ulik teknologi vil supplera tenestetilbodet ved sjukeheimen, og mellom anna bidra til auka tryggleik for både bebuarar og tilsette. Døme på slik teknologi er digitale tilsyn og varslings- og lokaliseringsteknologi (t.d. GPS).

Som nemnt er kompetanse særskild viktig for å levere gode tenester ved sjukeheimen. Den nasjonale mangelen på sjukepleiarar skapar utfordringar også på sjukeheimen i Surnadal. Rekrutteringsarbeid og tiltak for å stimulere til at tilsette/ innbyggjarar i Surnadal tek denne utdanninga, vert difor særskild viktig i åra som kjem for å møte mangelen på denne kompetansen. Fleire tiltak kan bli aktuelle å sjå på for å bøta på sjukepleiarmangelen, der både teknologi kan avhjelpe situasjonen, samt å sjå på nye måtar å organisere helsetenestene på.

Sjukaheimen har tett dialog med heimetenesta når det gjeld pasientflyt og mottak frå sjukehusa og aktuelle innleggingar frå heimane. Det er eit felles ansvar å sikre gode og forsvarlege tenester til rett tid på rett omsorgsnivå. Det er i åra som kjem venta fleire eldre i Surnadal likeins som i resten av landet, jf. framskrivingstal frå SSB. Dei eldre vert eldre og friskare lengre, men har ofte høg alder og samansette sjukdomsbilete når dei får behov for helsehjelp og institusjonsopphald. Tilstrekkeleg tal på sjukeheimsplassar for både langtids- og korttidsbehov er viktig, og må stå i høve til kva tenester som kan ystast i heimane. Det har over fleire år vore ei dreining frå institusjonsbasert til heimebasert tenesteyting. Det er ei heilskapleg vurdering av fleire høve som ligg til grunn for vurdering om når institusjonsopphald er naudsynt, jf. Lokal forskrift om tildeling av langtidsopphald i institusjon (lovdata.no). Tidlegare år har det vore lagt ned fleire sjukeheimsplassar, både ved Stangvik, på rehabiliteringsavdelinga og sjukeheimsavdelingane ved sjukeheimen i Surnadal. Med bakgrunn i planar om helsehus og eit aukande behov for bustadar nær helsetenestene, er det i 2020 igangsett bygging av nye omsorgsbustadar nær sjukeheimen og heimetenesta, som første trinn i Helsehus-utbygginga. Med desse omsorgsbustadane ventar ein at det senkar etterspørselen og behovet for sjukeheimsplassar. Intensjonen med omsorgsbustadane er mellom anna å dekkje behovet for egna bustad med nær tilgang til helsetenestene, der både behov relatert til psykisk helse, motverking av einsemd og behov for sosialt

fellesskap kan vere relevante kriterie for tildeling, i tillegg til behov for oppfølging av fysisk helse og sjukdom.

### **Kva skal vi gjere:**

- Kartlegge, tilpasse og implementere aktuelle tenester og forbetringar knytt til reforma Leva heile livet, herunder også etablering av dialog og samarbeid med Frivillighetssentralen.
- Heve kompetansen innan velferdsteknologi, kartlegge behov og implementere teknologiar. Tilbod om velferdsteknologi skal vere ein integrert del av tenestetilbodet.
- Oppretthalde eit godt mat- og måltidstilbod for bebuarane.
- Oppretthalde eit godt aktivitetstilbod for bebuarane.
- Arbeide for å styrke legedekninga ved sjukeheimen opp imot det som er gjennomsnittet for landet.
- Halda det faglege fokuset oppe og utvikle oss i takt med behov og føringar. Sjukeheimen skal vere gode på demensomsorg, geriatri (eldreomsorg), palliativ pleie – omsorg i livets slutfase, og gode på observasjonskompetanse og sjukdomsforståing. Sjukeheimen skal vidareføre refleksjonsarbeidet og ha fokus på dei gode samtalanane med bebuarane.
- Arbeide for eit godt arbeidsmiljø og god organisering av tenesta, noko som har ei indirekte stor betydning for bebuarane.
- Ta del i utviklinga kring Helsehus, og bidra til å finne gode løysingar for helse- og omsorgstenesta i Surnadal kommune.
- Bidra til god samhandling innad i kommunen, med spesialisthelsetenesta, og på tvers av avdelingane lokalt på sjukeheimen. I tillegg skal sjukeheimen ha godt samarbeid med Pårørendeforeninga, skular og barnehagar (generasjonsmøter), og andre frivillige bidragsytarar og utval i lokalsamfunnet som kan tilføre og skape meirverdi for bebuarane.

## 7 Vedlegg:

Nokre sentrale planer/meldingar:  
(Fullstendig oversikt på regjeringen.no)

### [Nasjonal handlingsplan for betre kosthold \(2017 - 2021\)](#)

- Sundt kosthold, måltids glede og god helse for alle!

### [Demensplan 2020 - Et meir demensvennlig samfunn](#)

Regjeringens mål er å skape brukernes og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Da må brukernes egendefinerte behov stå i fokus ved utvikling av tjenestene. Erfaringskunnskapen som mennesker med demens og kognitiv svikt selv sitter med, er nødvendig for å finne de gode løsningene. Demensplan 2020 er derfor utviklet i et tett samarbeid med mennesker som selv har demens og deres nærmeste. Planen bygger også på erfaringer med Demensplan 2015 og ny kunnskap

### [Stortingsmelding nr. 9 \(2019-2020\) - Kvalitet og pasientsikkerhet 2018](#)

Regjeringen Solberg la høsten 2019 fram den sjettede årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Stortinget har gitt tilslutning til framleggelse av årlige meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

### [Stortingsmelding nr. 7 \(2019 - 2020\) - Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023](#)

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden.

Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Pasientens stemme skal bli hørt – både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Pasientene skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester uavhengig av hvor de bor i landet. Både pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet, vite at det er kort vei til god og profesjonell hjelp når det trengs – og vite hvor hjelpen er å finne.

### [Stortingsmelding nr. 19 \(2018 - 2019\) - Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn](#)

I Folkehelsemeldinga presenterer regjeringa den samla innsatsen for å fremje betre folkehelse og god livskvalitet i befolkninga. Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt, og noko av formålet med denne meldinga er å samle og gjere greie for arbeidet i ulike sektorar.

Regjeringa vil vidareføre og vidareutvikle eit effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Ein viktig del av dette er å skape eit trygt samfunn og fremje

helsevennlige val. Særleg på nokre område ønskjer regjeringa å forsterke innsatsen. Dette gjeld områda tidleg innsats for barn og unge, førebygging av einsemd og mindre sosial ulikskap i helse.

#### [Stortingsmelding nr. 11 \(2019 - 2020\) - Digital transformasjon og utviklingspolitikken](#)

"Digital transformasjon og utviklingspolitikken" skal bidra til mer effektive innsatser ved at flere nås og utviklingsland rustes til å delta og dra nytte av potensialet i digital teknologi.

#### [Stortingsmelding nr. 26 \(2014 - 2015\) - Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet](#)

Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legges til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.

## **Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier**

Oversikten er henta frå Stortingsmelding 9 (2019 – 2020)  
– Kvalitet og pasientsikkerhet 2018

### **Stortingsmeldinger:**

**Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>

**Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

**Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:***

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

**Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>

**Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016- 2019):***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

**Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/>

**Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

**Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>

**Meld. St. 39 (2016–2017) *Evaluering av bioteknologiloven:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/>

**Meld. St. 6 (2017–2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>

**Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

**Meld. St. 11 (2018–2019) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>

**Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

**Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

## Handlingsplaner og strategier:

### ***Demensplan 2020:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

### ***Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet 2017–2017:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

### ***Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/>

### ***Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

### ***HelseOmsorg21:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>

### ***Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-pandemisk-influensa/id2354614/>

### ***Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/>

### ***Nasjonal helseberedskapsplan:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/a-verne-om-liv-og-helse/id2583172/>

### ***Nasjonal overdosestrategi:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-overdosestrategi-20142017/id757507/>

### ***Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015–2020:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-antibiotikaresistens-2015-2020/id2424598/>

### ***Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-arbeidet-mot-virale-leverbetennelser-hepatitter/id2504728/>

### ***Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/frivillighetsstrategi/id2429965/>



**Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringa-sin-handlingsplan-for-oppfolging-av-helseomsorg21-strategien/id2463030/>

**Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>

**Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/flere-ar--flere-muligheter/id2477934/>

**Regjeringens strategi for god psykisk helse:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/>

**Regjeringens strategi for ungdomshelse:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ungdomshelse/id2503980/>

**Strategi for seksuell helse:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

**Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017-2021:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/reduisert-tilbakefall-til-ny-kriminalitet/id2556905/>

**Nasjonal diabetesplan 2017-2021:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/>

**Nasjonal hjernehelsestrategi 2018-2024:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-hjernehelsestrategi-20182024/id2581669/>

**Nasjonal kreftstrategi 2018-2022:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/>

**Nasjonal strategi mot hepatitter:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-hepatitter/id2618584/>

**Strategi for mennesker med funksjonsnedsettelse – Et samfunn for alle:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-mennesker-med-funksjonsnedsettelse--et-samfunn-for-alle/id2623105/>

**Nasjonal overdosestrategi 2019-2022:**

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-overdosestrategi-2019-2022/id2636987/>

***Handlingsplan mot voldtekt 2019-2022:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022/id2637644/>

***Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokument/id2000006/?from=01.01.2019&to=31.12.2019&documenttype=dokumenter/planer&ownerid=421>

***Mat, mennesker og miljø:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/matsystemer/id2661208/>

***Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023:***

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern/id2675233/>