



Vega kommune

Kommuneplanens samfunnsdel 2025-2036

Kapittel 4 Helse, pleie og omsorg

Innhold

1. God helse hele livet.....	3
2. FNs bærekraftsmål for helse, pleie og omsorg.....	9
3. Helse og omsorg – overordnet.....	9
4. Vega sykehjem.....	14
5. Hjemmetjenesten	17
6. Legetjenesten	19
7. Demensomsorgen (demensplan)	22
8. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmor	25
9. Psykisk helse og rus.....	29
10. Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring - fra passiv mottaker til aktiv deltaker	32
11. Velferdsteknologi, e-helse og digitale helsetjenester.....	35

Helse, pleie og omsorg

1. God helse hele livet

Innledning, lovhjemmel og viktige reformer/planer

Dette kapitlet er Vega kommunes plan for helse- og omsorg. Hensikten er å:

- Gi politikere og administrasjon, fagpersoner og tjenestemottakere en oversikt over status og utviklinger innen sektoren.
- Planfeste en helhetlig og sektorovergripende politikk for videreutvikling av helse- og omsorgstjenesten i Vega kommune.

Kapitlet inneholder en overordnet beskrivelse av helse og omsorgstjenestene. Deretter tar vi for oss de ulike tjenestene og noen viktige utviklingsområder.

Hjemmel for tjenestene og viktige reformer

Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose, alder, kjønn, personlig økonomi, etnisk bakgrunn, bosted og den enkeltes livssituasjon. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker står sentralt. Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

- **Lov om kommunale helse og omsorgstjenester.** «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Det betyr at kommunen plikter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift».
- **Helsepersonelloven.** «Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten».
- **Pasient og brukerrettighetsloven.** «Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd».
- **Psykisk helsevernloven.** «Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet».

- **Fastlegeforskriften.** «Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til».
- **Akuttmedisinforskriften.** «Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater».
- **Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven).** Personopplysningsloven er en norsk lov med formål å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Loven gjennomfører EUs personvernforordning i norsk rett. Forordningen er dermed en del av personopplysningsloven og gjelder som norsk lov.

Bakgrunnen for loven og forordningen er rask utvikling av teknologi som har gjort det lettere å samle inn, bruke og utveksle personopplysninger, og dermed også å misbruke slike opplysninger, og et ønske om å gjøre det lettere å utveksle personopplysninger over landegrensler, på en måte som ivaretar personvernet. Loven erstattet personopplysningsloven fra 2000.

- **Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester** Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester og deltakere i kvalifiseringsprogram, har rett til å få utarbeidet individuell plan.

Reformer og planer fra sentrale myndigheter

Leve hele livet: Målet er flere gode leveår der den aldrende befolkningen beholder god helse lenger og i større grad mestrer eget liv.

Demensplan 2025: Målet er et mer demensvennlig samfunn.

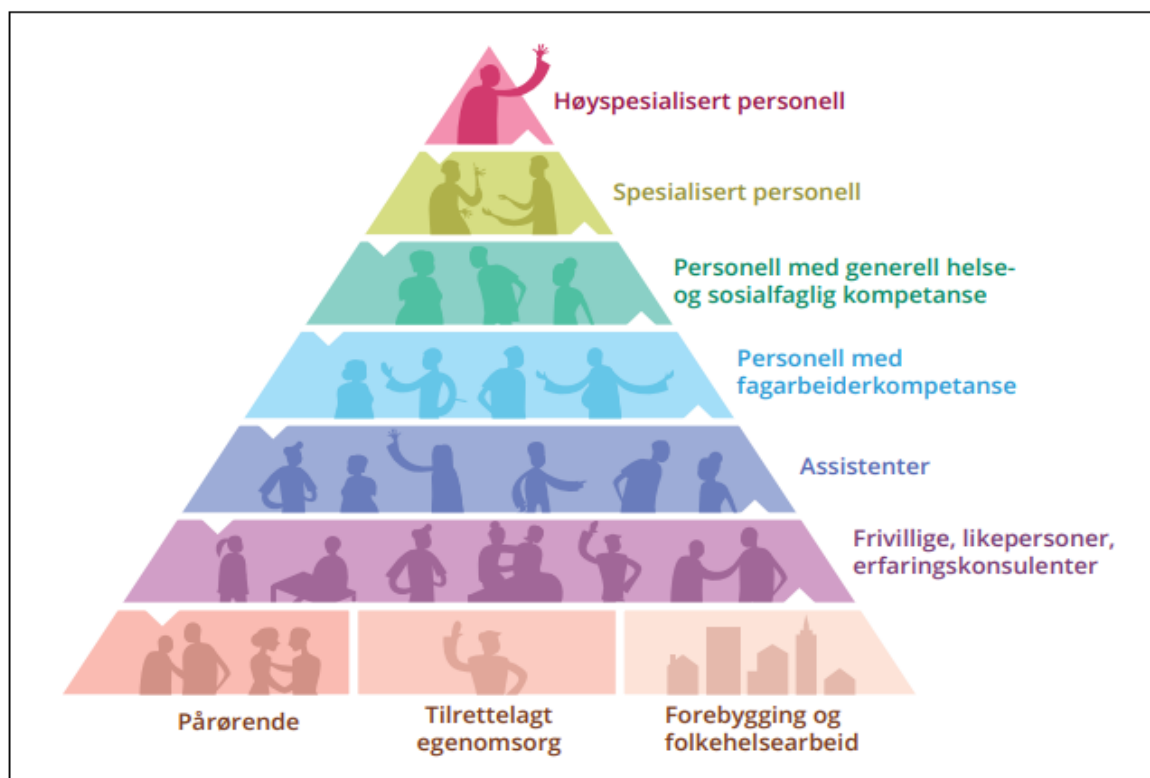
St.meld. 24: Fellesskap og meistring, bu trygt heime. Målet er å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme, og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester.

Opptappingsplan for psykisk helse (2022-2033). Planen har tre innsatsområder for opptappingsplanen

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbud til personer med langvarige og sammensatte behov

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (217-219). I § 3 i forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering individuell plan og koordinator er habilitering og rehabilitering definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og

brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Som det går fram er definisjonen felles for habilitering og rehabilitering. Forskjellene mellom disse to begrepene kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skiller mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet eller har oppstått senere i livet.



NOU 2023: 4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Figuren over fra NOU 2023: 4 Tid for handling, viser hvordan bruken av helsepersonell og andre ressurser må prioriteres og utnyttes bedre for at innbyggerne samlet sett skal få et bedre helsetilbud. Forebygging og tilrettelegging blir enda viktigere. Det samme gjelder innsats fra pårørende, frivillige og likepersoner.

Overordnet målsetting for helse- og omsorgstjenesten i Vega kommune

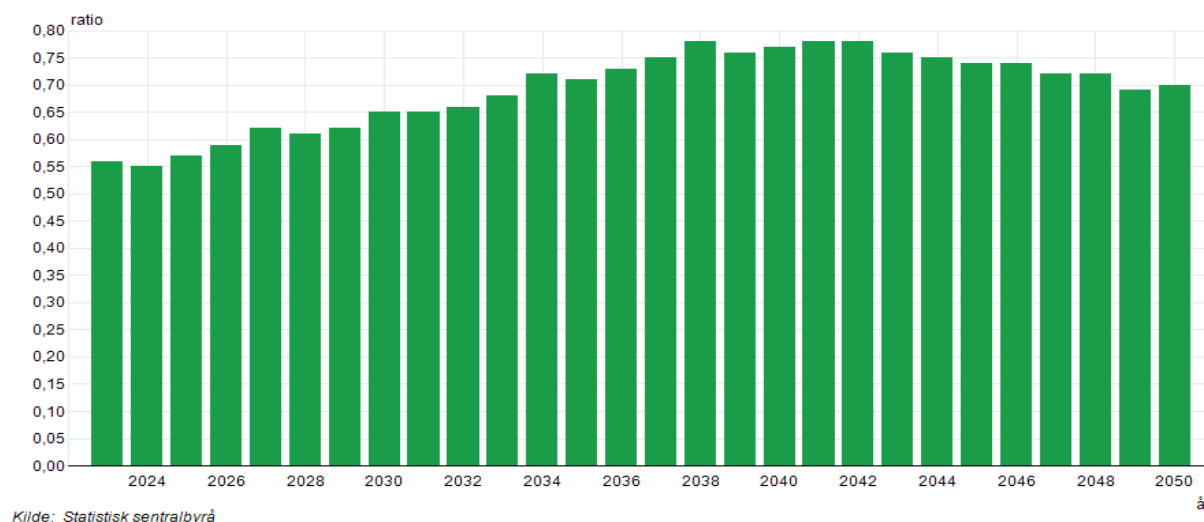
Vega kommune ved helse- og omsorgstjenesten skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Vega kommune skal sikre nødvendige helse og omsorgstjenester til innbyggerne og andre som oppholder seg i kommunen, Vi skal bidra til å fremme innbyggernes helse og mestringsevne, slik at de kan klare seg selv og være uavhengige av det offentlige

hjelpeapparatet lengst mulig, samt forebygge sykdom. Selv om vi lever stadig lengre og mange eldre holder seg friske, må vi planlegge for at flere innbyggere enn før vil ha behov for helse- og omsorgstjenester. Behovene stiger samtidig som den demografiske utviklingen tilsier at vi blir færre vegværing i yrkesaktiv alder. Vi kan ikke forvente å løse alle utfordringene med rekruttering og kompetanseheving fordi det ikke er nok helsepersonell i arbeidsmarkedet. Det innebærer at vi som kommune må foreta strenge prioriteringer om hvordan tjenestene skal innrettes og ressursene brukes. Vi må organisere oss for en ny framtid, være åpne for nye oppgavefordelinger, mer samarbeid med andre kommuner og nye samarbeidsformer med spesialisthelsetjenesten. Den demografiske utviklingen med flere eldre, samt satsningen på at flere skal kunne bo hjemme lengst mulig, øker behovet for behandling og tilrettelegging i hjemmene.

Forsørgerbrøk for eldre - færre i jobb – flere blir eldre

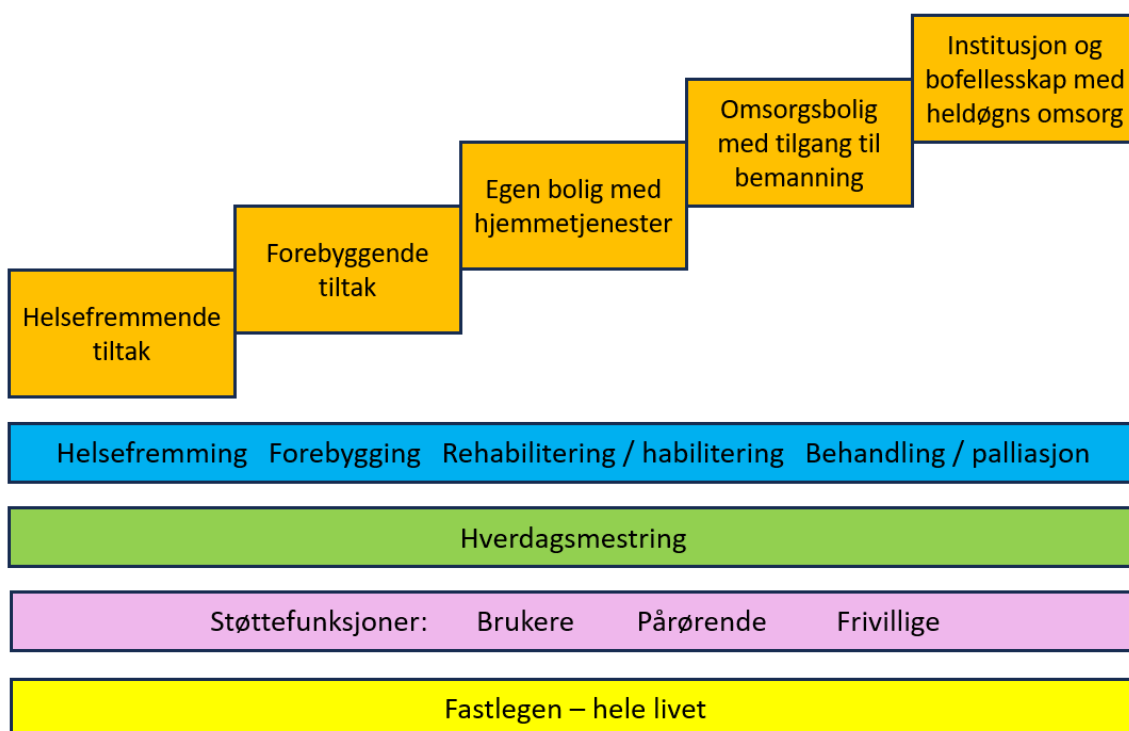
13612: Framskrevne forsørgerbrøker, etter år. Vega, Hovedalternativet (MMMM), Forsørgerbrøker for eldre.



Antall personer 65 år+ delt på antall personer 20-64 år (pensjonister / yrkesaktive). Et lavt tall angir en relativt stor andel i typisk yrkesaktiv alder. Forholdet forventes å utvikle seg mer krevende for Vega kommune i planperioden. Vegas situasjon forventes i tillegg å være mer krevende enn i nabokommunene.

	Forsørgerbrøker for eldre			
	2035	2040	2045	2050
1811 Bindal				
Hovedalternativet (MMMM)	0,75	0,76	0,77	0,76
1812 Sømna				
Hovedalternativet (MMMM)	0,57	0,63	0,63	0,63
1813 Brønnøy				
Hovedalternativet (MMMM)	0,55	0,62	0,63	0,64
1815 Vega				
Hovedalternativet (MMMM)	0,71	0,77	0,74	0,70
1816 Vevelstad				
Hovedalternativet (MMMM)	0,63	0,69	0,68	0,66
1818 Herøy (Nordland)				
Hovedalternativet (MMMM)	0,59	0,62	0,63	0,67

Omsorgstrappen er en veiviser for helse- og omsorgstilbud i Vega kommune. Tilbudene skal gi alle mulighet for et selvstendig og verdig liv. Trappa omhandler prinsippet om at utfordringer skal tas hånd om på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet).



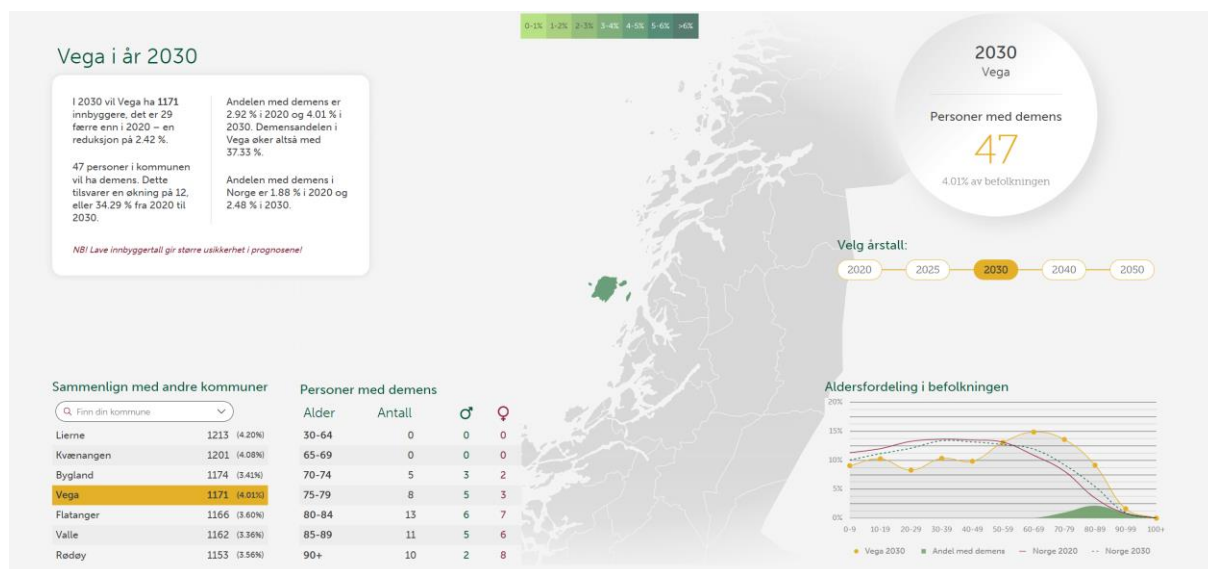
Omsorgstrappen viser 5 ulike omsorgsnivåer på våre helse- og omsorgstjenester. Tjenestene blir tildelt ut ifra hjelpebehovet som den enkelte har. Brukerne skal kunne bevege seg mellom nivåene på en fleksibel måte. Grunnmuren i trappen er et tankesett om at alle våre brukere er ressurser i eget liv, og at de selv skal få avgjøre hva som er viktige aktiviteter i livet sitt. Vi ønsker at brukere, pårørende og de frivillige skal utgjøre viktige støttefunksjoner til tjenestene som ytes. Disse skal ikke være i stedet for, men i tillegg til det offentlige tjenestetilbudet.

Demensutviklingen

Demenskartet på neste sider viser økningen i demens for Vega kommune i 2030, 2040 og 2050. Økningen fra 35 personer i 2020 til 62 personer i 2050 kommer til å få store følger for helse, pleie og omsorg i kommunen vår. Demens innebærer økt volum i tjenester både for hjemmetjenestene, institusjon og legekantor. Kunnskapen i kommuneorganisasjonen og i samfunnet bør styrkes for at innbyggerne skal få en økt forståelse for demens. En større andel av kommunens ansatte må få økt kompetanse innen helse, pleie og omsorg for innbyggere med demens.

Demenskartet har sammenlignet Vega kommune med seks andre kommuner med like store befolkninger. Vi havner midt i laget med hensyn til forekomst av demens.

Vega kommunes andel av eldre er vesentlig større enn for Norge samlet, hvilket innebærer flere demente per innbygger å ta vare på, og færre personer å rekruttere helsepersonell blant.





Utsnitt fra www.demenskartet.no

2. FNs bærekraftsmål for helse, pleie og omsorg

Følgende bærekraftsmål legges til grunn for sektoren.



Videreutvikling av samarbeid, både internt og eksternt, er en høyst aktuell måte å møte framtidsutfordringene med.

God helse og livskvalitet er grunnleggende rettigheter, som innbyggerne fortjener lagt til rette for. Vi skal samtidig ansvarliggjøre innbyggerne på at den enkelte og innbyggerne samlet må ta et større ansvar i framtiden.

Helse, pleie og omsorg har en stor overvekt av kvinnelige ansatte. Vi ønsker å rekruttere flere menn til tjenestene.

3. Helse og omsorg – overordnet

Nå-situasjonen

Helse- og omsorgstjenestene har tilhold på Vega omsorgssenter, der alle tjenestene er under samme tak. Dette gir gode forutsetninger for tverrfaglig samarbeid. Vi har seks omsorgs-

leiligheter i samme anlegg. I tillegg har vi 8 omsorgsboliger på Høgåsmyra, et lite stykke unna senteret. Fysioterapitjenesten har tilhold på Helsehuset.

Helse- og omsorgstjenesten har en grunnbemanning av fagpersonell som utfordres på å dekke dagens behov og behovet i årene fremover. Generelt har vi en noe høy gjennomsnittsalder blant ansatte i pleie og omsorg. Ser vi noen få år framover i tid, vil flere av våre ansatte gå av med alderspensjon. Det blir stadig mer krevende å erstatte de.

Institusjon og omsorgsleiligheter/-boliger er det i hovedsak fullt belegg på. Når det oppstår behov for tildeling av plass og den ikke er der, må vi finne alternative og midlertidige løsninger. Historisk har belegget vært mindre og varierende. Nå er det vedvarende høyt.

Det har blitt betydelig vanskeligere å få tak i tilkallingsvikarer ved fravær. Alternativet er å benytte oss av dyre vikarbyrå. Det er, og vil være, krevende for oss å erstatte fagpersonell når behov oppstår. Det er mangel på helsepersonell i hele landet og kommunene kjemper om de samme folkene. Kommunene overbyr hverandre med ulike rekrutteringstiltak, noe som vanskeliggjør rekrutteringen. Statistisk sentralbyrå viser til at etterspørselen etter ulike grupper helsepersonell vil øke i årene frem mot 2034. Det utdannes for få sykepleiere og helsefagarbeidere for å nevne to ta av yrkesgruppene i kommunehelsetjenesten. Konkurransen om arbeidskraften vil øke i framtiden.

I framtiden forventer Vega kommune flere eldre med komplekse helseplager og sykdommer. Alder er ingen sykdom, men den øker risikoen for å få sykdom. Sykdommer som kreft og aldersdemens er sterkt økende (WHO). Flere brukere med endrede og mer komplekse behov for tjenester, kombinert med knappere personellressurser, gjør det nødvendig med en langsiktig, strategisk omstilling av hvordan tjenesteytingen skal foregå for å være både sosialt og økonomisk bærekraftig. Flere eldre innbyggere fører til et generelt økt behov for helse- og omsorgstjenester.

I St. meld. 23 (2022-2033) erkjenner Regjeringen behovet for en opptrappingsplan for psykisk helse. Behovet gjelder innbyggere i alle aldre, men barn og unge framheves som særlig viktig målgruppe. Regjeringen har valgt tre innsatsområder for opptrappingsplanen:

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Alle innsatsområdene er relevante for kommunen vår. Innsatsen skal trappes opp samtidig som adgangen til ny-rekruttering av helsepersonell er nedadgående.

I kapittel 6 om folkehelse og livskvalitet behandler vi forebygging av uhelse som et prioritert fagområde i kommunen vår.

Utfordringer:

- Økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov og demens.
- Økende antall yngre brukere med ulike og sammensatte behov
- Ungdom som i økende grad rapporterer om psykiske helseplager

- Økende antall brukere med minoritetsbakgrunn
- Økende behov for medisinsk oppfølging med behov for koordinering av tjenester
- Økende behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering
- Økende behov for forebyggende og helsefremmende tiltak
- Økende behov for miljøtjeneste for unge og voksne med funksjonsnedsettelse
- Knapphet på formelle og uformelle omsorgsgivere
- Beholde og rekruttere kompetanse som leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og annet nødvendig helsepersonell
- Redusert liggetid på sykehus har bidratt til økt press på kommunehelsetjenesten
- Framtidig behov for boliger og bofellesskap for barn og unge, samt unge voksne
- Tilstrekkelig antall plasser til avlastning og rehabilitering
- Velferdsteknologi må utnyttes for å effektivisere tjenestene og gjøre arbeidsplassene mer attraktive for helsepersonellet. Innføring av ny teknologi er ressurskrevende.
- Etterutdanning og hospitering må til for å opprettholde og videreutvikle kompetansen. Dette gjelder flere spesialområder som for eksempel palliasjon og demens.
- Vega kommune opplever det som utfordrende å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten/sykehus. Dette går på dialog i forkant og urealistiske forventninger før sykehuset sender heim pasienten
- Behovet for koordinering mellom de enkelte delene av kommunehelsetjenestene, og mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene er økende
- Behovet for spisskompetanse på flere områder er økende.
- Geografiske utfordringer krever robuste og fleksible tjenester, beredskap, selvstendighet, pragmatisme – ting må kunne løses og gjøres lokalt
- Kommunen mangler et digitalt verktøy til bruk i ansvarsgrupper og individuell plan. Det er hensiktsmessig og nødvendig med et digitalt verktøy for å sikre god oppfølging, gjøre samhandling enklere og være til hjelp for å effektivisere og kvalitetssikre oppfølgingen av brukere som har behov langvarige koordinerte tjenester.
- Vega kommune mangler et digitalt verktøy for individuell plan (IP)

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
<p>Trygghet om tjenestene – i alle aldre</p>	<p>Når sykdom rammer skal folk oppleve at de får dekket sitt behov for helsetjenester.</p> <p>Sikre nødvendige ressurser som sikrer god kapasitet av personell, utstyr og nødvendig kompetanse i helsetjenestene</p> <p>Sørge for nødvendig faglig oppdatering av helsepersonellet.</p> <p>Drive en legevakt som til enhver tid er tilgjengelig når behov oppstår, og som til enhver tid er oppdatert på akuttmedisin.</p> <p>Sørge for at våre tjenester er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virkningsfulle • Er trygge og sikre • Involverer brukerne og gir dem innflytelse • Er samordnet og preget av kontinuitet • Utnytter ressursene på en god måte • Er tilgjengelig og rettferdig fordelt <p>Informasjon om tjenestene våre skal være lett tilgjengelig.</p> <p>God internkontroll og systematiske tiltak for at virksomheten skal planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lover og forskrifter, og på en økonomisk rasjonell måte.</p>
<p>Møte økende tjenestebehov som følge av den demografiske og medisinske utvikling</p>	<p>Opprettholde god oversikt over behovet for ressurser og kompetanse i planperioden.</p> <p>Rekruttere nye medarbeidere og beholde kompetanse ved faglig utvikling og godt arbeidsmiljø.</p> <p>Kartlegge behovet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser, og eventuelt investere i flere boliger og sykehjemsplasser.</p> <p>Bidra til at det skal være trygt for eldre og andre sårbare innbyggere å bo hjemme.</p> <p>Understøtte brukerens egne ressurser og mestring gjennom brukermedvirkning og mer målrettede tjenester.</p> <p>Bruke tjenesteytere mer fleksibelt og utnytte frivillige ressurser.</p> <p>Styrke helse- og omsorgsbudsjettet.</p>

Vi vil:	Slik gjør vi det:
<p>Innovasjon for effektive og økonomisk bærekraftige tjenester</p>	<p>Innføre velferdsteknologi og digitalisering av tjenestene.</p> <p>Styrke og utvikle samarbeidet og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.</p> <p>Etablere et møterom for digitale møter på omsorgssenteret.</p> <p>Innføre elektronisk individuell plan.</p> <p>Prioritere ressursbruken og øke effektiviteten ved justert oppgavedeling mellom profesjoner og enheter.</p> <p>Analysere behov for boliger/bofellesskap for barn og unge mennesker.</p> <p>Vurdere mer interkommunalt samarbeid. Vega er med i Digitale Helgeland, sammen med 16 kommuner</p>
<p>Fra reparasjon til forebygging og helsefremmende tjenester</p>	<p>Tiltak for å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger folk utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom</p> <p>Sørge for brukermedvirkning som inkluderer brukere/pasienter og pårørende i beslutningsprosesser knyttet til egen/annens helse.</p> <p>«Hva er viktig for deg?» - tydeliggjøre brukerstemmen som bidrar til at vi møter og styrker individets egne ressurser og mestringsevne.</p>
<p>Rehabilitering/habilitering</p>	<p>Videreutvikle tjenestene i samsvar med behovene.</p>
<p>Tjenester på beste effektive omsorgsnivå /BEON-prinsippet</p>	<p>Omsorgstrappa som retningsgivende for når og hvor tjenester skal tildeles og utøves</p> <p>Ved tidlig kartlegging og utprøving av behov</p>

4. Vega sykehjem

Nå-situasjonen

Sykehjemmet

Sykehjemmet er en del av Vega omsorgssenter, som ble bygget i 1978. I 2005 ble ombygget og oppgradert til dagens krav. «Lettposten» som utgjør 6 plasser, bærer preg av å være nedslitt og oppfyller ikke dagens standard med tanke på romstørrelse etc.

Et sykehjem er et sted hvor man får behandling, opptrening og hjelp til daglige gjøremål i kort eller lang tid, på grunn av at sykdom, skade eller normal aldring gjør at man ikke klarer seg hjemme. Man antar at omtrent 80 prosent av personer som bor på sykehjem, har demens. Mange har senskader etter hjerneslag. Sykehjemmet gir pasienter heldøgns opphold, behandling og pleie som ikke behøver å skje i sykehus, men som likevel krever mer helsefaglig innsats enn det som er praktisk mulig eller forsvarlig å yte i pasientens eget hjem. Sykehjem skal ha tilknyttet sykepleiere og lege.

Sykehjemmet har 28 plasser, herav 6 plasser på demensavdeling (Nordstuå). De øvrige 22 plassene er langtidsplasser, 3 korttidsplasser for rehabilitering/avlastning, 1 kommunal akutt døgnplass (KAD) plass og 1 plass til lindrende behandling.

Syke og aldershjemmets øvrige organisering og innretning:

- **Nordstuå** (skjermet demens) har gode lokaliteter både inne og ute for sine 6 brukere. Bemanningen er stabil. Det er noen deltidsstillinger og ufaglærte på avdelingen, men noen er i løp for å ta fagbrev. Behovet for plass på avdelingen er økende.
- **Kjøkkenet** (institusjonskjøkken). Leverer god, ernæringsriktig og individuelt tilrettelagt mat til beboerne på sykehjemmet og Nordstuå, pluss ut i hjemmene via hjemmetjenesten. Her brukes også en god del lokal mat. I tillegg lager de varm lunsj til Vega barne- og ungdomsskole.
- **Vaskeriet** dekker nødvendig behov som vask av sengetøy, arbeidsklær og private klær til beboerne m.m.
- **Arbeidstua** har et variert tilbud til beboerne på omsorgssenteret. Beboerne setter stor pris på aktivitetene på arbeidstua og oppmøtet er veldig bra. Behovet for dagaktivitetstilbud dekkes innenfor dette tilbudet.

Det har over tid vært høyt belegg og venteliste på sykehjemmet. Behovet for langtidsplass kan variere, men rådende utsikter tilsier at det høye belegget vil vedvare. Et økende behov for langtidsplasser har gått utover de andre plasstypene. Dette har medført utfordringer med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Det stilles høyere krav om kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Vi må ha kapasitet og kompetanse til å ta imot pasienter blant annet innenfor rehabilitering, medisinsk og lindrende behandling.

For å kunne utsette og minske presset på institusjonsplasser, vil det være viktig å kunne tilby korttids- og avlastningsplasser. Kommunen har behov for flere plasser med heldøgnsomsorg. Lettposten tenkes brukt til å kunne tilby avlastning, rehabilitering og korttidsopphold for utskrivningsklare pasienter. Denne avdelingen må da renoveres slik at den oppnår dagens standard i henhold til husbankens krav.

Sykehjemmet må tilrettelegge for økt tjenestebehov, særlig for gruppen med demens. Beboere med demens er en av pasientgruppene med størst hjelpebehov. Demenssykdom gir ofte symptomer på områder som kognisjon, adferd og mobilitet. Brukerne trenger oppfølging av kvalifisert og tilstrekkelig personell hele døgnet. Denne situasjonen vil utfordre våre prioriteringer og strategier knyttet til tidlig innsats, ressurser, kompetanse og kapasitet. Tidlig innsats gjennom kartlegging, samarbeid med fastlege, hukommelsesteam, samt økning i dagaktivitets tilbudet vil være viktige elementer for å kunne møte disse utfordringene.

Sykehjemmet mangler sykepleiere og vikarer til å kunne dekke opp for ferie, permisjoner og sykemeldinger (2024). Hos de ansatte er det en høy gjennomsnittsalder som gjør oss spesielt sårbare. Det gis muligheter for videre og etterutdanning, samt kursing.

Evne til å tenke ny og bedre utnyttelse av alle ressursene er viktig. Oppgaveglidning bør vurderes for å utnytte kompetanse mer hensiktsmessig. Assistenten kan ta over arbeidsoppgaver etter andre, slik at ansatte med høyere utdanning og autorisasjoner kan frigjøres til å jobbe med faglig krevende oppgaver.

Vi legger til rette for tidligere ansatte som ønsker å jobbe etter å ha gått av med pensjon. Denne gruppen representerer en verdifull og i noen grad fleksibel ressurs.

Helse og omsorgstjenesten skal legge til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Kommunens samtalepart er Vega bruker- og pårørendeforening. Gjennom dialog og samhandling kan kommunen og foreningen bidra til at pårørende som står i omsorgsoppgaver hjemme og eller i institusjon, makter dette uten å slite seg ut.

Sykehjemmet ser et økende behov for å ta i bruk og oppgradere ulike former for velferdsteknologi. Dette er hjelpemidler som styrker pasientens egenomsorg og forenkler tjenesteytingen. Vi bruker løsninger som digitale tilsyn, GPS og et eldre pasientvarslingsanlegg.

Utfordringer

Syke- og aldrethjemmet bør videreutvikles for å ivareta følgende utfordringer:

- Mer komplekse multisyke som gir større pleietyngde
- Behandle personer med tilstander som krever høy faglig kompetanse døgnet rundt
- Økning i kreft og demens
- Avdelingen har ikke tatt i bruk tilstrekkelig velferdsteknologi
- Flere eldre arbeidstakere som blir pensjonister og krever nyrekruttering
- Aldersavdelingen «lettposten» med 6 plasser tilfredsstillende ikke dagens standard
- Stort trykk på institusjonsplasser
- Tilstrekkelige plasser til avlastning og rehabilitering
- Bemanning og stabilisering
- Mindre tilkallingsvikarer ved fravær og i ferier
- Sårbare bemanning i vaskeriet og på arbeidsstua ved fravær

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
Gi heldøgns omsorgstjenester på institusjon for de som har behov for det	Gjennomgang/analyse av behovet for sykehjemsplasser sett opp mot den demografiske utvikling
Gjensidig tillit mellom pasienter/pårørende, helsepersonell, frivillige og andre. Økt kompetanse, særlig på demensområdet Utvide dagaktivitetsstilbudet	Legge til rette for videreutdanning og kurs Demenskoordinator til bruk i hele tjenesten Besøksvenn, støttekontakter, pasientvenner Øke stillingsressurs dagaktivitetstilbud
Sykehjemstjenester som er faglig forsvarlig og av god kvalitet, for å gi trygg og forsvarlig helsehjelp	Til enhver tid være faglig oppdatert Ha tilstrekkelig personell/bemannning med nødvendig kompetanse Bruke kompetansen på tvers innad i sektoren Styrke internkontroll Årlig kartlegging av kompetansebehovet Utrede personellressurser i forhold til antall plasser på sykehjemmet
Ha tilgjengelige korttidsplasser for avlastning, rehabilitering og KAD	Unngå belegg som ikke er til formålet med disse plassene Rehabiliterer "lettpost" til korttidsopphold og rehabilitering

5. Hjemmetjenesten

Nå-situasjonen

Helsetjenester i hjemmet omfatter:

- Hjemmesykepleie som skal hjelpe personer med særskilte helsebehov, slik at de kan bo i egen bolig så lenge som mulig. Den enkelte skal kunne oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet. Tjenesten kan omfatte personlig pleie, legemiddelhåndtering, rådgivning og veiledning og videreføring av behandling som er startet i sykehus. Oppfølging etter operative inngrep og lindrende behandling ved livets slutt.
- Hjemmehjelp/praktisk bistand som omfatter hjelp til daglige praktiske gjøremål i heimen og personlig stell.
- I tillegg ivaretar tjenesten tilbud som: Omsorgslønn, støttekontakt, trygghetsalarm, middagslevering, hjelpemidler, brukerstyrt personlig assistent (BPA), avlastningsordninger og bistand med reisefølge til behandling ved poliklinikker.
- Sykehjemmet har nattevakt for beboere i seks omsorgsleiligheter.

Tjenesten bemannes av sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter samt hjemmehjelp. Alle går i turnus, og med hvilende hjemmevakt om natten.

Antallet brukere øker. Det er flere multisyke med flere diagnoser, særlig kreftsykdommer og demensdiagnoser. Dette utfordrer tjenesten i forhold til ressurser og grunnbemanning, spesielt sykepleierkompetanse. Bruk av velferdsteknologi er et forbedringsområde.

Vi har tilegnet oss kompetanse på hverdagsrehabilitering og har sporadiske samarbeids-/undervisningsmøter med fysioterapeuter. Kunnskapen brukes i den daglige driften, men det er ingen ressurs avsatt til å satse på hverdagsrehabilitering spesielt.

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende demente tilbys på dagtid av aktivitør på Arbeidsstua. Behovet er økende og kapasiteten oppleves for liten allerede.

Utfordringer

- Økende behov for bemanning på kveld og natt
- Økende omsorgsbehov ettersom sykere pasienter skal bo lengre heime
- Beboere i omsorgsboligene vil få økt behov for helsehjelp
- Behov for å styrke/øke sykepleierressurser
- Færre pårørende er bosatt lokalt, og vi får færre å samarbeide med rundt brukerne.
- Behovet for dagaktivitetstilbud til demente er økende.
- Økende behov for hjemmetjenester på Ylvingen.
- Mindre tilgang på frivillige som besøksvenner og aktivitetsgrupper.
- Begrenset lederressurs til planlegging av ressursbruk, administrering, saksbehandling og vedtak. Mangler kapasitet til å delta i regionalt samarbeid og kursing. For liten kapasitet til å organisere trygghetsalarmer og oppfølging av bilparken.

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
<p>Trygg og forsvarlig helsehjelp i heimen og utsette behovet for institusjonsplass</p>	<p>Styrke bemanning, særlig sykepleier-ressurs, leder-ressurs og bemanning på kveld og natt</p> <p>Beholde stabilt personale og arbeide for gode relasjoner med pasienter og pårørende</p> <p>Opparbeide og beholde riktig og tilstrekkelig kompetanse ved å fremme et aktivt fagmiljø med internundervisning og fellesøvelser og e-læring</p> <p>Stimulere til videreutdanning og etterutdanning. Økonomisk støtte og arbeidsavtaler mot bindingstid</p> <p>Bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved å be om flere overføringsmøter og utnytte PLO-meldingene aktivt</p> <p>Utrede bemanning/personalressurs til omsorgsboligene i Høgåsmyra</p>
<p>Utnytte og utvikle ressurser i hjemmetjenesten</p>	<p>Bruk av velferdsteknologi som Mobil pleie, Digitalt tilsyn og tilpassede alarmfunksjoner</p> <p>Bidra aktivt til mer tverrfaglig samarbeid i kommunen (legekontor, fysioterapi, sykehjem, frisklivssentral)</p> <p>Bruke frivilligsentralen til matombringing, aktivitetstiltak og besøkstjeneste</p> <p>Bedre samarbeid og dialog med pårørende i direkte kontakt og ved anonym brukerundersøkelse</p>
<p>Forebygge helsesvikt og institusjonsbehov</p>	<p>Utføre kartlegging av behov ved første kontakt. <i>Hva er viktig for deg?</i> og tidlig inn-samtaler</p> <p>Vektlegge aktivitet og mestring, ernæring og fallforebygging samt ensomhet</p> <p>Samtaler om boform, behov for hjelpemidler og brannsikkerhet. Belyse muligheter og ansvar for å ivareta egen helse</p> <p>Bedre samarbeid med frisklivssentralen og folkehelsekoordinator for å bevisstgjøre pensjonister på bedre fremtid</p>

6. Legetjenesten

Nå-situasjonen

Legekontoret er bemannet med tre fastleger, herav kommuneoverlege, ALIS (allmennlege i spesialisering), fastlege i midlertidig stilling, LIS1 (turnuslege), sykepleier på laboratoriet og sekretærer i resepsjon (2024). Legekontoret har gode lokaliteter, og er samlokalisert med helsestasjon. Laboratoriet utfører prøvetaking, sårstell og andre medisinske prosedyrer.

Legene har fastlegefunksjon og kommunale oppgaver på sykehjem, hjemmetjenesten, flyktningetjeneste, helsestasjon og skolehelsetjenesten, rus og psykiaritjenesten, samt tverrfaglig samarbeid. Vi har veileder og utdanningsfunksjon for LIS1 leger (turnusleger). Legene går i 4-delt kommunal legevakt og vurderer henvendelser om øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktens virketid er 24/7/365. Sommerstid er det mange turister på Vega. Dette medfører flere besøk på legevakten. Kommuneoverlegen utfører oppgaver som ligger til stillingen, dvs. smittevern, miljørettet helsevern, beredskap og folkehelse.

Vega kommune er tilknyttet Legevaktsentralen Helgelandssykehuset Sandessjøen. Det utredes og arbeides med et interkommunalt legevaktsamarbeid med Sømna og Brønnøy kommuner. Ambulansetjenesten og ambulansebåten stasjonert på Vega er svært viktig for legetjenesten i den akuttmedisinske beredskapen. Samarbeidet er meget godt.

Vi ser en utvikling av pasienter med sammensatte kompliserte lidelser som tar mye tid og ressurser for tjenesten. Det oppleves tilfeller der vi kommer til kort faglig. Det er vanskelig å finne tilbud som dekker behov over tid i spesialisthelsetjenesten.

Pandemien har gitt oss nyttig erfaring og kunnskap. Vi har rutiner for videre utfordringer som på dette området. Pandemien styrket oss på områder som digital samhandling, videokonsultasjoner med pasienter samt planlegging og logistikk i forbindelse med massevaksinasjon og testing. Digitale møter både på pasient- og administrativt nivå brukes ofte, noe som gir en bedre utnyttelse av ressurser og reduserer reisetid.

Utfordringer

Vi bor på øyer med lang vei til sykehus. Det betyr ivaretagelse av utfordrende kompliserte tilfeller, både innen somatikk og psykiatri, som må vurderes og løses hos oss og når nødvendig - i samarbeid med ambulansetjenesten og sykehuset. I tråd med samhandlingsreformen skrives pasienter tidligere ut fra sykehus for videre ivaretagelse i kommunen. Det betyr mer krevende pasienter å følge opp, men på et nivå som kommunen er ment å kunne ta seg av. Kunnskap innen området sykdom og forebygging er i hastig vekst, og dette gir økende behov for diagnostikk, utredning og behandling. Det igjen gir stort behov for kompetanseheving og videreutdanning. Innen helse, og spesielt legevitenenskap, blir man aldri fullt utlært. Hver eneste dag søker vi ny kunnskap. Dette er tidskrevende og lite synlig, men viktig for en god oppfølging av pasientene.

På individnivå ser vi en økning i livsstilssykdommer som fedme og diabetes, men også innenfor kreft og psykiatri. Det er et økende antall unge mennesker som ikke klarer å følge et forventet livsløp med utdanning og jobb. Fastleger har plikt til å ha oversikt over alle

pasienter på listen, og å ta initiativ til å gi et legetilbud til både disse og andre grupper som vi tenker kan ha en helseutfordring, men ikke selv søker hjelp. Generelt ser det ut som at behovet for legetjenester øker i takt både med den demografiske utviklingen og annen utviklingen i samfunnet. Det er et økt ønske om utredning og behandling hos befolkningen, samtidig som generalisten «landsbylegen» dør ut. Legene ønsker vanlige arbeidstider som kan kombineres med familie og fritid. Behovet for leger er høyere enn for 10-20 år siden.

Utfordringer oppsummert:

- Henge med faglig på diagnoseområder som i økende grad blir spesialisert
- Kompliserte multisyke pasienter
- Lovpålagt KAD-plass opptatt med fast innlagte pasienter
- Vold og trusler mot ansatte
- Stadig større forventninger i lov og forskrift
- Belastning på legevakt i perioder, men ikke ofte
- Somatiske og psykiatriske pasienter skrives tidligere ut fra sykehus
- Bemanning og stabilisering
- Økning i pasientgrunnet i sommerhalvåret
- Unge uføre, utenforskap

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
<p>Gode legetjenester av høy kvalitet til kommunens innbyggere og de som til enhver tid oppholder seg i kommunen</p> <p>Trygghet innenfor helse i alle aldre</p>	<p>Drive en legetjeneste som er tilstrekkelig bemannet 24/7, er stabil og med akseptabel vaktbelastning</p> <p>Sørge for at fastlegetilbudet lever opp til gjeldende lovkrav</p> <p>Samhandle med nødetatene for raskest mulig og best mulig helsehjelp ved akutte medisinske tilstander eller ulykker</p> <p>Opprettholde 4 legestillinger i kommunen</p> <p>Dimensjonere støttepersonellet (sykepleier, helsesekretærer og merkantile) til et økende behov i befolkning. Dette for å gi laboratorietjenester samt besvare henvendelser innenfor rammene i Fastlegeforskriften og Akuttforskriften</p> <p>Vurdere oppgaveforskyvning der det går an, bruk av rett kompetanse på rett nivå</p> <p>Rekruttering og tiltak for å beholde personell</p> <p>Utrede interkommunal legevakt</p>

<p>Faglig oppdatert til enhver tid</p>	<p>Være utdanningsinstitusjon for LIS1 leger og ALIS leger</p> <p>Legge til rette for og motivere til faglig utvikling gjennom kurs, videreutdanning og spesialisering</p> <p>Sørge for at alle leger har tilgjengelig lisens til oppslagsverk som Norsk Elektronisk Legehåndbok og oppfordre til å anvende dette</p> <p>Ta i bruk et internkontrollsystem for legekantor</p>
<p>Pasienter med kroniske psykiske og somatiske sykdommer med et godt tilbud om regelmessig oppfølging</p>	<p>Årlig kontroll av pasienter med kroniske lidelser som bruker faste medisiner</p> <p>Hyppe kontroller av pasienter med alvorlige sykdommer og ved livets slutfase</p> <p>Ta initiativ til oppfølging av både psykisk og somatisk syke som ikke tar kontakt selv</p>
<p>Tverrfaglig samhandling til det beste for pasienter og pårørende</p>	<p>Ta initiativ for en samarbeidsarena for å innføre elektronisk individuell plan for pasienter med behov for koordinerte tjenester</p> <p>Veiledning til kommunes innbyggere og samarbeidspartnere innen smittevern, beredskap, miljørettet helsevern og folkehelse</p> <p>Legge til rette for videreutdanning, oppdatering, tverrfaglig samarbeid og øvelser innen helseberedskap</p>
<p>Økt fokus på sårbare og utsatte grupper</p>	<p>Lav terskel for å ta imot barn og voksne med psykiske plager</p> <p>Innføre et godt system for å fange opp flyktninger med helseutfordringer</p> <p>Legg til rette for at samarbeidspartnere, både innen helse og innen andre etater, har lav terskel for å ta kontakt med oss</p> <p>Fange opp barn som pårørende samt ivareta familier og pårørende til pasienter med alvorlig sykdom eller skade</p>

7. Demensomsorgen (demensplan)

Nå-situasjonen

Målet med demensplan er å skape et mer alders- og demensvennlig samfunn, som tar vare på og innlemmer personer med demens i samfunnet. Dette krever større åpenhet, økt kunnskap om demens i samfunnet og i tjenestene, samt økning av pårørende omsorg.

Det overordnede målet for demensomsorg er å bedre livskvaliteten gjennom å skape opplevelser av respekt og trygghet, ta utgangspunkt i pasientens ressurser, historie og vaner, stimulere alle sansene og ivareta orienteringsevne, identiteten og ferdighetene så lenge som der er mulig, og gi den hjelpen som pasienten behøver.

Vi blir flere demente i takt med den demografiske utviklingen. Den yngre delen av befolkningen kan også få demens. Personer som rammes, vil gradvis få symptomer som:

- Glemsomhet, især for nyere hendelser
- Problemer med å utføre vanlige dagligdagse oppgaver
- Tap av initiativ og engasjement
- Språkvansker
- Problemer med å huske tid og sted
- Redusert dømmekraft
- Endringer i humør, personlighet og væremåte

Vega kommune skal ha tilstrekkelig heldøgns tjenester til personer med demens som ikke lengre kan bo i eget hjem med kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi har en demensavdeling med 6 skjermede og tilpassede sykehjemsplasser som fungerer godt for målgruppen. Vi har et lovpålagt dagaktivitetstilbud på Vega omsorgssenter for hjemmeboende med demens. Dagaktivitetstilbudet skal bidra til en meningsfull hverdag. Tilbudet skal stimulere til å vedlikeholde daglivets funksjoner hos brukeren, slik at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig. Dette er også et viktig tilbud som avlastning for pårørende.

Demens er en sykdom der den som er rammet, gradvis vil fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp gjennom hele døgnet. Noen vil kunne få tilstrekkelig hjelp i hjemmet fra hjemmetjeneste og pårørende, Mange vil ha behov for å flytte til sykehjem. Antall personer med demens i Vega kommune vil øke med 12 personer eller 34% fra 2020 til 2030 (kilde: demenskartet). Dette påvirker behovet for heldøgns plasser. Pårørendestøtte i form av avlastning er nødvendig for at pårørende skal mestre å ivareta sine nærmeste.

Vi har ikke et fullverdig hukommelsesteam i drift. Hukommelsesteam er et tverrfaglig team som følger opp personer som har fått diagnosen. De følger opp og veileder pasienten og pårørende. Utredning og diagnostisering gjøres som hovedregel av fastlegen i samarbeid med teamet for å sikre en tverrfaglig tilnærming. I noen tilfeller skal utredning foregå i spesialisthelsetjenesten, mens i andre tilfeller er det behov for et opphold på sykehjem for å kunne utrede og eventuelt diagnose.

Fellesskap med andre i samme situasjon kan være en viktig støtte og det er ønskelig med samarbeid med omliggende kommuner for å få dette på plass. Samarbeid med frivillige

organisasjoner er et tilbud vi bør en tilstrebe å få på plass. Eksempler på dette er besøksvenn, aktiviteter og måltidsvenn.

Regjeringen demensplanen 2025 har fire hovedinnsatsområder:

1. Medbestemmelse og deltagelse
2. Forebyggende og folkehelse
3. Gode og sammenhengende tjenester
4. Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

Utfordringer

- Økende behov for tjenester og kapasitet på området
- Fastsette diagnoser og sikre et tverrfaglig tilbud om utredning og oppfølging
- Begrensede ressurser for dagaktivitetstilbudet
- Behov for påfyll av kompetanse i kommuneorganisasjonen
- Mangler operativt hukommelsesteam og demenskoordinator (kartlegging og oppfølging av demente)
- Demente med minoritetsbakgrunn og fremmed språk

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
<p>Personer med demens og pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.</p>	<p>Informere om demens, og synliggjøre tjenestene</p> <p>Tidlig utredning ved mistanke om demens, diagnose til rett tid og systematisk oppfølging etter diagnose</p> <p>Søke nettverkssamarbeid med andre kommuner</p> <p>Eget kontaktpunkt for henvendelser (demenskoordinator)</p> <p>Få på plass hukommelsesteam</p> <p>Tilby behovsprøvd avlastning</p> <p>Videreutvikle dagaktivitetstilbudet</p> <p>Avlastning til pårørende i institusjon</p> <p>Samarbeid med fastlegene</p>
<p>Samarbeide med brukere, pårørende og frivillige</p>	<p>Informasjonsarbeid og opplæring/kurs</p> <p>Arrangere pårørendeskole</p> <p>Arrangere mestringskurs for personer i en tidlig fase av sykdommen</p> <p>Samarbeid med frivillige organisasjoner</p>
<p>Øke kompetansen blant helsepersonell og andre kommuneansatte.</p>	<p>Kurs/videreutdanning og internundervisning</p>
<p>Et demensvennlig samfunn</p>	<p>Øke kunnskapen om demens i befolkningen</p> <p>Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse, slik at de kan leve aktive og meningsfulle liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov</p>

8. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmor

Nå situasjonen:

Tjenesten tilbyr helsestasjonstjeneste 0-5 år, skolehelsetjeneste i grunnskole og videregående skole, Helsestasjon For Ungdom (HFU) 13-20 år, samt svangerskapsomsorg. Vi kjøper jordmortjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjon: Alle barn 0-5 år bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjon eller ved hjemmebesøk hvis nødvendig. Tilbudet i helsestasjon bør følge et standardisert program med 14 konsultasjoner, inkludert hjemmebesøk til nyfødte. Målet med helsestasjonsprogrammet er:

- at foreldre opplever mestring i foreldrerollen
- å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn
- å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn
- å forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt
- å avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig
- å bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov
- barnevaksinasjonsprogrammet

Skolehelsetjeneste: Skolehelsetjenesten bør ha et systemrettet samarbeid med skolen for å bidra til å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø.

Skolehelsetjenesten bør delta i skolens arbeid med å planlegge tiltak på universelt-, gruppe- og individnivå.

Systemrettet samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen er viktig og grunnleggende for at skolehelsetjenesten skal kunne gjennomføre sine pålagte oppgaver og følge anbefalingene i denne retningslinjen.

Et godt systemrettet samarbeid er en spesielt viktig forutsetning for det helsefremmende arbeidet som gjelder hele elevpopulasjonen eller grupper av denne.

Dette gjelder særlig for følgende anbefalinger:

- Oversikt
- Undervisning
- Besøk på HFU
- Foreldremøter
- Psykososialt miljø
- Mat og måltider
- Fysisk aktivitet
- Tobakk, alkohol og rusmidler
- Samlivsbrudd
- Bekymringsfullt fravær
- Skolestartundersøkelsen
- Helsesamtale 8. trinn
- Oppfølgende samtaler

Jordmor: Vega kommune kjøper jordmortjeneste fra Helgelandssykehuset. Jordmor har kontordag på Vega 1 gang pr måned. Tjenesten omfatter oppfølging og kontroller av gravide, etterkontroll etter fødsel og prevensjon, samt samarbeidsmøter med helsesykepleier. Det er viktig med godt samarbeid mellom jordmor og helsesykepleier slik at vi gir en god oppfølging til foreldre og barn både før og etter fødsel.

Vaksinasjon: Vaksinasjon gjennomføres som følger:

- Barnevaksinasjonsprogrammet
- Reisevaksiner
- Influensa/sesongvaksinasjon
- Smittevernsarbeid

Vega kommune har en helsesykepleier i 100% stilling.

Helsestasjon: De fleste anbefalte kontroller og vaksinasjon følges etter nasjonale retningslinjer.

Skolehelsetjeneste: Slik situasjonen er nå med flere ansvarsgrupper tar de det meste av tiden til skolehelsetjenesten og det blir for lite fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid i skolen.

Helsesykepleier er en del av POSOM (Psykisk og sosial omsorg ved kriser) teamet i kommunen som en del av den kommunale beredskapen.

Vaksinasjon: Helsesykepleier følger opp barnevaksinasjonsprogrammet og noe reisevaksinering.

Influensavaksinering og Covid-19 vaksinerings og noe reisevaksinering utføres pr tiden av innleid bistand og sykepleier på laboratoriet.

Individuell plan: Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester og deltakere i kvalifiseringsprogram, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Formålet med utarbeidelse og bruk av en individuell plan er å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.

Barnekoordinator: Foreldre til barn og ungdommer med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, er pårørende med store omsorgsoppgaver. Barna og ungdommene har ofte et omfattende hjelpebehov og behov for tett oppfølging i ulike faser av livet. Familien må ofte forholde seg til flere deler av det offentlige tjenesteapparatet samtidig. Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator. Barnekoordinator skal sørge for samordning av tjenestetilbudet.

Utfordringer

- Økning i barn og unge med psykiske helseplager med behov for behandling både lokalt og i spesialisthelsetjenesten.
- Økt utfordring i kosthold og overvekt blant barn, unge og familier. Det gjøres for lite forebyggende og helsefremmende arbeid.
- Vega kommune har ikke helsestasjon for ungdom (HFU). HFU er et tilbud til barn og ungdom mellom 12-20 år der de kan få tilbud om prevensjonsveiledning, samtale med helsesykepleier/lege om seksualitet, graviditet, seksuelt overførbare sykdommer mm.
- Skolefravær er en økende utfordring. Vega kommune bør kunne tilby digital undervisning hjemme.

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
<p>Gi god og riktig veiledning til barn, unge og deres foreldre på helsestasjon</p>	<p>Være tilgjengelig</p> <p>Tilbud om gruppeveiledning og gjennomføre hjemmebesøk etter ønske og behov</p> <p>Oppdaterte internettsider med oppdatert informasjon</p> <p>Tettere samarbeid med fysioterapeut. Fast med på minst en kontroll og faste møter</p> <p>Gjennomføre lovpålagte tjenester på helsestasjon jf. nasjonale retningslinjer</p> <p>Tidlig inn.</p> <p>Sikre god oppfølging, veiledning og godt samarbeid der barnet og familien har behov for koordinerte tjenester</p> <p>Sørge for barnekoordinator og individuell plan ved behov.</p> <p>Vurdere interkommunalt samarbeid om barnekoordinator og utarbeidelse av individuell plan</p>
<p>Gi barn og unge på Vega en god skolehelsetjeneste</p>	<p>Følge opp enkelt elever med individuelle samtaler, samt ha dager med "åpen dør"</p> <p>Koordinere, delta og sikre god oppfølging og samarbeid i ansvarsgrupper</p> <p>Gjennomføre gruppeveiledning/undervisning i sentrale og aktuelle tema til barn, unge og foreldre og lærere</p> <p>Gjennomføre lovpålagte oppgaver jfr. nasjonale retningslinjer for skolehelsetjenesten</p> <p>Utrede behov for å ha et tilbud om åpen helsestasjon for ungdom</p>
<p>Ha økt fokus på arbeid med kosthold, fysisk aktivitet og levevaner.</p>	<p>Gi tilbud om kurs/veiledning i kosthold/fysisk aktivitet til barn, unge og familier</p> <p>Fremme god helse og sunne vaner hos barn og unge</p> <p>Der det er hensiktsmessig henter man inn ekstern kompetanse for veiledning og kursing</p>
<p>Sørge for at Velferdsteknologiske løsninger blir tatt i bruk</p>	<p>Anskaffe digitalt verktøy til bruk i ansvarsgrupper/individuell plan</p> <p>Utrede skolerobot for digital hjemmeundervisning</p>

9. Psykisk helse og rus

Nå-situasjonen

Psykiatrisk sykepleier har kontor på Vega omsorgssenter hverdager. I tillegg benyttes rom på frivilligsentralen til familiesamtaler og ansvarsgruppemøter med mange deltagere. Stillingen kombineres med 35% i hjemmesykepleie. Kombinasjonen er nyttig både for tidlig kartlegging av behov ved angst, depresjon, rustilstander og begynnende demens samt oppsøkende virksomhet i forbindelse med bekymringsmeldinger.

Pr 2024 følges det opp ca. 30 personer som har vedtak om tjenester. Tilpasset oppfølging med støttesamtaler, samarbeid rundt lovpålagt individuell plan med fastlege, nav, spesialisttjeneste og koordinatorrolle. Arbeidet drives recoveryorientert, en arbeidsform som tar utgangspunkt i personens egne verdier, ressurser og behov slik anbefalingen er i stortingsmeldingen «Sammen om mestring» (2014) og Nasjonale faglige retningslinjer for rus og psykiske lidelser (2018). Dette sikrer høy grad av brukermedvirkning og utnyttelse av helsetjenestene.

Vi ønsker å utnytte prinsippene for Rask Psykisk Helsehjelp (RPH), en modell for rask kartlegging og vurdering av hjelpebehov og bruk kognitive teknikker. I tråd med nasjonale veiledere skal milde lidelser behandles lokalt mens de alvorlige henvises videre til spesialisttjenester. Vi har ingen godkjente kognitive terapeuter i kommunen, men samarbeider med brukere om nettbaserte programmer og utnytter arbeidsmodellen så langt det er mulig. Henvendelser om kommunal psykisk helsehjelp blir besvart i løpet få dager.

Akutte behov håndteres vanligvis ved legevakt eller legekantorets øyeblikkelig hjelp-timer. Ambulant akutt-team fra Distriktpsikiatrisk senter Helgelandssykehuset (Brønnøysund) kan konsulteres eller tilkalles i vanskelige situasjoner. Nærmeste heldøgns akuttmottak er i Bodø. Vi har ingen egnet observasjonsplass i påvente av transport. Dette kan føre til svært krevde situasjoner.

Oppfølging av brukere med vedvarende behov for støtte og hjelp gjøres delvis i kontor og delvis ved hjemmebesøk. Koordinatorrolle utøves med brukernes skriftlige samtykke til deling av opplysninger med andre aktuelle tjenester.

Forebyggende arbeid er vanskelig å prioritere med dagens ressurser. Det meste skjer i ungdomsskolen i samarbeid med helsesykepleier.

Lavterskeltilbud for personer som sliter psykisk er «Møteplassen» på Gammelskola/ Frivilligsentralen. Åpent hver onsdag med gåturer, kaffe, malekurs og selvvalgte aktiviteter. Betjenes av erfaringskonsulent og omsorgsarbeider i samarbeid med lokallag av Mental Helse. Dagens drift har for lite ressurser til å favne flere menn og flere unge for eksempel ved friluftsterapi og kreative verksteder.

Miljøarbeid/boveiledning utføres i dag av 20% helsefagsarbeider og psykiatrisk sykepleier. Dette er en svært begrenset ressurs for å få til kontinuerlig oppfølging av dagens brukere. Tilbakemeldinger i tjenesten tilsier at behovet er større og økende i omfang.

Rus-miljøer med blandingsmisbruk og illegale rusmidler har så langt ikke vært en stor utfordring. Legemiddelassistert rehabilitering ved rus-lidelser (LAR) betjenes i stor grad av

hjemmesykepleien ved medisintdeling, støttesamtaler med psykiatrisk sykepleier og samarbeid med Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Brukerne har fått avtaler slik at de eier egen bolig. Arbeidet med jobb eller meningsfulle aktiviteter til brukerne har vært varierende, delvis fordi det har vært få muligheter lokalt.

Psykiatrisk sykepleier er leder for psykososialt omsorgsteam (POSOM). POSOM skal tre i kraft ved større katastrofer, ulykker og uventede dødsfall. Foreløpig har teamet bare to deltagere på grunn av naturlig avgang og avsluttede arbeidsforhold. Det kan suppleres med konsulenter/helsearbeidere ved behov. Teamet er sårbart når arbeidet avhenger av en persons tilstedeværelse.

Psykiatrisk sykepleier er også tillagt ansvar for oppfølging av barn som pårørende til pasienter med psykiske lidelser, ruslidelser og somatisk sykdom.

Enheten har et godt samarbeid med hjemmesykepleien, legekantoret og helsesykepleier, som gir muligheter til å komme tidlig inn i relasjonsbygging og yte rask psykisk helsehjelp.

Utfordringer

- Tidligere nasjonale opptrappingsplaner for psykisk helse og rus har ikke medført en økning i tilbudet. Nasjonale mål er 3,8 årsverk pr. 1000 innbyggere i kommuner på vår størrelse når barn og voksne vurderes samlet. Vega kommune har 1,05 årsverk.
- For liten og sårbart ressurs til å dekke lovpålagte oppgaver i tjenesten. Kartlegging og behandling av milde og moderate lidelser. Oppfølging og samarbeid med spesialisthelsetjenesten rundt personer med langvarige og sammensatte lidelser
- Opprettholde lavterskeltilbud og erfaringskonsulent når prosjektmidler tar slutt.
- Unge som sliter og isolerer seg.
- Flere unge voksne med sammensatte problemer og behov for miljøtjeneste, boveiledning, arbeidstrening og meningsfulle aktiviteter.
- Behovet for tilrettelagte boliger forventes å øke.
- Mangler digitalt verktøy til kommunikasjon mellom tjenester og nivåer som kan håndtere personopplysninger på en sikker måte.
- Mangler kommunal psykolog-ressurs.
- Opprettholde lovpålagt Psykososialt omsorgsteam (POSOM).
- Mangler forebyggende råd og samarbeid med politi (lovpålegg fra 01.07.22, jamfør rusreformen).

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
Styrke kapasiteten	<p>Styrke ressurs psykiatrisk sykepleier, og sosionom/vernepleier</p> <p>Styrke tilbud/ressurser for å dekke behovet for miljøtjeneste/ bo-veiledning</p> <p>Lavterskeltilbud. Møteplassen overføres fra prosjekt til budsjettpost med erfaringskonsulent</p> <p>Etablere lovpålagt psykolog- ressurs</p> <p>Få på plass lavterskeltilbud for:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● barn og unge ● kreativt verksted, særlig for unge voksne <p>Anskaffe dataverktøy for individuell plan (IP)</p> <p>Videreutvikle kompetanse innen kognitiv terapi - som gir effektiv hjelp ved lette og moderate psykiske lidelser. Ta i bruk mestringsprogrammer</p> <p>Etablere forebyggende råd for russaker og samarbeid med politi</p>
Bedre samarbeidet med spesialisthelsetjenesten	<p>Forbedre samarbeidsmøter rundt enkeltbrukere og fyller rollen som aktiv samarbeidspart</p> <p>Prioritere gode pasientforløp med sømløse overganger</p> <p>Styrke pasientenes opplevelse av mestring og involvering</p>
Styrke brukermedvirkning og motivasjon i endringsarbeid.	<p>Vektlegge recoveryorientert arbeidsform både i tjenesten og i samarbeid mellom tjenester</p> <p>Utnytte Individuell jobbstøtte sammen med NAV</p> <p>Utvikle flere meningsfylte aktiviteter sammen med brukerorganisasjoner og frivillige</p> <p>Fortsatt delta i brukerundersøkelser fra Korus Midt</p>
Flest mulig bor hjemme	<p>Tilrettelagte boliger/bofellesskap med felles allrom og personalstøtte</p>
Fullverdig POSOM-team	<p>Rekruttere flere lokale deltagere. Søke interkommunalt samarbeid der det er mulig</p> <p>Utredde samarbeide med politi</p>

10. Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring - fra passiv mottaker til aktiv deltaker

Hva er hverdagsrehabilitering?

Det grunnleggende menneskesynet bak hverdagsrehabilitering er at mennesker ønsker å være mest mulig selvhjulpne og mestre sin hverdag i størst mulig grad selv. Økt mestringsevne skal innebære at behovet for hjelp fra hjemmetjenesten reduseres og tidspunktet for heldøgns pleie og omsorg utsettes. Hverdagsrehabiliteringen skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov.

Hverdagsrehabilitering er et tverrfaglig tidsavgrenset, planlagt tilbud der målet er at brukeren gjenvinner sin selvstendighet. Når en bruker blir syk eller svekket, skal hverdagsrehabilitering ha fokus på å minske følgende av sykdom slik at brukeren fortest mulig gjenvinner funksjonsevnen, og kan bo lenger hjemme. Det innebærer:

1. Vurdering av rehabiliteringspotensiale før tilbud om pleie, omsorg og praktisk omsorg
2. Fokuserer på brukerens mestringsevne
3. Endre utgangspunktet fra hva trenger du hjelp til, til hva er viktige aktiviteter for deg
4. Dette fordrer en holdningsendring innen pleie- og omsorgstjenesten

Hvem får hverdagsrehabilitering?

Personer som har opplevd å miste en eller flere funksjoner og ikke lenger mestrer hverdagen sin som en følge av de tapte funksjonene og kanskje står i fare for å måtte flytte fra sitt eget hjem som følger av funksjonstapet.

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Aktiv og god mestring får brukeren til å tilpasse seg den nye virkeligheten, og setter brukeren i stand til å se forskjellen på det en må leve med, og det en selv kan være med å endre på.

Ulike modeller for hverdagsrehabilitering

En finner i hovedsak to modeller for hverdagsrehabilitering i norske kommuner:

- Spesialistmodellen hvor egne, tverrfaglige rehabiliteringsteam står for hele prosessen (kartlegging, planlegging, trening og evaluering)
- Integrert modell hvor både rehabiliteringsteam og hjemmetrenere er tilknyttet hjemmetjenesten.

Hvilke daglige gjøremål er viktige



Nå- situasjonen

I praksis driver vi med hverdagsrehabilitering, men ikke satt i system. En helsefagarbeider har tatt videreutdanning i hverdagsrehabilitering, men det er ikke avsatt egen ressurs til dette.

Utfordringer

- Begrensede ressurser
- Kompetanse på området

Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
Hverdagsrehabilitering skal være et viktig tilbud for at brukeren skal kunne bo lengst mulig hjemme	Ta i bruk dagens kompetanse og utvikle mer kompetanse Sette tilbudet i system-som en viktig del av tjenesten Sørge for brukermedvirkning med utgangspunkt i brukerens egne ressurser, ønsker og personlige mål
Holdnings- og kulturendring	Brukerens egen innsats for å mestre skal styrkes fremfor å gjøre oppgavene for dem Endring fra å se brukeren som passiv mottaker til aktiv deltaker
Jobbe tverrfaglig	Bevisstgjøre egen og andres rolle, slik at en ser eget og andres fagområde tydeligere Spisse hver enkelt yrkesgruppe mot hverdagsrehabilitering

11. Velferdsteknologi, e-helse og digitale helsetjenester

Definisjoner og begreper

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet (Helsedirektoratet).

E-helse er bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å bedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren (E=elektronisk).

Digital hjemmeoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell.

Medisinsk avstandsoppfølging er bruk av velferdsteknologi som gjør at pasienten kan følges opp på avstand av helse- og omsorgstjenesten. Brukere av medisinsk avstandsoppfølging utfører avtalte målinger (f.eks. blodtrykk, vekt, O₂-metning), og svarer på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett e.l. Resultatene overføres automatisk fra målesensorene til nettbrettet slik at pasienten enkelt kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres også digitalt til en oppfølgingstjeneste. Oppfølgingstjenesten tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring og ved målinger utenfor det som er normalverdier for den enkelte. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og egenbehandlingsplan, og vurderer i samråd med pasient om vedkommende bør ta kontakt med sin fastlege eller legevakt.

E-konsultasjon er et samlebegrep for de digitale konsultasjonsformene tekstkonsultasjon og videokonsultasjon. E-konsultasjonen inneholder en medisinsk vurdering eller samtale. Fra mars 2020 ble det også mulig å benytte telefon ved e-konsultasjon (E=elektronisk) (Helsedirektoratet).

Kunstig intelligens er informasjonsteknologi som justerer sin egen aktivitet og derfor tilsynelatende framstår som intelligent. En datamaskin som er i stand til å løse oppgaver uten å få instruksjoner fra et menneske om hvordan den skal gjøre det, har kunstig intelligens (SNL).

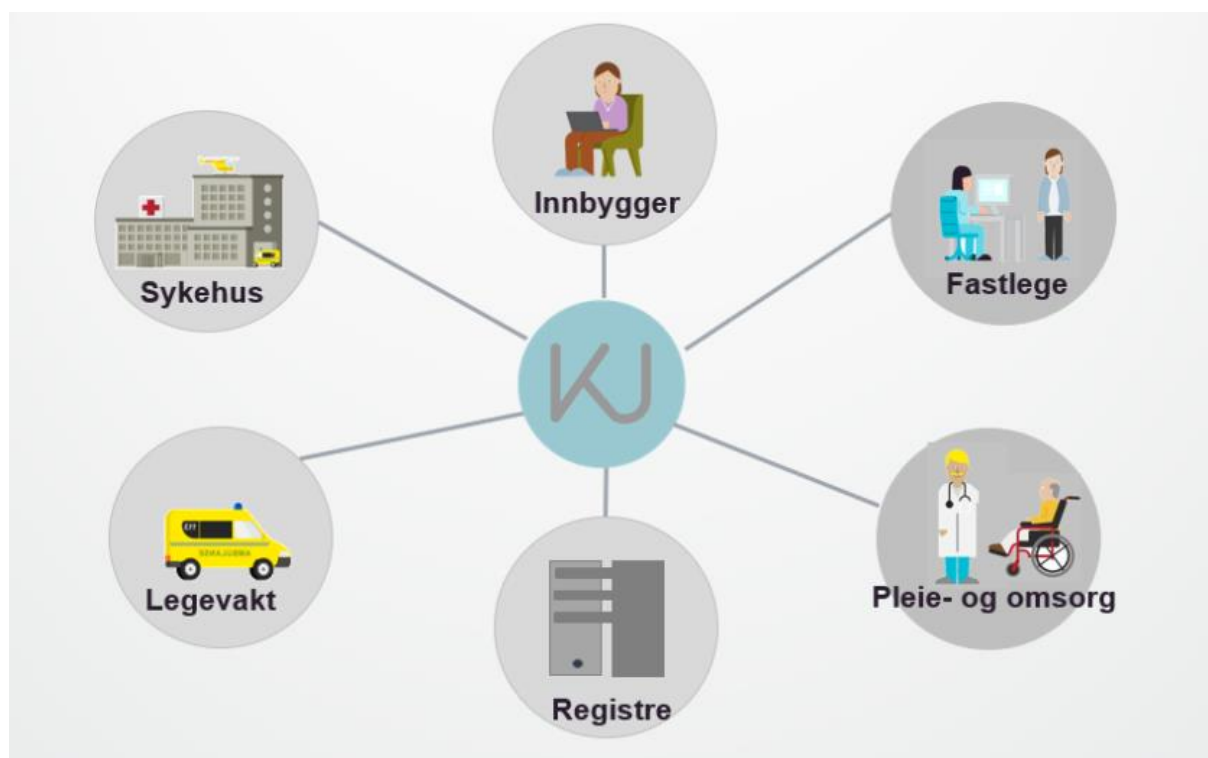
Maskinlæring er en viktig underkategori av kunstig intelligens, og omhandler systemer som lærer. Forenklet betyr dette at programmet ikke kan noen ting når det startes, men er så i stand til å lære over tid, på samme måte som et menneske som ønsker å lære å spille piano, blir bedre ved å øve (SNL).

Tingenes internett er nettverk av identifiserbare gjenstander som er utstyrt med elektronikk, programvare, sensorer, aktuatorer og nettverk som gjør gjenstandene i stand til å koble seg til hverandre og utveksle data (Wikipedia). Dette er en bransje- og sektoruavhengig teknologi, som har nådd helse i Norge.

Pasientforløp er en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.

Personvern handler om retten til å ha kontroll over sine personlige opplysninger og hvem som har tilgang til dem. Dette inkluderer opplysninger som navn, adresse, fødselsnummer, helseinformasjon og annen sensitiv data. Når personopplysninger blir samlet inn og behandlet, enten det er av myndigheter, bedrifter eller organisasjoner, må det utvises forsiktighet for å beskytte enkeltpersoners personvernrettigheter (Digitale Helgeland, desember 2023).

Informasjonssikkerhet omhandler tiltakene som er nødvendige for å beskytte informasjon mot uautorisert tilgang, endring, tap eller ødeleggelse. Dette innebærer å etablere solide sikkerhetssystemer og rutiner for å hindre datalekkasjer, hacking, svindel og andre former for datakriminalitet. Informasjonssikkerhet er en kontinuerlig prosess som krever oppmerksomhet og innsats for å holde tritt med de stadig skiftende truslene i den digitale verden (Digitale Helgeland, desember 2023).



Illustrasjon – eksempel på digital tjeneste:

Kjernejournal (KJ). Alle kommuner som er med i Digitale Helgeland har fått på plass integrasjon fra pasient journal system (EPJ) som brukes av hjemmetjenesten mot kjernejournal. Kjernejournal er en enkel og sikker samhandlingsløsning for helse og omsorgssektoren som gir rask og vesentlige helseopplysninger om pasienten. Kjernejournal erstatter ikke lokal pasientinformasjon, men er mer et helseregister som henter informasjon om pasienten fra sykehus, fastlege etc. Helsepersonell kan skaffe seg opplysninger om pasienten raskt og effektivt. Kilde: Digitale Helgeland.

Omfang og aktører

Vega kommune ser velferdsteknologi som sannsynlig hjelpemidler i deler av eller hele pasientforløp. Velferdsteknologi omfatter infrastruktur, sensorer, kommunikasjonsutstyr, programvare, maskinvare, prosedyrer, regelverk, opplæring og veiledning for å skape økt mestring, trygghet og kontroll over egen helse for pasienter og/eller brukere.

Pasientene og/eller brukerne kan være ved Vega omsorgssenter, hjemme eller annet sted som tillater anvendelse av velferdsteknologi.

De primære aktørene er Vega omsorgssenter og brukere/pasienter, men også pårørende og andre helseinstitusjoner, herunder spesialisthelsetjenesten, kan være en del av kommunikasjonen når og hvis forholdene ligger til rette for det.

IKT-driftssystemet er en kritisk viktig aktør med tanke på kvalitet, kontinuerlig drift og sikkerhet for helse og personvern. Vega kommune samarbeider med DigiNordland og Digitale Helgeland om framtidig velferdsteknologi og e-helseløsninger.

Hva gjør DigiNordland?

DigiNordland er et strategisk operativt samarbeid mellom kommunene og fylkeskommunen i Nordland. Målet er gode digitale løsninger for kommunale tjenesteytere og kommunenes innbyggere (www.diginordland.no).

Nå-situasjon

Vega kommune er i gang med velferdsteknologi. En hovedstrategi for Vega kommunes arbeid med digitalisering og velferdsteknologi er deltakelsen i det kommunale oppgavefelleskapet Digitale Helgeland. Digitale Helgeland utforsker og gjennomfører innovative og brukerorienterte løsninger ved å dele data, fremme gjenbruk og utnytter felles komponenter og nasjonale fellesløsninger. Se tekstboksene om Digitale Helgeland.

Vega kommune kan, basert på kommunestørrelse samt den faglige bredden og dybden ved Vega omsorgssenter, ikke være en selvdrevet pilotkommune i innføringen av velferdsteknologi. Vega kommune skal følge med i utviklingen og velge velprøvde og anerkjente løsninger og derigjennom redusere risiko ved innføring av ny velferdsteknologi.

Vega kommune ser store fordeler i velferdsteknologi fordi vi kan effektivisere deler av helse- og omsorgstjenestene. Eksempler på slike effektiviseringer er:

- Redusert tid i bil for omsorgstjenesten.
- Automatisk, hurtig og nøyaktig dokumentasjon.
- Raskere og tryggere varsel til tjenestene om uønskede utviklinger hos brukere og pasienter.
- Raskere kommunikasjon med berørte instanser.

Vega kommune bruker trygghetsalarmer, varslingssystemer og lokaliseringssystemer som øker tryggheten hos brukerne. Hjemmetjenesten har også anskaffet seg systemet *Mobil pleie*, som legger til rette for en mer effektiv arbeidsdag for pleierne. Oppdrag og

informasjon om pasienter/brukere lastes inn ved starten av arbeidsdagen, og oppdateringer kan hentes ned fortløpende. Rapporter skrives inn direkte mens man er ute hos brukeren, noe som eliminerer dobbeltregistrering og administrasjonsarbeid på kontoret.

I akuttsammenheng er e-helse og velferdsteknologi et viktig utviklingsområde for oss fordi vi er lokalisert på en øy. Faktorer som avstand, tid og transport kan påvirke tjenestene våre og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer

Krav til kunnskap og ferdigheter hos ansatte og i bruker-/pasientenden. De ansatte skal gis tilstrekkelig og betryggende opplæring. Opplæringen må omfatte regelverket samt risiko og sårbarheter som kan følge med systemene. Brukere og pasienter må også motta nødvendig veiledning.

Personvern. Det finnes mange ulike former for velferdsteknologi som skal oppfylle varierende behov og formål. En kjent utfordring med slik teknologi er behandling og beskyttelse av skjermingsverdi informasjon om brukere og pasienter. Gode systemer og rutiner er viktig for brukernes og de ansattes tillit til velferdsteknologien.

Personvernlovgivningen gir ti generelle retningslinjer for hvordan velferdsteknologi bør utvikles og innføres på en måte som gir godt vern av retten til privatliv:

1. Velg den minst inngripende løsningen
2. Begrens mengden data som lagres
3. Velg sanntidsløsning hvis mulig
4. Lagre lokalt hvis mulig
5. La brukeren ha kontroll over løsningen
6. Slett data etter bruk
7. Begrens tilgangen til informasjon
8. Innsyn i egne data
9. Dataene bør krypteres
10. Anonymisering av data

Vega kommunes velferdsteknologi skal være beskyttet mot uønskede innsikt, både av hensyn til bruker/pasient men også de ansatte. I arbeidet med brukere, pasienter og pårørende skal vi også ta hensyn til *opplevd sikkerhet*. Vi skal bidra til å beskrive systemenes egenskaper og dokumentasjon om de.

Om Digitale Helgeland

Digitale Helgeland er et kommunalt oppgavefelleskap som forener 16 kommuner - Alstahaug, Bindal, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Hemnes, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Nesna, Rana, Sømna, Vefsn, Vega og Vevelstad.

Med en visjon "Sammen for utvikling og bedre tjenester" utforsker og gjennomfører Digitale Helgeland innovative og brukerorienterte løsninger ved å dele data, fremme gjenbruk og utnytter felles komponenter og nasjonale fellesløsninger.

Dette vil på lang sikt resultere i mer bærekraftige løsninger som er skreddersydd for å møte de demografiske utfordringene kommunene står overfor.

Kilde: www.digihelgeland.no

Etiske forhold og dilemmaer. Teknologiske løsninger kan lede til at slik teknologi anvendes uten at det er helt nødvendig, og i tilfeller hvor direkte, fysisk kontakt mellom bruker/pasient, pårørende og Vega kommunes ansatte kan gi et større utbytte. Vega kommunes ansatte helsepersonell må vurdere når anvendelsen av velferdsteknologi samlet sett er gunstigere enn uten.

Digital hjemmeoppfølging tar form på Helgeland

Med en aldrende befolkning og økende press på helsevesenet, søker Norge innovative løsninger for å bedre pasientomsorgen og effektivisere tjenestene.

Prosjektet Digital hjemmeoppfølging Helgeland (DHH) står i spissen for denne transformasjonen gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, støttet av Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2022 til 2024 arbeider DHH for å implementere digitale omsorgsløsninger på Helgeland.

...

Visjonen for DHH er å tilby skreddersydd hjemmebasert omsorg gjennom digitale løsninger, med mål om å gi brukerne økt livskvalitet og selvstendighet, samt frigjøre viktige ressurser innen helsesektoren.

Kilde: Digitale Helgeland nettartikkel, 6. november 2023.

Muligheter, innovasjon, handlingsrom

Vega kommune ser velferdsteknologi i framtidssammenheng med digitalisering, robotisering, kunstig intelligens og maskinlæring. Vi ser også mulighetene for at de klassiske hjelpemidlene og nye digitale muligheter smelter sammen gjennom «tingenes internett».

Nye teknologiske muligheter selges med stort fokus på oppsider som bruker- og pasientfordeler, personellbesparelser, klimagevinster ved redusert bilkjøring osv. Som leverandør av helse, pleie og omsorg til brukere og pasienter skal Vega kommune også ha oppmerksomhet på sikkerhet, integritet, personvern, etikk og arbeidsmiljø ved innføring av nye systemer.

Illustrasjon fra markedsføring av tingenes internett for helse (<https://sbr-technologies.com/advantages-of-iot-in-healthcare>) (2021). Vega kommune forventer at ny teknologi i økende grad får innpass i offentlige helsetjenester, fordi de delvis kan kompensere for andre utfordringer som personellmangel, geografiske avstandsulemper samt brukernes og pårørendes økende interesse for digitaliserte tjenester.



Delmål med tilhørende strategi

Vi vil:	Slik gjør vi det:
<p>Videreføre Vega kommunes deltakelse i Digitale Helgelands innsats for ny velferdsteknologi</p>	<p>Bidra aktivt til Digitale Helgelands strategiutvikling om bærekraftig helse, pleie og omsorg</p> <p>Fremme en god balanse mellom innovasjon og effektivisering versus konsekvenser for ansatte og brukere</p> <p>Vurdere innføring av nye systemer i lys behov og de ansattes kompetanse og kapasitet til å ta imot og følge opp</p> <p>Delta i oppgavefelleskapets styrediskusjoner om personvern, datasikkerhet og etikk</p>
<p>Gevinstrealisering - nytteverdi av ny velferdsteknologi</p>	<p>Nye systemer skal innføres og følges opp på en strukturert måte, organisert med f.eks. lokal styringsgruppe, prosjektleder, brukergruppe samt oppfølging i innføringsperioden</p> <p>Opplæringsbehov skal vurderes og forankres hos de ansatte</p> <p>Brukere og pårørende skal informeres og veiledes før drift</p> <p>Styringsgruppen skal vurdere og følge opp Vega kommunes gevinster og nytteeffekter</p> <p>Hvis behov, erfaringer innhentes fra andre kommuner</p>
<p>Velferdsteknologi for større trygghet og god livskvalitet</p>	<p>Dialog med Helgelandssykehuset om valg av teknologisk utstyr ved en eventuelt forsterket KAD seng</p>
<p>Sikre løsninger</p>	<p>Personvern og tilgangsstyring er en integrert del av både drift og utvikling av velferdsteknologi</p>
<p>Finansierte løsninger</p>	<p>Søke tilskudd for innføring av ny velferdsteknologi og prosjekter</p>