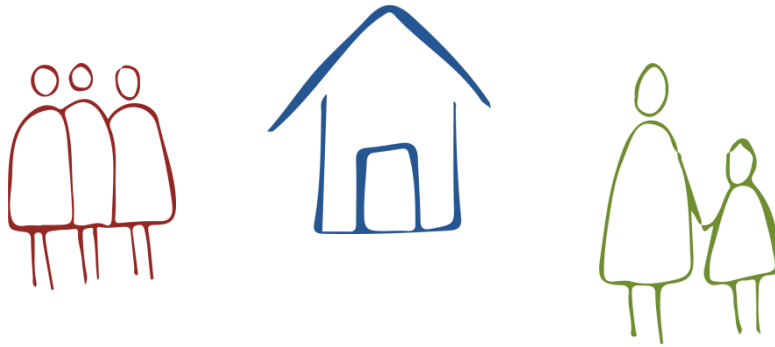


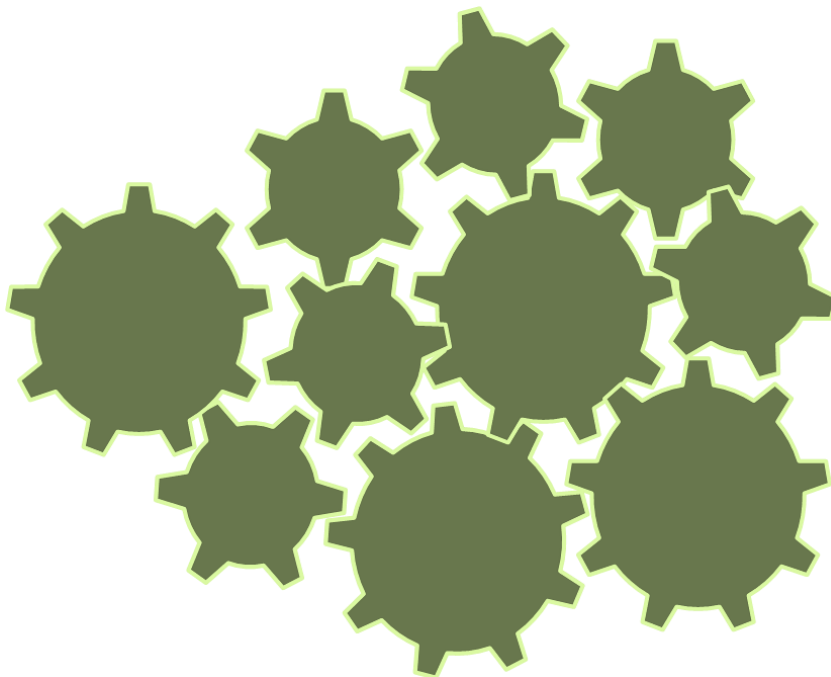


Helse og omsorgsplan

Del 1: Status, utviklingstrekk og
tjenestebehov

«Med tanke på framtida»

2023 - 2033



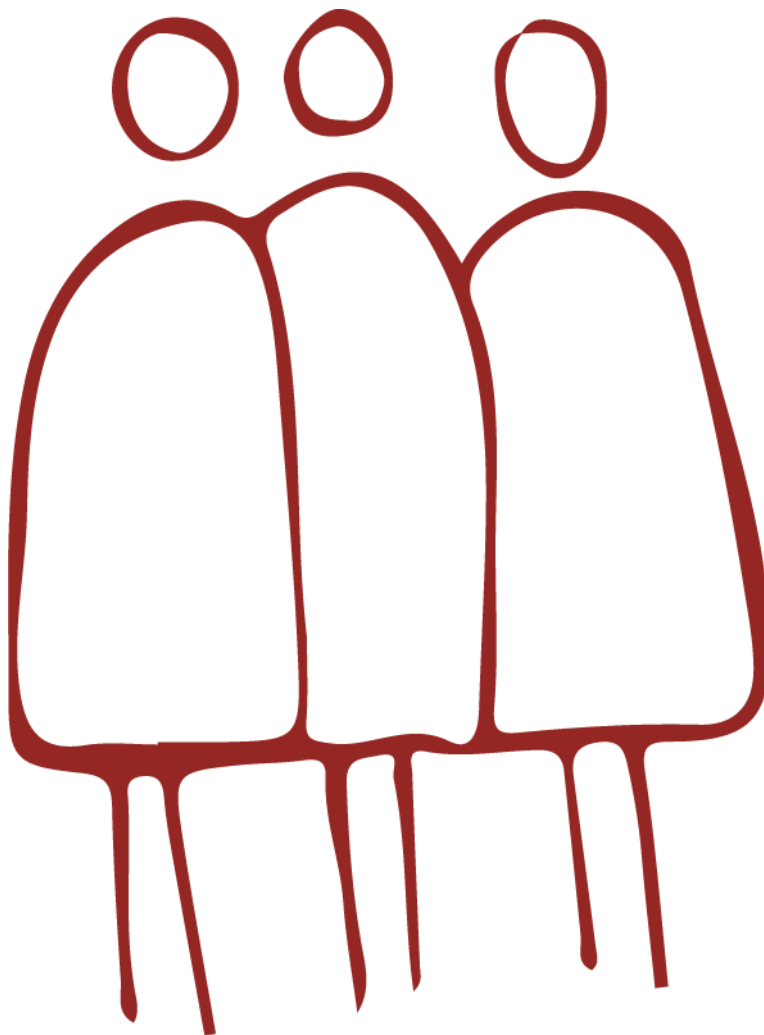
Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
1. Innledning	4
1.1 Sammen drag	6
1.2 Nasjonale føringer og sentrale rapporter for helse- og omsorgssektoren i kommunen.	8
1.3 Planstruktur for helse- og omsorgssektoren 2023-2033	10
2. Status	12
2.1 Organisering av dagens helse- og omsorgstjeneste.....	13
2.2 Tildelingskontoret/koordinerende enhet.....	14
2.3 Lege- og fysioterapitjenesten.....	14
2.4 Psykisk helse- og rustjenesten	15
2.5 Eidskog Helsetun	15
2.6 Hjemmebaserte tjenester.....	16
2.7 Boligtjenesten	17
2.8 Helsestasjon-/skolehelsetjeneste.....	17
2.9 Eidskog kommunes folkehelseoversikt.	18
3. Utviklingstrekk og fremtidig tjenestebehov.....	20
3.1 IPLOS	21
3.2 Innbyggerstatistikk, og befolkningsutvikling.....	21
3.3 Aldersbæreevne i Norge.....	23
3.4 Fremtidig tjenestebehov i helse- og omsorgstjenestene.....	23
3.5 Heldøgns helse- og omsorgstjenester.....	24
4. Tjenesteutvikling fram mot 2033 – «Leve hele livet».....	26
4.1 Forslag til fremtidige innretninger av kommunens helse- og omsorgstjeneste. 27	
4.2 Tiltak for bedret ressursinnsats i helse- og omsorgstjenesten.	28
5. Tildeling, koordinering og sammenheng i overgangen mellom tjenester	29
6. Helsehjelp når du trenger det	34
6.1 Barn, unge og yngre.....	35
6.2 Legetjenesten.	37

6.3	Psykisk helse og rus.	37
6.4	Habilitering og rehabilitering.....	38
6.5	Demens.....	39
6.6	Selvstendighet og trygghet i egen bolig.....	40
6.7	Hjemmetjenesten	40
6.8	Boligtjenesten	41
6.9	Heldøgns omsorg	41
7.	Trygghet, aktivitet og livskvalitet.....	43
7.1	Mat og måltider	44
7.2	Aktivitet og fellesskap.....	44
7.3	Et aldersvennlig Norge.....	45
8.	Fremtidige fokus- og tiltaksområder – Med tanke på fremtiden.....	46
8.1	Tidlig innsats gjennom forebygging, folkehelsearbeid og frivillighet.	47
8.2	Helse og teknologi – innføre, utvikle og utnytte.....	47
8.3	Ledelse og organisering – kompetanse og rekruttering.	49
8.4	Sektorovergripende og sømløst samarbeid.	51

1.

Innledning



Planprogrammet for helse- og omsorgsplan i Eidskog Kommune ble vedtat i k-sak 98/20 den 17.11.20.

Regjeringen la nylig frem Perspektivmeldingen, som viser mange av utfordringene samfunnet står overfor de neste tiårene. Omtrent en av tre må jobbe i helse og omsorg i 2060, og allerede i 2035 trengs 110.000 flere årsverk innenfor denne sektoren. Befolkningen eldes, som gir flere pensjonister, færre skattebetalere og vi vet at oljeinntektene vil synke i takt med at krav om en grønnere økonomi vil bli sterkere.

«Å hindre at mennesker blir syke, er mer bærekraftig enn å la dem bli syke» uttalte tidligere helseminister Bent Høie ifm. vaksinerings mot covid-19.

God helse fremmes først og fremst utenfor helsesystemet og i andre sektorer. Utdanning, skoler, arbeidsplasser, barnehager, kulturtilbud, kosthold og fysisk aktivitet, levekår og sosiale forhold er alle faktorer som er viktige for folkehelsen og for en bærekraftig helsetjeneste. Målet om en bærekraftig helsetjeneste må derfor forankres bredt og flere aktører må aktiviseres i helsefremmende aktiviteter.

Regjeringen har et uttalt mål om å skape pasientens helsetjeneste. I dette ligger det også at vi skal utnytte innbyggernes egne ressurser og bygge helsekompetanse i befolkningen. Befolkningens helsekompetanse er nært knyttet til hvilken tillit befolkningen har til helsetjenesten, og at det kan vise til kunnskapsbaserte beslutninger i møte med prioriteringer som helsevesenet må ta.

Det er med bakgrunn i dette viktig at det på et faglig og strategisk grunnlag, strekkes ut en kurs for alle helsetjenester i Eidskog, og at det legges en helhetlig plan for helse- og omsorgssektoren. Planens hovedformål vil være å klargjøre hvilke utfordringer Eidskog kommune står overfor og hvilke tiltak som må iverksettes på kort og lang sikt for å utvikle en bærekraftig helsetjeneste. Det bør også poengteres hvordan det forebyggende arbeidet bør organiseres utenfor selve helsesektoren. Planperioden er fra 2023 til 2033.

Helse og omsorgsplanen består av to deler. Del 1 utgjør det faglige kunnskapsgrunnlaget som beskriver status for kommunens tjenesteyting, utviklingstrekk og fremtidige tjenestebehov, samt tjenesteutvikling fram mot 2033. Hvert innsatsområde i planen (kap 4-7) refererer til hovedområdene i reformen «Leve hele livet».

Del 2 beskriver forslag til strategi, mål og tiltak for helse- og omsorgstjenesten i planperioden.

Arbeidet med planen har hatt følgende prosjektorganisering:

Styringsgruppe – Helseutvalget.

Guttorm Kristiansen (leder)

Vidar Huse (nestleder)

Hege Bakke Andresen

Ann Kristin Kvesethberget

Geir Magne Melbye

Astri Bergersen
Roger Skulstad

Prosjektgruppe – Ledergruppa i enhet for Helse.

Evy Anne Vestli Heggen
Åste Østgård
Anita Johansen
Anne-Mari Furuseth
Gunn Gjester
Are Skauby

Arbeidet med planen har foregått fra høsten 2020 der Lill-Anita Skjønby Andersen la ned et grundig forarbeid. Det var stor involvering i flere brukergrupper tidlig i starten av arbeidet. Både eldres råd, rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, tillitsvalgte og verneombud med flere deltok på informasjonsmøter om planen. Med bakgrunn i pandemien og et politisk ønske om en rask ferdigstillelse av planen har imidlertid involveringen av innbyggerne i prosessene blitt noe mindre enn det som er ønskelig.

1.1 Sammendrag

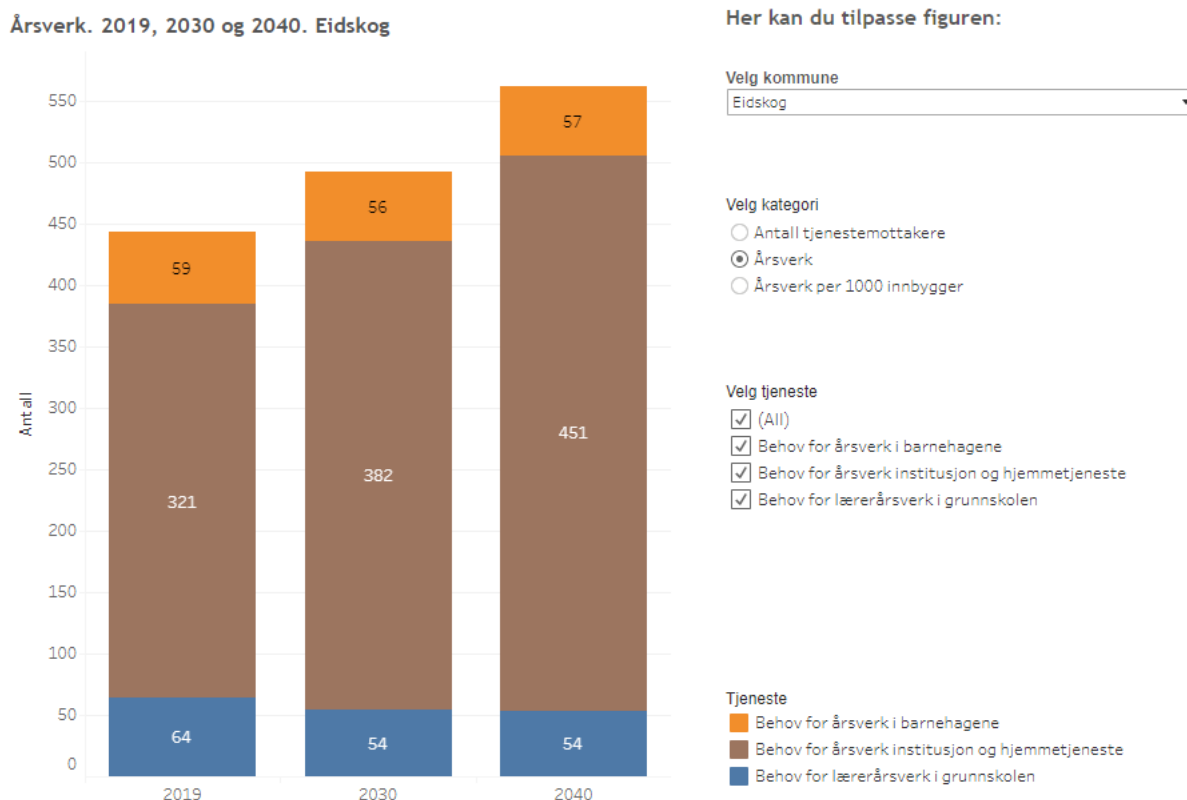
Helse- og omsorgsplanen for Eidskog kommune beskriver alle tjenesteområder innenfor helse- og omsorgssektoren. Det er en helhetlig, strategisk plan som staker ut kursen for alle tjenestene fram mot 2033.

Eidskog kommune står overfor en stor økning i antall innbyggere over 80 år frem mot 2040. Samtidig synker den yrkesaktive andelen av befolkningen. Mange vil oppleve mange gode år, men flere av våre eldre vil ha sammensatte helseutfordringer som skal behandles i kommunen og mange vil leve lenge med alvorlig sykdom.

I tillegg til at andelen eldre øker viser blant annet folkehelsestatistikken en økende grad av psykiske helseplager og livsstilssykdommer hos innbyggere under 67 år i vår kommune. Flere barn opplever også å leve med utfordrende somatiske helsetilstander. Barn, unge og voksne under 67 år kan derfor bli en målgruppe som i enda større grad trenger behandling i årene som kommer.

De siste tiårene har det kommet flere stortingsmeldinger som tar for seg organisering og utvikling av de kommunale helsetjenestene. Temaene for meldingene har vært noe ulikt, men fellestrekkene er at det stilles store forventninger til bærekraftig tjenesteproduksjon der tjenestene er effektive, strukturerte og rasjonelle. I tillegg til dette settes det fokus på innovasjon og brukertilpasning. Velferdsteknologien skal implementeres i tjenestene, folkehelsearbeid skal prioriteres samt at rehabilitering og mestring skal styrkes.

Kommunale tjenester preges i dag av at både medisinfaglig behandlingsfokus og rehabiliteringsfokus er overført fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Dette betyr at en større del av helsetjenesten nå ytes i kommunen enn tidligere. Det er en kjensgjerning at tjenestebehovet i pleie og omsorg vil øke betraktelig fram til 2040 dersom tjenesten løses på samme måte som i dag.



Figur 1. Framskrivningene tar utgangspunkt i tall fra KOSTRA for 2019 og hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås regionale befolkningsframskrivninger fra august 2020. I beregningene av tallet på tjenestemottakere og arbeidskraftbehov framover er det tatt utgangspunkt i samme dekningsgrader og standard på tjenestene som i 2019. Det er betydelig usikkerhet knyttet til både befolkning, dekningsgrader og standard på lang sikt, og framskrivingene må kun tas som indikasjoner. Kilde

Helse- og omsorgstjenestene står – sammen med den øvrige kommune-organisasjonen – overfor et behov for endring og omstilling. Som følge av det økte tjenestebehovet, kan ikke ytelsene opprettholdes på samme nivå som i dag. For å være bærekraftige må produksjonen av helsetjenester løses annerledes enn i dag. For å løse de komplekse samfunnsutfordringene, er det med bakgrunn i dette større behov for å jobbe mer helhetlig på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Nye arbeidsformer må etableres.

Den overordnede målsettingen har over tid vært at folk skal bo lengst mulig i eget hjem. For å tilpasse organisasjonen til nye driftsformer, må kommunen legge mer vekt på tverrfaglig samarbeid, tidlig innsats og forebygging. Det blir også viktigere

enn før å fokusere på helsefremmende tiltak, mestring av egen hverdag og rehabilitering. Hjelp til selvhjelp vil være et viktig begrep framover.

Fremtidens sykehjem skal i enda større grad enn i dag fokusere på korttidsplasser, rehabilitering, opptrening og/eller kartlegging av funksjonsnivå etter sykdom eller skade. Sykehjem skal fortsatt tilby langtidsplasser for enkelte grupper, men pleie og omsorg av eldre med langvarige behov skal først og fremst tilbys i omsorgsboliger og bofellesskap.

Helsetjenestene gir tjenester til alle i alderen 0-100 år. Senere års endring i sykdomspanorama innebærer økt andel av barn med kronisk somatisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom og stressrelaterte psykosomatiske tilstander. Barn og ungdom skal i størst mulig grad behandles utenfor sykehus, og behandling går i retning av mer poliklinikk, dagbehandling og hjemmesykehus.

I planperioden vil mange ansatte i Eidskog kommune gå av med pensjon. Med bakgrunn i dette vil implementering av teknologiske – og digitale løsninger i helse og omsorgssektoren være helt nødvendig for å kunne bruke helsepersonell på en optimal måte. Det må satses på å rekruttere og beholde ansatte, samt sørge for at ansatte har tilstrekkelig kompetanse. I tillegg vil det kontinuerlig være nødvendig å vurdere strukturen i helse- og omsorgssektoren ettersom den vil være førende for effektiv bruk av personalressursen i kommunen.

I tillegg til de ressursene som helse- og omsorgssektoren disponerer er det et stort behov og potensial for å ta i bruk og videreutvikle de ressursene som ligger hos brukerne selv, deres familier, sosialt nettverk, nærmiljøet og lokalsamfunnet.

Frivillig sektor har spilt, og spiller fortsatt, en viktig rolle i oppbyggingen av velferdssamfunnet i Norge. I årene som kommer vil frivilligheten være viktigere enn noen gang for å bidra til et inkluderende lokalsamfunn.

1.2 Nasjonale føringer og sentrale rapporter for helse- og omsorgssektoren i kommunen.

På nasjonalt nivå utgjør helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helseberedskapsloven det viktigste juridiske grunnlaget for kommunens ansvar og oppgaver innenfor helse- og omsorgssektoren.

Lovverket er supplert med en rekke forskrifter som konkretiserer det offentliges plikter og innbyggernes rettigheter. Noen av de mest sentrale forskriftene er verdighetsgarantien, kvalitetsforskriften og fastlegeforskriften.

De siste ti årene har det kommet flere stortingsmeldinger som tar for seg organisering og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Fellestrekkene fra alle er at de stiller en forventning til økt effektivitet, økt kvalitet, bedre brukertilpasning og bedre samhandling mellom tjenester.

Stortingsmeldingene gir kommunene veiledning i hvordan helse- og omsorgstjenestene kan utvikles og tilpasses for å møte framtidens utfordringer. Disse bør være førende for hvordan kommunene utvikler sitt tjenestetilbud i årene som kommer.

De mest sentrale er nevnt under:

- ❖ Samhandlingsreformen
[St.meld. nr. 47 \(2008-2009\)](#)
- ❖ Fremtidens primærhelsemelding – nærhet og helhet
[St.meld.nr. 26 \(2014-2015\)](#)
- ❖ Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
[St.meld.nr.15 \(2017-2018\)](#)
- ❖ Kvalitet og pasientsikkerhet 2019
[St.meld.nr.11 \(2020-2021\)](#)
- ❖ God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
[St.meld.nr. 10 \(2012-2013\)](#)
- ❖ Er smått alltid godt i demensomsorgen. Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens. (2016)
[Prosjektrapport SINTEF](#)
- ❖ Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn
[Meld. St. 19 \(2018-2019\)](#)
- ❖ Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)
[Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet \(2015-2020\) \(regjeringen.no\)](#)
- ❖ Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
[Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017-2022\)](#)
- ❖ Demensplan 2025 – Handlingsplan.
[Demensplan 2025](#)
- ❖ Morgendagens omsorg
[Meld. St.nr. 29 \(2012-2013\)](#)

- ❖ Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
[Omsorg 2020](#)
- ❖ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
[Nasjonal helse- og sykehusplan, kortversjon](#)
- ❖ Innovasjon i omsorg
[NOU 2011:11](#)
- ❖ Det handler om Norge. Bærekraft i hele landet.
[NOU 2020:15](#)
- ❖ Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023
[Strategi helsekompetanse](#)
- ❖ Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
[St.meld.nr.38 \(2020-2021\)](#)

1.3 Planstruktur for helse- og omsorgssektoren 2023-2033

Kommuneplanens samfunnsdel vedtatt 19.06.14 viser til tre satsingsområder:

- Levekår
- Barn og unge
- Folkehelse

Helse- og omsorgssektoren er kommunens største sektor og omfatter tjenestetilbud til alle kommunens innbyggere. Helse- og omsorgsplanen er en overordnet plan som beskriver utfordringene i sektoren i årene som kommer og som samtidig presenterer mulige løsninger på svært mange tjenesteområder. Det er i tillegg behov for ulike temaplaner som beskriver utviklingen innenfor særskilte områder på en mer detaljert måte.

Helse- og omsorgsplanen tar opp tiltak fra temaplanene dersom det kreves prinsipielle avklaringer, avgjørelser om overordnet utvikling eller økte ressurser. Helse- og omsorgsplanen vedtas av kommunestyret for perioden 2023-2033. De øvrige planene legges frem fortløpende for behandling i kommunestyret.

Det vises i denne sammenheng til [kommunens planstrategi](#) vedtatt i kommunestyret i sak 022/21 den 11.05.21:

Helse og omsorg		
Gjeldende planer	Vedtatt	Kommentar
Smittevernplan	2020	
Helseberedskapsplan del 1 (risiko og sårbarhetsanalyse)	2005	Ny under arbeid. Vedtas 2021.
Helseberedskapsplan del 2 (katastrofeplan for helsetjenesten)	2005	Ny under arbeid. Vedtas 2021.
Plan for psykisk helsearbeid 2007-2010	2013	Ønskes revidert. Slås sammen til rus- og psykiatriplanen.
Boligsosial Handlingsplan	2013	Ønskes revidert.
Regionale/interkommunale planer		
Handlingsplan mot vold i nære relasjoner i Glåmdalsregionen	2010	Er under rulling.
Planer som ønskes		
Kommunedelplan for Helse og omsorg	NY	I arbeid. Vedtas 2021.
Rus- og psykiatriplan.	NY	Ønskes. Erstatte eksisterende planer.
Strategi for «Leve hele livet»	NY	Ønskes, jf. Verbalpunkt
Handlingsplan for «Leve hele livet»	NY	Ønskes, jf. verbalpunkt
Demensplan	NY	

2.

Status



2.1 Organisering av dagens helse- og omsorgstjeneste.

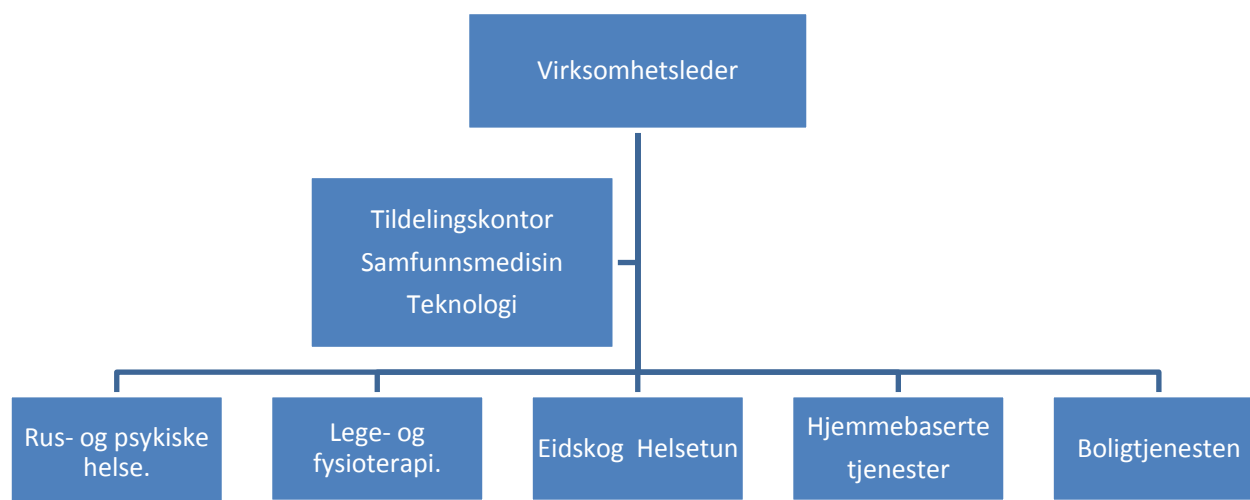
Helse- og omsorgssektoren i Eidskog kommune ledes av virksomhetsleder og består pr 1.1.2022 av følgende avdelinger:

- Lege- og fysioterapitjenesten
- Psykisk helse- og rustjenesten
- Hjemmebaserte tjenester
- Boligtjenesten
- Eidskog Helsetun

Koordinerende enhet og samfunnsmedisinsk enhet er knyttet opp mot kommunens tildelingskontor som er plassert i virksomhetsleders stab. Det samme er konsulent for teknologiske løsninger i helse.

Helsestasjon og psykisk helsetjeneste for barn og unge er organisert i enhet for oppvekst og læring.

Figur 2 viser organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i Eidskog kommune pr. 01.01.22



Figur 2

2.2 Tildelingskontoret/koordinerende enhet

Tildelingskontoret har som mål å sikre at alle innbyggere, uavhengig av alder, tjenestebehov og bosted, vil få lik tilgang på helse- og omsorgstjenester. Tjenesten koordinerer aktører som er involvert i å yte lokale helse- og omsorgstjenester, først og fremst kommunen, kommunale tjenesteenheter og sykehus. Dette innebærer mottak og saksbehandling av alle søknader om pleie og omsorgstjenester.

Tjenesten har også det overordnede ansvaret for arbeidet i forhold til koordinerende enhet.

Tildelingskontoret er lokalisert i Eidskog Helsetun og er direkte underlagt virksomhetsleder.

2.3 Lege- og fysioterapitjenesten

Legetjenesten i kommunen skal ivareta kurative (fastleger, legevakt og tilsynsleger) og forebyggende oppgaver (helsestasjon, smittevern, miljørettet helsevern, samfunnsmedisin).

Legetjenesten har avtaler med allmennpraktiserende leger som deltar i fastlegeordningen. Kommunen har 6 fastlegehjemler der listestørrelsene varierer fra 700 til 1050. I tillegg er det 1 LIS1-lege som er i en periode på 6 måneder. Alle fastlegene har tilhold ved Eidskog legesenter som er kommunalt drevet. Helsesekretærene er kommunalt ansatt, 5 årsverk.

Kommunen har utover fastlegene en fast ansatt lege som ivaretar oppgavene på helsestasjonen og funksjonen som tilsynslege på sykehjemmet.

Eidskog kommune deltar i et interkommunal legevaktssamarbeid lokalisert til Ahus Kongsvinger. Vertskommune er Kongsvinger.

Fysioterapi og ergoterapi er en del av kommunens helsetjeneste.

Fysioterapitjenesten omfatter kommunale fysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale. Det er tre kommunale fysioterapeuter fordelt på arbeidsområdene hjemmeboende, institusjon og barn/unge. Av privatpraktiserende fysioterapeuter har vi 3,7 årsverk fordelt på 4 fysioterapeuter. Utover dette har kommunen også ofte turnusfysioterapeut. Kommunen har 1 årsverk ergoterapeut som arbeider med alle aldersgrupper og områder. Ergoterapeuten er også kommunens syn- og hørselskontakt.

Det er ikke vedtak på fysioterapi og ergoterapi, som på andre helse- og omsorgstjenester.

Lege, fysioterapi og ergoterapi har felles leder, som også er leder for koordinerende enhet.

2.4 Psykisk helse- og rustjenesten

Basert på helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» skal psykisk helsetjeneste ha fokus på tre pasientforløp:

- 1) Milde og kortvarige problemer
- 2) Kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer
- 3) Alvorlige og langvarige problemer

Psykisk helsetjeneste for voksne er lokalisert i Eidskog Helsetun. Tjenesten har 11,9 årsverk.

Virksomheten er også tillagt ansvaret for kommunale omsorgsboliger for innbyggere med alvorlige psykiske lidelser på Bakketun. To av boligene på Bakketun disponeres som korttidsleiligheter. De som bor i disse boligene har tilgang på kvalifisert personale iht vedtak. Tjenesten har døgnskuttinuerlig drift med 15,3 årsverk i turnus.

Psykisk helsetjeneste for barn og unge er organisert i Familiens Hus i enhet for oppvekst.

Tjenesten ivaretar også akutte hendelser hvor det er behov for psykososial oppfølging i forbindelse med ulykker mv.

Det jobbes for tiden med å etablere et regionalt FACT-team sammen med Akershus Universitetssykehus.

Krisesenteret er lokalisert på Kongsvinger gjennom et interkommunalt samarbeid.

2.5 Eidskog Helsetun

Kommunens sykehjem tilbyr behandling, opptrening og hjelp til daglige gjøremål i kort eller lang tid til de som på grunn av sykdom, skade eller normal aldring ikke klarer seg hjemme. Beboere på sykehjem har hjelpe-/pleiebehov som er så omfattende at det ikke er hensiktsmessig å ivareta dette i hjemmet. Sykehjemsopphold kan ha ulik lengde og gis som flere typer tjenester.

Eidskog Helsetun har totalt 116 ansatte inkludert ledere fordelt på 77 årsverk.

- Dagsenter for demens: 10 brukere hver dag fra mandag til fredag.
- Korttidsavdeling 2A: 15 plasser hvorav 2 plasser er forbeholdt palliative pasienter og 1 plass er avsatt til Kommunal akutt døgnenhet (KAD).
- Avdeling 3A: 10 langtidsplasser tilrettelagte for demente.
- Avdeling 3BC: 16 langtidsplasser fordelt på to grupper tilrettelagt for demente med behov for skjerming og sansehage.
- Avdeling 4BC: 20 langtidsplasser fordelt på to grupper for somatiske

pasienter.

Sykepleier 1 har det daglige faglige ansvaret i hver sin avdeling. Helsetunet har høy andel fagutdannet personell, hvorav sykepleiere og helsefagarbeidere er hovedyrkesgrupper. Det er bevisst valgt en høyere andel sykepleiere i korttidsavdelingen.

Eidskog Helsetun har et storkjøkken som lager mat til de som oppholder seg på kommunens institusjon, Skotterudtunet og Koppangtunet. I tillegg produseres det middag som kjøres ut til hjemmeboende av frivilligheten. Kjøkkenet leverer også mat til kommunens barnehager. Gjennom «Trygghetsstandard i sykehjem» ble kosthold og ernæring satt på dagsorden. Kjøkkendriften driver i tillegg kantine for ansatte og salg av mat til pårørende samt leverer møtemat/catering til både kommunale og private møter ved behov.

Institusjonskjøkkenet på Eidskog Helsetun driftes etter kok-server-prinsippet.

Kokk 1 har ansvar for den faglige driften på kjøkkenet hvor innkjøp og deltakelse i det daglige arbeidet inngår. Institusjonskjøkkenet har 11 ansatte fordelt på 9,4 årsverk hvor kokker og lærling er iberegnet. Kjøkkenet driftes 7 dager pr uke.

Helsetunet har 88,4 årsverk (2022-tall).

2.6 Hjemmebaserte tjenester.

Hjemmetjenesten har ansvar for all helsehjelp og praktisk bistand i hjemmet.

Hjemmesykepleien er en sykepleiertjeneste som utføres i hjemmet til personer som har behov for nødvendig helsehjelp iht helse-og omsorgstjenesteloven. Tildelingskontoret tildeler nødvendige tjenester.

Praktisk bistand gis gjennom hjemmehjelp til personer som er avhengige av hjelp i hverdagen på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.

Hjemmetjenesten har også ansvar for brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistanse.

Støttekontakt er et tilbud til personer som på grunn av funksjonshemming eller sosiale problemer har behov for støtte for å kunne delta i aktiviteter utenfor hjemmet.

Avlastning for barn med funksjonshemming i private hjem.

Hjemmetjenesten har også ansvar for implementering og oppfølging av velferdsteknologi.

Hjemmesykepleien, avdeling Skotterudtunet og Koppangtunet. Koppangtunet har 22 leiligheter. Skotterudtunet har 26 leiligheter og er tilrettelagt for personer med

demens og alderspsykiatri. Begge tjenestene er døgnbemannet av helsepersonell der helsetjenester blir gitt etter fastsatte vedtak. Her leier beboer egen leilighet, og hjemmetjenestene utfører helsetjenester i henhold til vedtak.

Hjemmebaserte tjenester har 89 årsverk (2022-tall).

2.7 Boligtjenesten

De fleste psykisk utviklingshemmede i kommunen bor i omsorgsboliger med tilknyttet vedtaksfestet bemanning. Mange av boligene til denne brukergruppa ligger i nærhet til sentrum.

En av hovedutfordringene i tjenesten i dag er å skaffe tilstrekkelig kompetanse. Boligtjenesten har høy bemanningsfaktor gjennom hele døgnet med bakgrunn i vedtak. Det er få kvalifiserte søkere til utlyste stillinger, spesielt når det gjelder stillinger med krav om bachelorkompetanse. Kommunen kjøper i dag dagsentertjenester fra Vilja as. I tillegg har flere av kommunens brukere et tilbud gjennom «Vi vil og kan» som driftes av boligtjenesten.

Det benyttes store ressurser på å kartlegge og fatte riktig vedtak med tanke på personsentrerte tjenester. Dette kan innebære å benytte tvang og makt i forhold til helsehjelp, utfordrende adferd samt benytte velferdsteknologiske løsninger i hverdagen. Det gjennomføres evalueringsmøter og veiledningsmøter i forbindelse med å gi rett tjeneste til rett tid og utøvelse av lik praksis i samarbeid med annet helsepersonell og pårørende/verger. Jevnlige kurs og øvelser i utøvelse av vergetrening og gode rutiner for defusing i etterkant av hendelser tilknyttet/ i forhold til utagerende brukere mv.

2.8 Helsestasjon-/skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste som skal bidra til å forebygge sykdom og fremme fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre og barn og ungdom. Tjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig samarbeid.

Helsestasjonstjenesten omfatter svangerskapsomsorg, helseundersøkelser av barn på forskjellige alderstrinn, vaksinerings, oppsøkende virksomhet, helseopplysning individuelt og i grupper samt veiledning og ved behov utvidet støtte og hjelp for å styrke foreldrene i sin rolle som gode omsorgspersoner for sine barn.

Helsestasjonen skal være lett å oppsøke, enten det gjelder små eller store problemer.

Skolehelsetjenesten omfatter tilbud til grunnskole og videregående skoler og er tilgjengelig for elever, foresatte og lærere. Formålet med tjenesten er å fremme

psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader.

Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud som bl.a. skal bidra til at barn og unge med vansker skal få hjelp på riktig nivå så tidlig som mulig. Tjenesten omfatter helseundersøkelser, vaksiner, helseopplysning og undervisning individuelt og i grupper, individuell oppfølging med samtaler og veiledning til elever og foresatte.

Skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det forebyggende arbeidet fordi den gjennom tilstedeværelse på skolen har en kontaktflate mot alle barn som gir en helt spesiell mulighet til å fange opp de som trenger hjelp.

I Eidskog er helsestasjons- og skolehelsetjenesten organisert under Oppvekst.

Eidskog helsestasjon har 3 helsesykepleiere i 100 %, dessuten en 100 % stilling betalt gjennom prosjekt fra Helsedirektoratet. I tillegg helsestasjonslege 20 % samt jordmor 40% innleid fra Ahus, dessuten fysioterapeut for barn og unge 100% som er organisert under Helse.

Det er vertskommunene der videregående skoler er lokalisert som har ansvar for skolehelsetjenesten. Eidskog kommune har ingen videregående skoler.

Eidskog kommune har avtale med Kongsvinger kommune om at elever fra Eidskog kan bruke helsestasjon for ungdom i Kongsvinger.

2.9 Eidskog kommunes folkehelseoversikt.

Hvert fjerde år utarbeides kommunens folkehelseoversikt som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelseoversikten skal identifisere utfordringer og ressurser i kommunen knyttet til folkehelse og vurdere årsaksforhold og konsekvenser.

Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Under følger en kort sammenfatning av de mest sentrale punktene for Eidskog kommune 2020-2023.

- I Eidskog har 77 % av ungdommene utenom skoletid mer enn tre timer skjermtid om dagen, mens andelen nasjonalt er på 62 %.
- Eidskogs befolkning opplever å ha større utfordringer med psykiske plager enn fylket og landet for øvrig.
- Kommunen har betydelig høyere andel ungdom med overvekt/ fedme enn fylke- og landsnivå.
- I Eidskog skrives et større antall resepter med antibiotika ut til befolkningen sammenlignet med fylket og landet.

- Eidskog har betydelig større andel personer med ikke-smittsomme sykdommer som lungesykdom (kols og astma), diabetes 2 og hjerte/karsykdom.
- Andelen personer med muskel/skjelettsykdommer er i stadig økning, og nærmer seg fylkesnivået.
- Eidskog har en stor andel mottakere av stønad til livsopphold og et stort antall lavinntektshusholdninger.
- Antall barnevernstiltak og meldinger til barnevernet er betydelig høyere enn på landsbasis.

Det er en meget god utvikling som vises over tid på nasjonale prøver i barne- og ungdomsskolen. Samtidig pågår en positiv utvikling hva gjelder frafall i videregående skole. Dette kan bidra til at flere kommer seg gjennom et utdanningsløp, som videre vil kunne bidra til å utjevne sosiale ulikheter.

Den siste [folkehelseoversikten for Eidskog](#) ble utarbeidet i 2020.

Folkehelseinstituttet utarbeider også hvert år en folkehelseprofil for kommuner som gir en oversikt over status for utvalgte folkehelsefaktorer. I denne oversikten ligger også et [folkehelsebarometer](#) der nøkkeltall for kommunen og fylket sammenliknes med landstall. Det tas her hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet.

3.

Utviklingstrekk og fremtidig tjenestebehov



3.1 IPLOS

IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren.

Tjenestetype	2018	2019	2020	2021	Endring% 2020-2021
Antall brukere totalt	897	901	899	920	2,3%
Antall hjemmeboende brukere pr 31.12	665	639	657	634	-3,6%
Antall langtidsopphold pr 31.12	47	55	46	41	-1,2%
Helsetjenester i hjemmet	694	697	700	736	5,1%
Praktisk bistand- daglige gjøremål	252	247	233	239	2,6%
Trygghetsalarm	193	214	217	227	4,6%
Tidsbegrenset opphold- habilitering/rehabilitering	132	126	122	139	13,9%
Støttekontakt	114	105	95	88	-7,4%
Dagaktivitetstilbud	92	102	89	80	-10,1%
Langtidsopphold i institusjon	68	66	75	66	-12,0%
Praktisk bistand – opplæring	59	56	59	62	5,1%
Omsorgsstønad	11	13	13	12	-7,7%

Hovedtall (IPLOS) for Eidskog kommune for 2020 viser:

899	14,7%	225	163	Aldersfordeling (år)
brukere	av befolkningen har en helsetjeneste.	brukere med velferdsteknologi	brukere med omfattende bistandsbehov	0-17 : 30 18-49 : 226 50-66 : 159 67-79 : 194 80-89 : 191 90 + : 98

3.2 Innbyggerstatistikk, og befolkningsutvikling

Eidskog Kommune har pr 1.1.2022 like i overkant av 6 000 innbyggere.

Det har vært reduksjon i folketallet på 5,5 % de siste ti år, og det er negativ trend i fødselsoverskudd. Folketallet ser ut til å synke og reduseres med 79 personer frem til år 2040. Samtidig er det spådd nedgang i alle alderskategorier frem til

aldersgruppen 67-79 år, hvor det vil bli økning i antall personer (Folkehelseoversikt, Eidskog Kommune).

Eidskog har en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Gruppen over 67 år vil øke i antall, og siden folketallet i liten grad endrer seg vil denne gruppa utgjøre en vesentlig større andel enn i dag. Et eksempel er at gruppen >80 år i dag er rundt 400 personer, men om ti år nesten 600. Dette gir naturligvis utfordringer til kommunens inntekter og tjenesteleveranse da denne aldersgruppa tradisjonelt har hatt størst bruk av kommunens helse- og omsorgstjenester (Eidskog kommunes Planstrategi).

I A-hus sin delplan for «Den eldre pasient 2022-2026», sies det:

«Aldring og aldringsprosesser beskrives ikke ved kronologisk alder alene, den er individuell og hvordan man takler tilværelsen påvirkes også av omgivelsene og økonomiske og relasjonelle ressurser. Som følge av denne variasjonen er det behov for å gjøre individuelle vurderinger av hva som er skrøpelige (engelsk: frail) og trenger en mer tilrettelagt behandling. Med flere eldre som lever lengre, må sykehuset planlegge for en vekst i aldersrelaterte sykdommer, slik som hjerte-karlidelser, kreft, kroniske lungesykdommer, demens og diabetes. En slik utvikling vil kreve tettere samarbeid mellom ulike spesialiteter og faggrupper innad i sykehuset og stille høyere krav til samhandling med primærhelsetjenesten, pasienten og pårørende».

Det er imidlertid flere forhold som trekker i retning av økt behov for helsetjenester i tiden framover. I NOU 2020: *Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene* vises det til:

1. Det forventes langt flere 80-, 90- og 100-åringer fremover. Dette er aldersgrupper som i gjennomsnitt bruker mye helsetjenester, både kommunalt (fastleger og kommunal legevakt) og regionalt/nasjonalt (spesialisthelsetjenester).
2. Økt levealder vil i seg selv medføre at flere blir diagnostisert med demens. Demens krever stort omsorgsbehov. Om lag tre fjerdedeler av beboerne på sykehjem har demens som hoved- eller bidiagnose.
3. De mest hyppige årsakene til død i Norge har vært kreft og hjerte- og karsykdommer. Her har det skjedd en betydelig bedring i behandlingstilbudene og flere enn tidligere overlever eller lever lenger med sin sykdom. Dette medfører økt livskvalitet for mange pasienter, men også betydelig økte kostnader for helsetjenesten. Mange nye behandlingsformer krever avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk.
4. Omfanget av familieomsorg har holdt seg konstant over flere tiår. Den kommunale omsorgstjenesten har tatt unna for hele veksten i omsorgsbehov. At flere forblir barnløse, særlig blant menn, kan tenkes å redusere omfanget av familieomsorg. Det samme kan ønsket om forlenget yrkesdeltakelse blant yrkesaktive i 60-årene som har foreldre i 80-90-årene.

5. Det er ikke bare eldre som har omsorgsbehov. Det har vært en stadig økning antall mottakere av hjemmetjenester blant personer under 67 år med komplekse diagnoser.

3.3 Aldersbæreevne i Norge.

I tiden fremover vil man se en stor nedgang i forholdstallet mellom personer i yrkesaktiv alder og personer i pensjonistalder. Dette vil øke presset på helsetjenestene siden det blir færre i yrkesaktiv alder å ansette til tjenesten. Nasjonalt er denne veksten anslått til 35% fram mot 2035. Det vil særlig være stor underdekning av sykepleiere og fagarbeidere.

En av tre yrkesaktive i Norge må jobbe med helse frem mot 2060 dersom oppgavene skal løses på samme måte som i dag.

3.4 Fremtidig tjenestebehov i helse- og omsorgstjenestene.

Kommunene skal sørge for at alle personer som oppholder seg i den enkelte kommune får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet må utvikles i takt med at behovene endrer seg. Fremtidige tjenestebehov for helse- og omsorgssektoren påvirkes spesielt av disse faktorene:

- Fremskrivninger viser at det vil bli et økende antall eldre over 80 år og en økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer. I tillegg vil langt flere leve lenge med alvorlig sykdom. Dermed øker også behovet for tjenester.
- Samhandlingsreformen har ført til en dreining fra bruk av spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Kommunene får dermed stadig større ansvar og flere arbeidsoppgaver.
- Brukere av helse- og omsorgstjenester har allerede i dag mer sammensatte behov enn tidligere. Mer aktiv behandling og omsorg over lenger tid betyr økt behov for legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. Det innebærer at kommunen vil få behov for mer personell, personell med mer kompetanse og delvis også annen kompetanse.
- Senere års endring i sykdomspanorama innebærer økt andel av barn med kronisk somatisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom og stressrelaterte psykosomatiske tilstander.
- Kommunens samlede inntekter går ned. Dette med bakgrunn i lavere rammeoverføringer fra Staten, grunnet befolkningssammensetningen og lavere befolkningsøkning enn landsgjennomsnittet.

- Gjennom forskningsprosjektet HUNT, fikk Helse-Norge i 2020 for første gang pålitelige tall for antall demente i landet.

Tallene i tabellen er hentet fra [Demenskartet](#) (Aldring og helse, nasjonalt senter).

Årstall	2020	2025	2030	2040	2050
Anslått folketall	6106	6043	6072	6154	6175
Anslått demente i Eidskog	176	195	231	314	383
Andel demente i Eidskog	2,88%	3,23%	3,8%	5,10%	6,2%
Andel demente i gj snitt i Norge.	1,88%	2,12%	2,48%	3,3%	3,99%

Bent Høie uttalte i 2020 til NRK at «demens er en større utfordring enn covid-19».

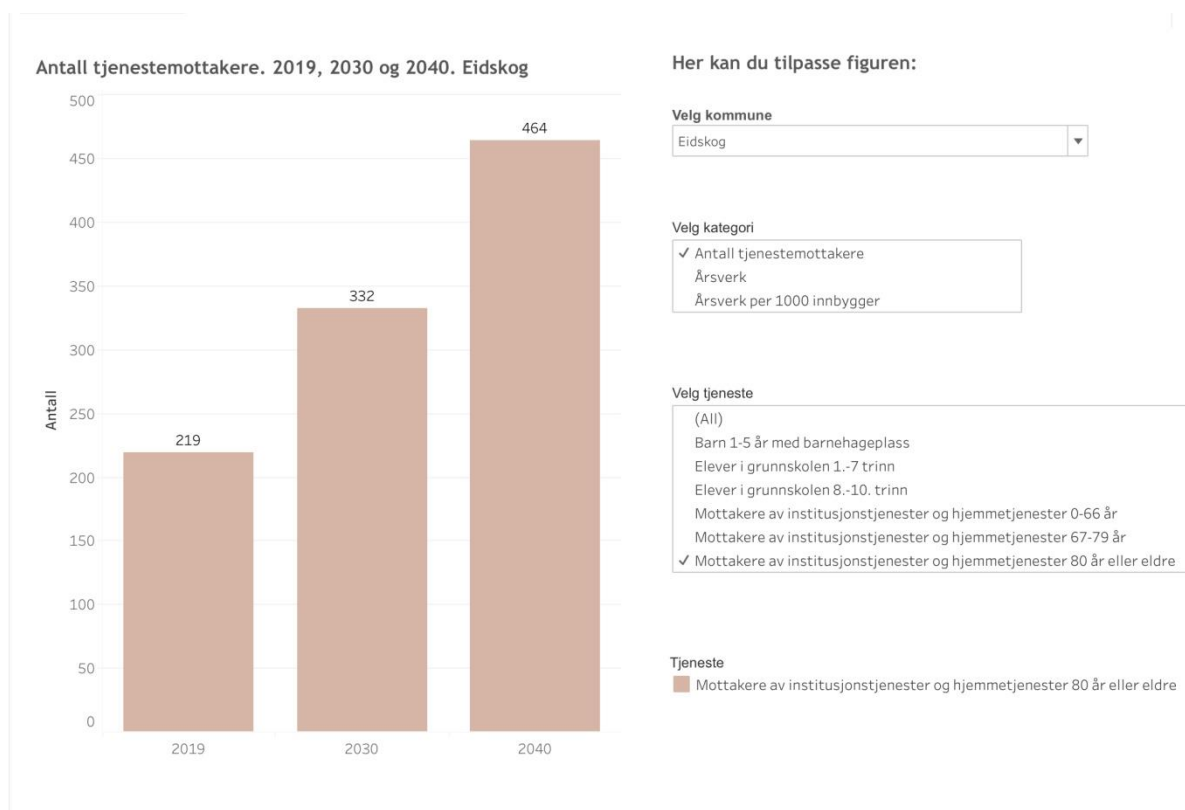
«Om vi ikke begynner å planlegge hvordan vi skal møte denne utfordringen, kommer Norge til å stå i en alvorlig krise – og distriktskommunene vil å rammes hardest. Disse kommunene har den største andelen demens, og samtidig den største nedgangen i antall personer som er yrkesaktive – i tillegg til fraflytting av yngre mennesker. Legg til mangelen på helsepersonell og riktig kompetanse, og situasjonen er urovekkende».

3.5 Heldøgns helse- og omsorgstjenester.

Heldøgns helse- og omsorgstjenester/sykehjemsplasser er den mest kostnadskrevende helsetjenesten. Dette er en tjeneste som blir tilbudt våre sykeste pasienter.

Tildeling av sykehjemsplasser skal ikke ha noe med tilgangen på antall plasser å gjøre. Det skal utelukkende bestemmes av pasientens behov. Over tid har Eidskog kommune jobbet med å tilby hjemmebaserte tjenester og bemanning i omsorgsbolig fremfor sykehjemsplass. I Eidskog kommune har 9,8 % av våre innbyggere over 80 år plass på sykehjem, mot landsgjennomsnitt på 11,4%. Andelen av innbyggere over 80 år som benytter hjemmetjenester er 46%, mot landsgjennomsnittet på 29,2% (KOSTRA- 2020).

Søylene i diagrammet under viser en fremskriving av antall tjenestemottakere i Eidskog som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester i aldersgruppen >80 år med bakgrunn i tall fra 2019.



Figur 3. Framskrivningene tar utgangspunkt i tall fra KOSTRA for 2019 og hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås regionale befolkningsframskrivninger fra august 2020. I beregningene av tallet på tjenestemottakere og arbeidskraftbehov framover er det tatt utgangspunkt i samme dekningsgrader og standard på tjenestene som i 2019. Det er betydelig usikkerhet knyttet til både befolkning, dekningsgrader og standard på lang sikt, og framskrivingene må kun tas som indikasjoner.

Legger vi KOSTRA-tall fra 2020 til grunn for en fremskriving vi vil ha følgende behov for helse- og omsorgstjenester for våre eldste innbyggere (folketallet fremskrevet iht. SSB (folkehelseoversikten, Eidskog)).

	2020	2025	2030	2035	2040
Antall personer > 80 år	378	445	569	666	775
Beregning av antall langtids sykehjemsplasser etter dagens nivå (Kostrat 2022, 9,8%)	37	44	56	66	76
Antall personer > 80 år som benytter hjemmetjenester (Kostrat 2022, 46%.)	174	205	262	306	357

Dette vil si at vi i 2040 vil ha en dobling av antall tjenestemottakere som vil ha behov for sykehjemsplasser og hjemmetjenester med bakgrunn i dagens praksis.

4.

Tjenesteutvikling fram mot 2033 – «Leve hele livet».



Kvalitetsreformen *Leve hele livet* (St meld nr 15) som ble publisert i 2018 har som mål at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. *Leve hele livet* handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre:

mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene

Stortingsmeldingen vil få stor betydning for videre arbeid med kommunens retningsvalg.

4.1 Forslag til fremtidige innretninger av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Eidskog Kommune har over tid jobbet innovativt, samtidig som tjenestetilbudet er tilpasset den økonomiske situasjon. Endringen som er gjennomført er gjort gradvis og over tid slik at innbyggernes forventninger til et trygt og godt tjenestetilbud er blitt opprettholdt. Vi ser imidlertid at kommunesektoren må møte fremtiden med nye grep for en bærekraftig utvikling, der miljø, økonomi og sosial utvikling sees i sammenheng.

Perspektivmeldingen 2021 angir tre parallelle strategier for at kommunesektoren skal være i stand til å møte tjenestebehovene nå og i fremtid.

1. Velferdsordningene må tilpasses behovene de skal møte.
 - Nivået på tjenestene må vurderes opp mot behovene de skal løse og mot økonomiske rammer.
2. Tjenestene må produseres effektivt.
 - Teknologi må tas i bruk innenfor alle ansvarsområder i kommunesektoren der det er hensiktsmessig. For å realisere størst mulig effekt og gevinster, må det tenkes nytt om organisering, endring av arbeidsprosesser og oppgavedeling mellom yrkesgrupper.
3. Forebyggende innsats for å dempe/redusere veksten i behov.

Selvbetjeningsløsninger med god veiledning må innføres der det er mulig. Kommunen må etablere et godt samspill med frivillige og pårørende for å bidra til livsmestring for innbyggere som trenger det. Innbyggerne må stilles overfor tydelige forventninger om selv å måtte planlegge og gjøre tilpasninger for å kunne bo hjemme så lenge som mulig. (KS, Debattheftet 2022, «På samme lag»)

4.2 Tiltak for bedret ressursinnsats i helse- og omsorgstjenesten.

Aldringen av befolkningen i de kommende tiårene vil isolert sett redusere den gjennomsnittlige yrkesdeltakelsen. Hvor sterk denne reduksjonen blir, avhenger blant annet av i hvor stor grad de ekstra leveårene blir friske leveår, og i hvilken grad fremtidige eldre velger å delta i arbeidslivet. Eldre bidrar i dag både i og utenfor arbeidslivet, i frivillig arbeid og i uformell omsorg for partnere mv. Hvis økt levealder gir flere friske år, kan det ligge et potensiale i at eldre med god helse også fremover vil kunne bidra ytterligere med uformell omsorg og frivillig innsats på andre arenaer i lokalsamfunnet.

Innsatsen fra pårørende er avgjørende for behovet for kommunale tjenester. Det er mulig at redusert familieomsorg i årene som kommer vil øke behovet for kommunal innsats. Det bør etableres lokale tiltak for å stimulere at pårørende kan bidra inn i helsetjenesten lengst mulig.

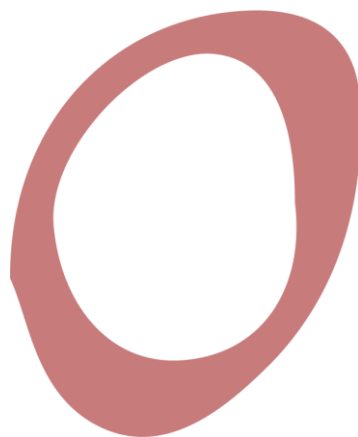
Tjenesteinnovasjon og -utvikling gjennom bruk av ny teknologi, nye metoder og bedre oppgavefordeling kan bidra til å øke produktiviteten både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Innføring av velferdsteknologi påvirker imidlertid også måten tjenestene utføres på og utfordrer forholdet mellom aktører, kompetanser og funksjoner.

Mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten. Utviklingen stiller krav til kommunene og sykehusenes evne til å samarbeide og utveksle kompetanse på tvers av nivåene. Bedre utnyttelse av teknologien kan bidra til mer effektiv ressursbruk. Koordinerte tjenesteforløp og systeminnovasjon krever at ledere samarbeider og setter denne type helsetjenesteutvikling på dagsorden.

Regjeringen og KS har inngått en avtale om å etablere 19 helsefellesskap som skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. Målet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De mest sårbare pasientene skal prioriteres og det er utpekt spesielt fire pasientgrupper det skal settes fokus på:

- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser
- barn og unge
- personer med psykiske lidelser og rus

5. Tildeling, koordinering og sammenheng i overgangen mellom tjenester



Kommunen har ansvar for at personer – i alderen 0-100+ - som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

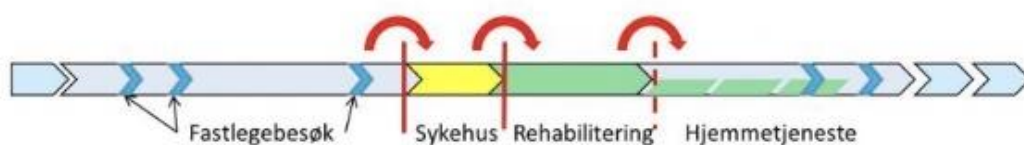
Målet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid, på rett sted og på riktig nivå.

Alle kommuner skal i tillegg ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, som skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Kommunen har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan (IP) og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Eidskog kommune har organisert tildeling og koordinering av tjenester til tildelingskontoret.

Alle brukere av helse- og omsorgstjenester skal ha helhetlige pasientforløp og koordinerte tjenester.

Tidslinjen i et helhetlig pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. En person kan ha flere helseproblemer samtidig. Pasientforløp forstås som:

«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»



Figur 4. Tidslinjen i et helhetlig pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. (Illustrasjon: Helsedirektoratet)

Befolkningen har en forventning om at helsetjenestene skal oppleves sammenhengende, selv om flere aktører er involvert. Særlig gjelder dette pasientforløp som går på tvers av sykehus og kommuner. Med gode planlagte forløp og bruk av teknologiske verktøy vil det være mulig å få til bedre overganger og godt planlagte forløp. Teknologiske verktøy kan i tillegg bidra til å få til bedre overganger og mer sømløs oppgavefordeling mellom helsepersonell på ulike omsorgsnivåer (samhandlingskjede).

Figuren under viser et eksempel på en samhandlingskjede mellom nivåer.

Samhandlingskjeden



Figur 5

Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp (Kompetansebroen):

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- Informasjonsdrevet – fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

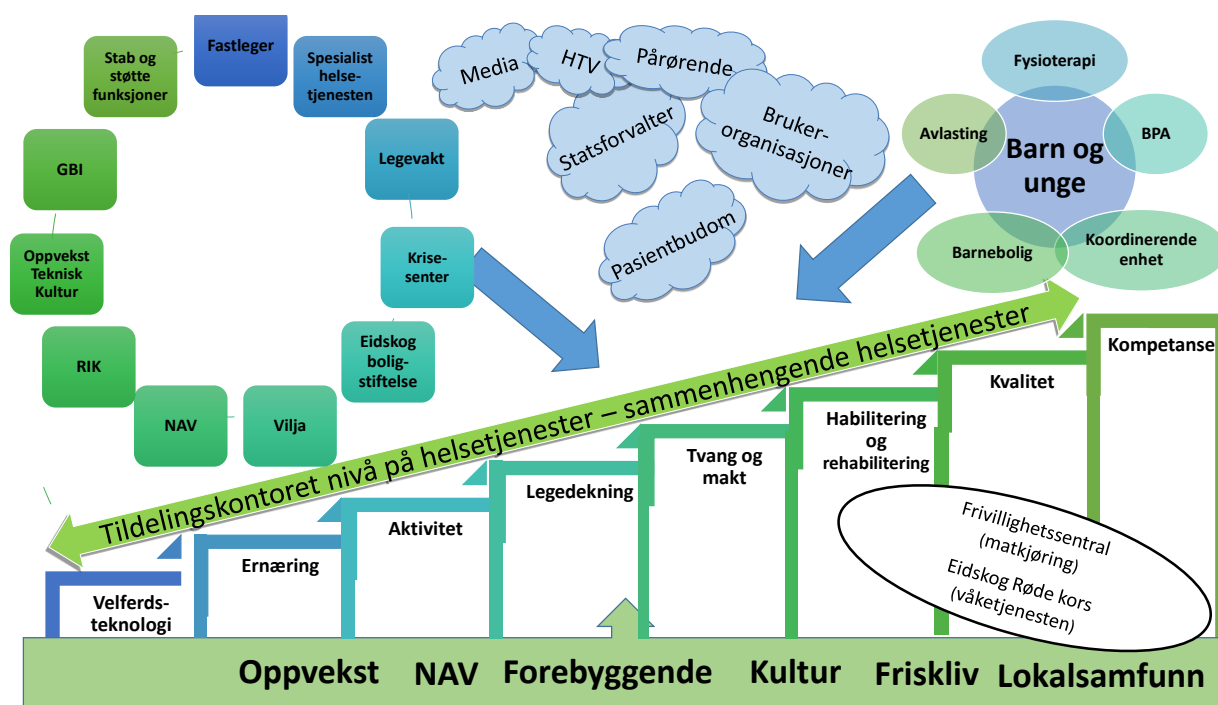
Tildelingskontoret i Eidskog skal gjennom god saksbehandling sørge for likeverdig behandling av søknader. Tildelingskontoret skal også sikre riktig tjenestenivå for brukerne og sørge for likhet i tjenestetildelingen i kommunen. Dette skal bidra til at alle innbyggere uavhengig av alder, tjenestebehov og bosted, får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester.

Forvaltningsoppgavene har over år blitt flere og mer komplekse. Når antall eldre innbyggere i kommunen øker, øker også antall søknader om helse- og omsorgstjenester. I tillegg ser man en økning i antall komplekse saker som

omhandler barn og unge med sammensatte vansker. Den demografiske utviklingen i Eidskog fører til økt press på helse- og omsorgstjenestene og uten endringer vil det i fremtiden bli vanskelig å opprettholde samme tjenestenivå som i dag.

Tildelingskontorets fokus på brukernes egenmestring (Hjelp til selvhjelp), rehabilitering og på bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler må derfor økes og gjenspeiles i tjenestetildelingen. I samarbeidet og dialogen med brukere og pårørende er det viktig å få en felles forståelse av hva som er det nødvendige tjenestenivå.

Eidskog kommune jobber etter det såkalte LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå. Dette innebærer tidlig innsats for å bidra til at hver enkelt bruker får bruke egne ressurser og opprettholder egen selvstendighet så lenge som mulig, for eksempel gjennom å bo hjemme i egen bolig. Den enkelte innbygger vurderes individuelt og tjenestetilbudet tilpasses den enkeltes behov.



Figur 6. Helsetrappa.

Helsetrappa viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud. I praksis eksisterer det ingen tette skiller mellom trinnene, kun glidende overganger. Tjenestene som blir gitt spesielt til barn og unge er skissert på høyre side i figuren.

Helsetrappa har en grunnmur basert på innsatsområder i samfunnet, og pilarer som sier noe om hvilke innsatsområder i helsetjenesten som prioriteres. Samtidig vet vi at helsesektoren ikke kan fungere alene, men er avhengig av samarbeidspartnere,

støttespillere og spisskompetanse fra spesialisthelsetjenesten og andre sektorer (vist i den venstre siden av figuren).

I framtiden vil vi være avhengig av frivillig sektor som et supplement til de offentlige tjenestene. Dette gjelder både i forhold til barn og unge, men også til eldre.

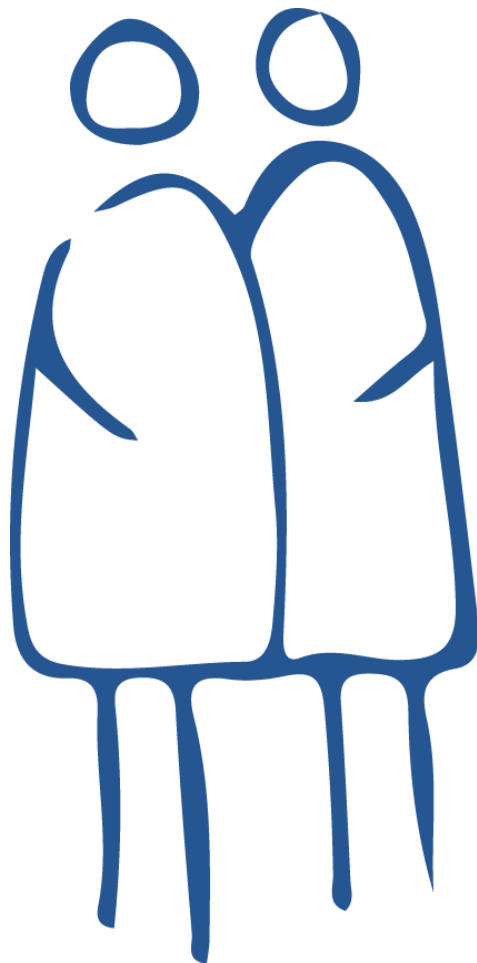
Helsetjenestene kvalitetsikres og følges for øvrig opp av tilsynsmyndigheter, ombud, media mv som påser at de offentlige tjenestene blir gjennomført på et forsvarlig nivå.

Innsatsområde 1

Alle brukere i Eidskog skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste på tvers av sektorer, avdelinger og tjenestenivåer.

6.

Helsehjelp når du trenger det



6.1 Barn, unge og yngre.

Norge er et av verdens beste land å vokse opp i og regjeringens mål er at alle barn og unge, uansett bakgrunn, skal sikres gode oppvekst- og levekår. Barn og unge skal vokse opp i sikre, sunne og stimulerende omgivelser. Trygghet og omsorg i familie og nærmiljø samt gode tilbud og tjenester i offentlig og frivillig regi står sentralt. Barn og ungdom skal ha muligheter for å utvikle seg og delta på egne premisser i samfunnet. Eidskog kommune ønsker å styrke barn og unges muligheter til å mestre livet gjennom å avdekke problemer tidlig, slik at de ikke utvikler seg videre og gi de som strever rett hjelp til rett tid. Tjenester til barn og unge i Eidskog er organisert i enhet for Oppvekst og læring. Helse- og omsorgssektorens tilbud til barn og unge omfatter pr i dag først og fremst ergo- og fysioterapitjenester samt tjenester til barn og unge med sammensatte tjenestebehov.

De fleste barn og unge i Norge trives og har god psykisk helse. Undersøkelser av livskvalitet viser at det store flertallet er fornøyde med livene sine. Samtidig er det mange som får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av barndom og ungdomstid, og for en del representerer det langvarige eller livslange tilstander. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de hyppigst forekommende lidelsene i barne- og ungdomsårene.

Det har i de senere år skjedd endringer i forhold til spesialisthelsetjenestens tilbud og i praksis ser kommunene at flere og flere barn og unge som er henvist til spesialisthelsetjenestene blir anbefalt videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Den medisinske utviklingen gjør også at flere barn reddes, og at flere barn/unge vil måtte følges i et livsløp. Det er et ønske at barn og ungdom i størst mulig grad skal behandles utenfor sykehus, og utviklingen går i retning av mer poliklinikk, dagbehandling og hjemmesykehus. Barn og unge er et særskilt satsningsområde i helsefelleskapene. Samhandling hjem, sykehus og kommune vil være sentralt framover.

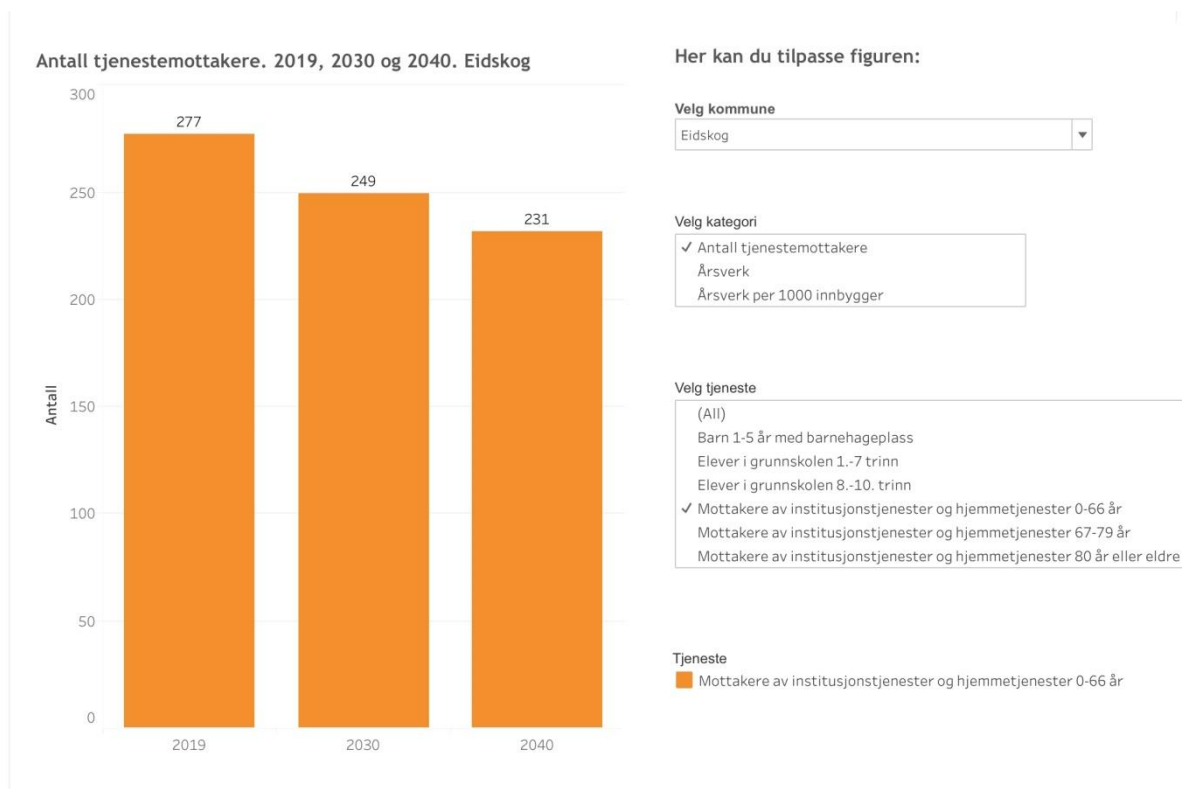
Over mange år har det vært en vekst i andelen yngre personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Fra 1992 til 2010 økte antallet hjemmetjenestemottakere under 67 år fra 20 000 til 66 000 personer (Borgan,JK (2012, Omsorgsstatistikk, Rapporter 10/2012).

Nærmere analyser av personer som mottok tjenester i 2006 fant at de helsemessig besto hovedsakelig av to store og to litt mindre grupper.

- Mennesker som har én av mange ulike somatiske lidelser utgjorde den største gruppen (39 prosent). Blant disse dominerte nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag, og alvorlige hode- og ryggskader – ofte etter trafikkulykker.
- Mennesker med psykiske lidelser (37 prosent) utgjorde også en stor gruppe.
- De to mindre gruppene var mennesker med utviklingshemming (13 prosent)
- Personer med rusproblemer (9 prosent)

(Romøren, Yngre personer som mottar hjemmetjenester, Rapportserie 2006 nr 8).

I Eidskog har vi en relativ stor gruppe mennesker under 67 år som har behov for helse og omsorgstjenester. Grafen under gir et bilde på rapporterte tall for 2019, samt en framskriving av disse.



Figur 7. Framskrivningene tar utgangspunkt i tall fra KOSTRA for 2019 og hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås regionale befolkningsframskrivninger fra august 2020. I beregningene av tallet på tjenestemottakere og arbeidskraftbehov framover er det tatt utgangspunkt i samme dekningsgrader og standard på tjenestene som i 2019. Det er betydelig usikkerhet knyttet til både befolkning, dekningsgrader og standard på lang sikt, og framskrivingene må kun tas som indikasjoner.

I strategisk oppvekstplan for Eidskog kommune gjøres det rede for kommunenes valg av satsningsområder, mål og strategier i arbeidet med å nå overordnet mål i kommuneplanens samfunnsdel «Barn og ungdom i Eidskog skal ha en god oppvekst, hvor det legges til rette for at hvert individ skal realisere seg selv til det beste for seg selv og fellesskapet».

Oppvekstplanen angir satsningsområder som gjelder alle barn og unge i kommunen og som har fokus på *helsefremmende tiltak* og tiltak som fremmer trivsel (universelt forebyggingsnivå). Satsningsområdene skal også ivareta ansvaret for å oppdage og

initiere hjelp til barn og unge som lever med ulike risikofaktorer (selektivt forebyggingsnivå).

Oppvekstplanen kan du lese her:

[Strategisk oppvekstplan 2021-2027](#)

6.2 Legetjenesten.

Fastlegeordningen skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid. Alle personer som er bosatt i Norge skal få en fast allmennlege å forholde seg til.

Eidskog kommune har vi i dag 6 legehjemler, samt 1 LiS1-lege (leger i spesialisering, tidligere turnuslege). Alle legene er lokalisert på Eidskog kommunale legesenter.

Legevakt er organisert i Glåmdal Interkommunale legevakt, lokalisert på A-hus avd Kongsvinger sykehus med deltakelse fra fastlegene. Daglegevakt fordeles mellom de enkelte fastlegene.

Kommunen har overordnet ansvar for å sikre en forsvarlig og god allmennlegetjeneste til alle som oppholder seg i kommunen. Det er et mål at fastlegeordningen i Eidskog kommune kapasitetsmessig skal være tilpasset innbyggernes behov, samt at legetjenesten skal være mest mulig stabil og et attraktivt arbeidssted for leger.

I Norge har det de siste årene, kommet signaler fra legene om at arbeidspresstet og arbeidsbelastningen ved å være fastlege er for stor. Legene søker seg bort fra allmennlegeoppgaver og fastlegestillinger og dette fører til store rekrutteringsutfordringer for kommunene. Legetjenesten i Eidskog kommune har de siste årene opplevd noe utskifting av fastleger. Det er utfordrende å rekruttere leger til fastlegeshjemlene. Det er svært positivt at vi har en lege som er spesielt tilknyttet Eidskog Helsetun og helsestasjonen/skolehelsetjenesten.

6.3 Psykisk helse og rus.

Regjeringen har som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Samtidig vil de legge til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og iverksette målrettede tiltak for den enkelte som er i en sårbar situasjon.

For de som utvikler psykiske lidelser, skal tjenestene være tilgjengelige, gode og koordinerte. Med denne strategien ønsker regjeringen også å synliggjøre

betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er en viktig del både i folkehelsearbeidet og kommunens psykiske helsetjeneste.

Også innen rusfeltet er de overordnede målene helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede tjenester. Målsettingen er god tilgang til oppfølging og behandling, deltakelse i arbeid/aktivitet, bedre livskvalitet, god bolig og et sosialt liv. Gjennom å innføre krav om psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen bidra til en nødvendig kompetanseheving i kommunenes psykisk helse- og rustjenester og samtidig gi kommunene et viktig verktøy i folkehelsearbeidet.

Psykiske plager og lidelser er vanlig. Det er flere som oppsøker hjelp og flere innbyggere enn tidligere har mer sammensatt sykdomsbilde. I tillegg skjer mer av behandlingen og oppfølgingen i kommunene, og oppgavene for kommunehelsetjenesten blir dermed mer komplekse. Tverrfaglighet og godt samarbeid, både internt i kommunen og med eksterne samarbeidsparter, vil gi innbyggerne et flerfaglig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Gode boliger er et viktig kommunebasert tiltak når det gjelder alvorlig psykisk syke og pasienter med rusmisbruk. Boliger med fast bemanning kan bidra til stabilitet og dermed økte muligheter for behandling, annen tjenesteyting, redusert rusmisbruk og bedret livskvalitet. Boligen kan i mange tilfeller være den sentrale arena for behandling. Boligen og dens kvaliteter inkluderer tjenester, tilgjengelige aktiviteter, lokalisering, nabolag og nettverk. Trygghet, selvstendighet og det å mestre å bo i egen bolig kommer høyt opp på lista for hva som bidrar til et meningsfullt liv.

6.4 Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler. Her samarbeider flere aktører om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne.

Definisjonen er felles for habilitering og rehabilitering. Forskjellene mellom disse to begrepene kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skilles 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. Mange yngre mennesker trenger også kommunale omsorgstjenester. Mange trenger tilbud for å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse, og en koordinert og langvarig oppfølging for å bevare best mulig funksjon og livskvalitet i tråd med egne mål. Mer enn før trengs et mangfold av tjenestetilbud, faglige tilnærminger og boformer, der den enkeltes individuelle behov avgjør tilbudet.

Våre brukere skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne, også når de mottar helse- og omsorgstjenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for

rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Brukeren skal støttes og veiledes til selv å kunne mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad. Å få rehabilitering i eget hjem kan både gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall.

Fysioterapi- og ergoterapitjenesten er sentral i kommunens tilbud for habilitering og rehabilitering.

6.5 Demens

«Demensplan 2020» (Helse- og omsorgsdepartementet) er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Kommunen har et tilbud for å avlaste pårørende ved eksempelvis dagaktivitet og avlastningsopphold på Helsetunet. Demenskoordinator har oversikt over hva som finnes av tilbud og muligheter i kommunen.

Kommunen har et eget demensteam bestående av to sykepleiere. Demensteamet jobber med diagnostisering og oppfølging av personer med demens og deres pårørende.

Personer med demens har behov for tilrettelagte boliger og det er estimert at omtrent 80 % av dagens pasienter i norske sykehjem har en demenslidelse. Eidskog kommune har pr i dag tilrettelagte boliger på Skotterudtunet, samt økt antallet demensplasser på Eidskog Helsetun for de dårligste pasientene. Kommunen har i flere år hatt dagtilbud for hjemmeboende personer med demens, lokalisert på Eidskog Helsetun. Det er sterkt behov for å fortsette med dette tilbudet, og det er med bakgrunn i den demografiske utviklingen og prognosene i forhold til demente behov for å gjennomføre en helhetlig vurdering, både i forhold til kapasitet/antall plasser og lokaler.

I tillegg til dagsentertilbud har hjemmesykepleien i Eidskog en egen «demensliste» med faste ansatte som bidrar til kontinuitet og forutsigbarhet for brukerne.

Eidskog har en aktiv demensforening som er en viktig støttespiller for helsetjenestene. Sammen med demensforeningen gjennomføres både pårørendeskole og samtalegrupper. I tillegg til dette har vi også gjennomført en kursrekke for lokalt næringsliv i forhold til det demensvennlig lokalsamfunn. Kommunestyret i Eidskog har vedtatt en samarbeidsavtale med Eidskog Demensforening.

6.6 Selvstendighet og trygghet i egen bolig

Eidskog kommune har et overordnet mål om alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Et slikt mål forutsetter trygge rammer i egen bolig og at innbyggerne får den hjelpen som trengs for å være selvstendige og mestre hverdagslige gjøremål. Den tradisjonelle tankegangen om passive mottakere av tjenester når behovet oppstår, må endres til aktive deltakere i egen alderdom. Tjenestene må da bli mer helse-fremmende, forebyggende og rehabiliterende.

Når kommunen får flere eldre, må hver enkelt også selv bidra til god helse og en trygg hverdag hjemme. Eidskog kommune skal bistå med veiledning og tiltak som øker tryggheten i egen bolig. Det kan være alt fra råd til brannsikring, treningsveiledning, enkle hjelpemidler og teknologi. Forebyggende hjemmebesøk kan være et tiltak som bidrar til at eldre gis mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert.

6.7 Hjemmetjenesten

Tjenester i hjemmet er helsehjelp og/eller annen type bistand som gis hjemme hos brukeren, uavhengig av hvor og i hvilken type bolig brukeren bor i. Kommunen vurderer etter søknad fra innbygger hjelpebehovet hos den enkelte, og i samarbeid med søker selv og/eller pårørende, tildeles tjenester etter behov.

Sentrale føringer tilsier at eldre skal ha mulighet til å bo hjemme lengst mulig, uansett hjelpebehov. Målet er at tjenestene skal bidra til at flere kan bo hjemme lengre og brukerens behov skal være styrende.

Dagens brukere av hjemmetjenesten har ofte flere sykdommer og sammensatt tjenestebehov. Sykehusoppholdene blir i tillegg stadig kortere og flere behandles ved dagkirurgi. En stadig større del av behandlingen startes og videreføres i kommunen. Medarbeiderne må både håndtere komplekse sykdomsbilder og bidra til at brukerne får muligheten til å fungere i hverdagen.

Et voksende antall eldre vil medføre økende behov for ressurser og kompetanseheving, og det vil i tillegg til økende hjelpebehov hos eldre være flere brukere under 67 år med behov for hjemmetjenester. Prosjektet «Rusta for fremtia» starter opp vinteren 2022. «Rusta for framtia» et program som handler om nytenkning og innovasjon i helse- og omsorgssektoren basert på oppgaveløsning, arbeidsplanlegging og turnus.

6.8 Boligtjenesten

I NOU 2016:17 «På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming» foreslår regjeringen følgende åtte løft som nødvendige for at utviklingshemmede skal få oppfylt sine menneskerettigheter på lik linje med andre:

1. selvbestemmelse og rettssikkerhet,
2. likeverdig og inkluderende opplæring,
3. arbeid for alle,
4. god helse og omsorg,
5. eget hjem,
6. kompetanse og kunnskap,
7. koordinerte tjenester
8. målrettet styring

Hvert av de åtte løftene inneholder flere anbefalte tiltak som sammen skal bidra til gode og helhetlige tjenester. Eidskog kommune har fokus på disse anbefalingene i arbeidet med å sikre gode helse- og omsorgstjenester til innbyggere med funksjonshemming.

De fleste psykisk utviklingshemmede i kommunen bor i omsorgsboliger med vedtaksfestet heldøgns bemanning. De fleste boligene til denne brukergruppa ligger i nærheten til sentrum. Imidlertid er det viktig å påpeke at flere av disse boligene er slitt og har et vedlikeholdsbehov. I tillegg mangler flere av boligene fasiliteter til ansatte. Dette er spesielt viktig når brukerne får et behov for døgkontinuerlig tilsyn.

En av hovedutfordringene i tjenesten i dag er å skaffe tilstrekkelig kompetanse, samt å dekke bemanningsbehovet på helg. Det er få kvalifiserte søkere til utlyste stillinger, spesielt når det gjelder stillinger med krav om bachelorkompetanse. Kommunen kjøper i dag dagsentertjenester fra Vilja AS. I tillegg har flere av kommunens brukere et tilbud gjennom «Vi vil og kan» som driftes av boligtjenesten.

Det legges videre ned store ressurser på å fatte riktig vedtak i forhold til tvang og makt, evalueringsmøter i forbindelse med å gi rett tjeneste til rett tid, utøvelse av vergetrening i forhold til utagerende brukere mv.

Det er også utfordrende at det for denne brukergruppen må utformes tvangsvedtak for å benytte velferdsteknologiske løsninger i hverdagen.

6.9 Heldøgns omsorg

I følge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en

helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Det er opp til hver enkelt kommune hvordan man organiserer tilbud om heldøgns omsorg, men det er enkelte tilfeller som juridisk sett stiller krav om institusjon/sykehjemsplass. Ett eksempel er pasienter som motsetter seg nødvendig helsehjelp. I følge pasient- og brukerrettighetsloven kan pasienter legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen. Slik type tvang kan kun gjennomføres i institusjon/sykehjem.

Juridisk sett regnes omsorgsboliger med eller uten heldøgns omsorg som brukerens eget hjem, mens sykehjem er en institusjonsplass eid av kommunen.

Nasjonale trender viser at antallet institusjonsplasser bygges ned til fordel for omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning. Samtidig vil levealderen øke, tjenestene i hjemmet vil bygges ut og det vil bli lagt større vekt på mestring og at eldre skal oppleve det trygt å bo i egen bolig.

Eidskog kommune har per i dag flere ulike tilbud innenfor begrepet heldøgns omsorg: Eidskog Helsetun, Koppangtunet og Skotterudtunet. Skotterudtunet og Koppangtunet blir definert som omsorgsboliger med heldøgns omsorg.

Eidskog Helsetun har 81 sengerom hvor 61 sengerom er i bruk. Det er økonomien som i stor grad har innvirkning på hvor mange avdelinger som er i drift, men alle som har krav på sykehjemsplass får dette.

Helsetunet har 15 korttidsplasser. Dette er tidsbegrensede plasser som skal brukes til for eksempel rehabilitering og opptrening for å få tilbake funksjonsevne, eller kartlegging av funksjonsnivå etter sykdom eller skade. Tildelingskontoret har en viktig rolle ved å ha plass til utskrivingsklare pasienter på denne avdelingen, samt tilby rulleringsopphold.

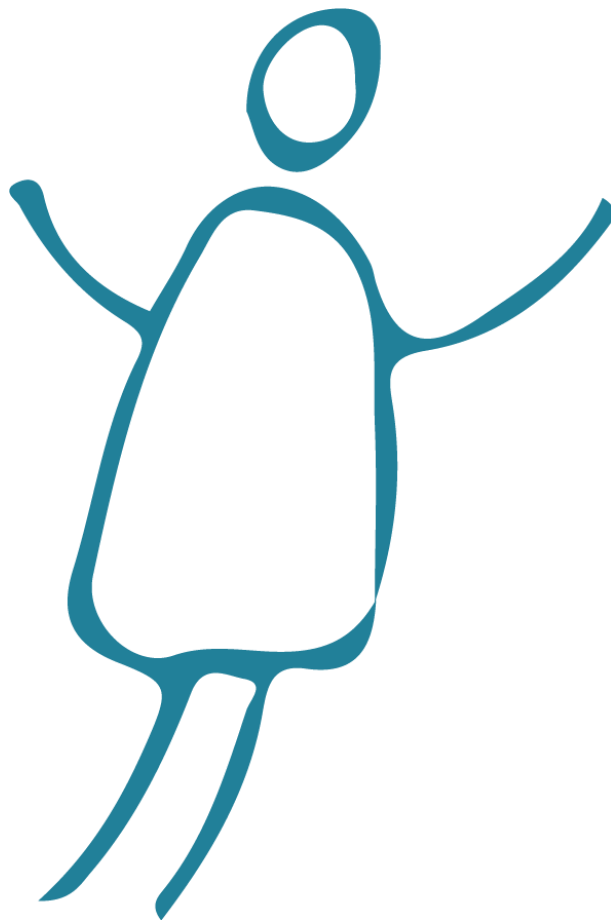
Vi ser at brukere ofte oppholder en korttidsplass på Helsetunet til det blir frigjort en leilighet på Skotterudtunet og Koppangtunet.

Innsatsområde 2

Kommunehelsetjenesten skal være nær når du trenger den, oppdatert og forberedt på å møte helse- og omsorgsbehovet til en befolkning i endring.

7.

Trygghet, aktivitet og livskvalitet



7.1 Mat og måltider

Gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Mat og måltider er derfor ett av hovedområdene for reformen «Leve hele livet»,

God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet hele livet. Målet er å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring. Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Mange eldre mener at gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, når de vil spise og dele et godt måltid med andre. Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Eidskog er en relativt liten kommune, med forholdsvis god oversikt og kjennskap til brukergruppen. Kommunen har en institusjon hvor det er systematisk oppfølging av ernæringsstatus hos den enkelte bruker. Kjøkkenet på Helsetunet bidrar til kort avstand mellom produksjon og servering og gir muligheter til å tilpasse løsninger til hver enkelt bruker, blant annet ved at man får mat når man er sulten og ikke kun ved fastsatte tidspunkt. Underernæring er en større utfordring for eldre hjemmeboende og det er nødvendig med en tettere oppfølging. Både Helsetunet, Skotterudtunet og Koppangtunet har innført 4 måltider pr dag for å begrense nattfasten.

Eldre får mer matlyst når de spiser sammen med andre. Underernæring er et betydelig problem blant mange eldre. Å ha noen å dele måltidet med er bra. Dette viser erfaringer fra prosjektet «Måltidsvenn» som ble gjennomført i Stavanger kommune. Måltidet er ofte samlingspunktet for å møtes og for gode samtaler. For eldre som bor alene, kan måltidene oppleves som ensomme og gi dårligere matlyst.

7.2 Aktivitet og fellesskap

Aktivitet og sosialt fellesskap er en viktig forutsetning for god helse og funksjon i hele livsløpet, også blant den eldre delen av befolkningen. Vi vet også at mange eldre er ensomme og ofte opplever funksjonsfall, noe som både kan være en konsekvens av nedsatt aktivitets- og deltakelsesnivå.

I forbindelse med Leve hele livet-reformen, skal aktivitetsbegrepet forstås ut fra et bredere perspektiv enn det fysiske perspektivet.

Gjennom arbeidet med reformen «Leve hele livet» ble det avdekket en rekke utfordringer knyttet til aktivitet og deltakelse blant eldre. Oppsummert er utfordringene (Kunnskapsnotat, Aktivitet og fellesskap, Eliassen og Hartviksen, 2020):

- Ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon, partnerdød, endret helsetilstand og funksjonsnivå.

- Inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov.
- Manglende ivaretagelse av sosial, kulturelle og eksistensielle behov .
- Lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunn.
- Manglende møteplasser, samlokalisering og digitale generasjonsskiller.

For å kunne tilrettelegge for de gode tiltakene og løsningsforslagene innenfor de eksisterende rammene som finnes i helse- og omsorgstjenestene vil det kreves økt bruk av frivillige, strukturert samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommunehelsetjenesten, mer felleskap på tvers av generasjonene, samt økt bruk av digitale løsninger.

7.3 Et aldersvennlig Norge

Vi blir stadig flere eldre. Antall personer i Norge som er 70 år eller eldre forventes å mer enn dobles, fra 624 000 i 2018 til 1,35 millioner i 2060. Mange eldre er ressurssterke og ønsker å delta. Det krever at samfunnet legger til rette for det. Med *Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge* blir dette arbeidet konkretisert. Programmet vil blant annet utfordre eldre til selv å engasjere seg i planlegging av egen alderdom.

Skal Norge nå sine bærekraftsmål må den eldre befolkningen tas med i regnskapet som en mulighet og viktig ressurs, ikke bare bli sett på som et for dyrt problem.

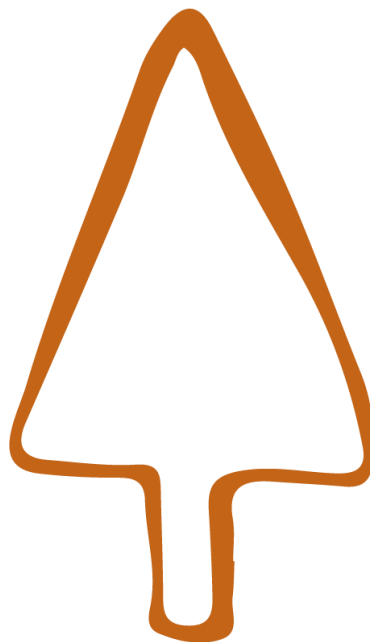
De eldre som vil bidra, må få bidra. Enten det er med lønnet eller frivillig arbeid. Det må imidlertid tenkes nytt og det jobbes for tiden sentralt med flere prosjekt knyttet til rekruttering, tilrettelegging og organisering av seniorressursen i frivilligheten.

Innsatsområde 3

I Eidskog kommune skal alle sektorer i organisasjonen jobbe sammen for å lage et samfunn hvor det er godt å være barn og ungdom, men også godt å bli gammel.

8.

Fremtidige fokus- og tiltaksområder – Med tanke på fremtiden



8.1 Tidlig innsats gjennom forebygging, folkehelsearbeid og frivillighet.

I møte med de utfordringene som helse- og omsorgstjenesten står overfor i årene som kommer, blir *tidlig innsats* og *forebygging* av sykdom, funksjonssvikt og sosiale problemer viktigere enn noen gang. Tidlig innsats og forebygging kan oppnås ved en mer aktiv tilnærming til personer eller grupper som er i risikosonen for å utvikle sykdom eller redusere sitt funksjonsnivå. God opplæring, veiledning og støtte av brukere er i tillegg viktig for å unngå forverring og kunne mestre livet med sykdom.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeid er i tillegg arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Folkehelse er et ansvar i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer.

Folkehelseloven § 4 fastslår at kommunene har et ansvar for folkehelsearbeid og for at kommunen samarbeider med frivillig sektor.

Kommunene bør tilrettelegge for frivillig sektor og utvikle en egen frivillighetspolitikk. Et godt samarbeid mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet er sentralt for en god samfunnsutvikling. De demografiske utfordringene som kommunene i Norge møter i årene som kommer, gir nye muligheter for å utvikle samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor, møte nye behov med nyskapende aktiviteter og engasjere enda flere til frivillig innsats.

Eidskog Kommune har per i dag en stor frivillig sektor som bidrar til gjennomføring av mange ulike aktiviteter. Det er i tillegg mange som utfører enkeltbidrag ved behov. Det vil være en økende mengde spreke pensjonister i årene som kommer, så muligheten for å rekruttere flere frivillige er god. Dette er likevel avhengig av at det finnes en koordinatorfunksjon for den frivillige innsatsen, da helsetjenestene i framtiden må fokusere på de sykeste syke.

For framtidens generasjoner 1

«Mens noen drømmer om å bli verdensmester, er det noen som drømmer om å mestre verden»

8.2 Helse og teknologi – innføre, utvikle og utnytte.

Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Dette vil bidra til at man kan tilby nye og bedre tjenester som er enkle å bruke, effektive,

og pålitelige. Digitalisering er nødvendig for at virksomheter skal kunne forenkle og forbedre sine arbeidsprosesser.

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Velferdsteknologi skal bidra til å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

Bruk av velferdsteknologiske løsninger åpner flere mulighetsrom.

- Trygghetsskapende teknologier som trygghets- og fallalarm, sensorer, elektroniske låser mv. kan skape trygge miljøer for brukere, og en trygghetsfølelse for pårørende og ansatte.
- Mestringsteknologier som medisindispensere, digitale kalendere, treningsapper mv. kan støtte brukere til å ivareta egen helse og hverdagsrutiner, samt bidra til aktivitet, trening og mestring av daglige gjøremål og avtaler.
- Helseteknologi muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet.
- Velværeteknologier som videokommunikasjon kan forebygge ensomhet ved å forenkle mulighet for sosial kontakt og opprettholdelse av relasjoner.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) knytter begrepet velferdsteknologi opp mot behovet for å satse på innovasjon og velferdsteknologi til fordel for brukere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Ny teknologi skal gi brukerne nye muligheter til å leve selvstendig og mestre hverdagen. Med telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi kan helse- og omsorgstjenestene forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten (Meld. St.16 (2010-2011)). Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (2013-2020) ble etablert som satsing fordi velferdsteknologiske løsninger kan bli et viktig verktøy i møte med fremtidens demografiske utfordringer.

Kommunestyret i Eidskog har vedtatt at velferdsteknologiske løsninger skal innarbeides og være en del av helse- og omsorgstjenesten i Eidskog Kommune (k-sak 65/21). Samtidig skal all bygningsmasse som eies av Eidskog kommune og som benyttes til bruk av helse- og omsorgstjenesten oppgraderes med nødvendig infrastruktur for tilrettelegging for velferdsteknologi.

Dette vedtaket ivaretar de sektorspesifikke utfordringene helse og omsorg står ovenfor. Innbyggeren i Eidskog kommune skal uavhengig av alder, funksjonsnedsettelse eller bosted motta etablerte velferdsteknologitjenester, der tiltak er vurdert til å bidra til økt mestring og trygghet.

[Velferdsteknologi i Eidskog \(onacos.no\)](http://onacos.no)

I Velferdsteknologiprogrammet (2013-2015) heter det at «velferdsteknologi skal være en integrert del av kommunal helse- og omsorgstjeneste innen 2025». Eidskog

kommune har deltatt i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet fra starten av sammen med de øvrige kommunene i regionen («Trygg hverdag i eget hjem»). Vi har gode erfaringer med bruk av lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og digitale trygghetsalarmer, og kombinasjonen av responstjenester.

For framtidens generasjoner 2

Data – it og nett, det er «fett»!

8.3 Ledelse og organisering – kompetanse og rekruttering.

God ledelse er avgjørende for å skape helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i en helhetlig og koordinert tjeneste. Det kreves god ledelse på alle nivåer og tydelige ledelses- og styringslinjer. Ledelse i kommunene er nær knyttet til lokalpolitisk ledelse og balansen mellom nasjonale anbefalinger og lokale beslutninger og muligheter krever forståelse for politiske prosesser og beslutninger. Samtidig er lederrollen faglig utfordrende og krever kunnskap om blant annet tjenestenes innhold, brukernes behov og folkehelsekunnskap. Sett i forhold til antall ansatte, preges helse- og omsorgssektoren av at det er få ledere og at det er utfordrende å bedrive ledelse i tjenesteområder med døgnskuttet drift.

Dersom sektoren skal kunne arbeide smartere og bruke ressursene bedre i årene som kommer, er det helt nødvendig med godt lederskap og av at man i større grad ser løsninger i et helhetsperspektiv, på tvers av virksomheter, enheter og sektorer. God ledelse handler generelt om å sette mål og sørge for at man oppnår ønskede resultater. Det handler om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som får tjenestene til å utvikle seg på en god måte.

I 2016 valgte man å innføre tre ledernivåer i helse- og omsorgstjenestene i Eidskog: virksomhetsleder, som har ansvar for hele sektoren, lederne, som har helhetlig ansvar innenfor hver enkelt enhet, og teamleder, som har delegert ansvar for hvert sitt tjenesteområde. Det er flere årsaker til at man valgte en modell med både ledere og teamledere. Det var behov for å knytte virksomheter i tjenesteområdene tettere sammen, for å sikre lik tjenesteyting. Det var også behov for et ledernivå som jobber tett på virksomhetsleder, særlig med tanke på strategisk utvikling av sektoren. I tillegg så vi at dette kunne bidra til både bedre ressursutnyttelse og sømløse pasientforløp gjennom felles rutiner og koordinering.

Størrelsen på sektoren, både i forhold til antall tjenesteområder, antall ansatte og de mange ulike typene av tjenester som ytes, gir i seg selv utfordringer ved å ivareta balansen mellom drift og utvikling. Det er derfor nødvendig med en organisering som

på best mulig måte sørger for mest mulig sømløse tjenesteforløp for innbyggerne, samt ivaretar muligheten for god drift og utvikling av sektoren.

Å rekruttere ansatte med nødvendig kompetanse og videreutvikle kompetansen hos egne medarbeidere vil, foruten økonomi, være en av kommunens største utfordringer de neste årene. Hvis det ikke innføres nye arbeidsmetoder i sektoren vil behovet for antall ansatte øke radikalt i takt med befolkningsutviklingen. Samtidig vil krav til behandling, rehabilitering og habilitering av stadig mer kompliserte tilstander kreve mer spesialisert kunnskap. I samme periode vil mange ansatte i Eidskog gå av med pensjon.

Sykdomsbildet hos brukere av helse- og omsorgstjenester har endret seg betydelig siden innføringen av Samhandlingsreformen. Dette gir behov for mer spesialisert kompetanse. Hva som kreves av grunnleggende ferdigheter og kompetanse, uavhengig av fag, endrer seg også raskt.

Å lykkes med rekruttering av riktig kompetanse krever målrettet og strukturert innsats. I tillegg til å lykkes med rekruttering av nye ansatte, er det også viktig å beholde eksisterende medarbeidere og videreutvikle deres kompetanse i tråd med kommunens behov.

Eidskog kommunes helse -og omsorgstjeneste har i dag en kompetanse-, og rekrutteringsplan som vi trenger å revidere. Dette er et viktig verktøy for vår virksomhet. Samtidig er det viktig å erkjenne at arbeid med gode rekrutterings- og kompetansetiltak koster. Dersom kommunen er villig til å investere i dette nå, vil det imidlertid gi rikelig avkastning i et lengre perspektiv. De tjenestene som vi vil få størst utfordringer med rekruttering til, vil være ansatte til hjemmetjenesten, sykehjem/institusjon og bolig tjenesten. Det bør også påpekes at vi for tiden står i en fastlegekrise, som på sikt kan få alvorlige konsekvenser for helsetjenestene til våre innbyggere.

Eidskog kommune er ikke alene om å få utfordringer med rekruttering i årene fremover. Beregninger fra SSB viser at samlet antall ansatte i helse- og omsorgssektoren i Norge må øke fra 310.000 i 2020 til 600-800.000 i 2060. Det innebærer i så fall at hver fjerde nordmann må jobbe med helse og omsorg. Allerede i 2035 vil det med dagens utdanningstakt og tjenestestruktur mangle 18.000 helsefagarbeidere og 28.000 sykepleiere.

En mulighet for å øke tilbudet av arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene er å øke andelen som jobber heltid. Helse- og omsorgssektoren er en sektor der graden av deltid tradisjonelt er høy. Heltids-/deltidsstatistikk utarbeidet av KS pr 01.12.20 for Eidskog viser at 25,2 % av de ansatte jobber heltid, gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 73,6% og antall årsverk i turnus i helse og omsorg er 257 årsverk. Eidskog kommune har forskjellige turnusordninger. Personalet har derfor mulighet til å jobbe/søke dit turnusordninger fungerer bra ut fra egen livssituasjon.

Eidskog kommune har over lang tid (2008) jobbet med å utvide deltidsstillinger. Forskjellige turnusordninger samt utlysning av 100%-stillinger for sykepleiere og vernepleiere har bidratt til å heve den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen for ansatte

i Eidskog. Lederne skal ha fokus på å ansette fast fremfor bruk av midlertidige kontrakter. Dette kan bidra til stabile arbeidstakere.

Helgearbeid og arbeidstidsordninger bidrar til at det i omsorgstjenesten er bruk av deltidsstillinger for å sikre at det til enhver tid er nødvendig personell på vakt for å utføre oppgavene brukerne har behov for. Noen av personalet arbeider i deltidsstilling etter eget ønske, en del ønsker å arbeide fulltid eller i økt stilling uten at det er rom for det.

Både KS og fagforbundene bruker mye tid og ressurser på å vurdere løsningsstrategier for å få redusert bruk av deltidsstillinger. Rapport utarbeidet av Fafo i 2012 på området slår fast at det er flere årsaker og løsninger på problemet.

For framtidens generasjoner 3

I Eidskog får du tjenester basert på helsetjenestens visjon «Trygghet og tillit i alle ledd».

8.4 Sektorovergripende og sømløst samarbeid.

Det er en kjensgjerning at god helse fremmes først og fremst utenfor helsesystemet og i andre sektorer. Utdanning, skoler, arbeidsplasser, barnehager, kulturtilbud, kosthold og fysisk aktivitet, levekår og sosiale forhold er alle faktorer som er viktige for folkehelsen og for en bærekraftig helsetjeneste.

[Folkehelseloven](#) fastsetter at folkehelse er et ansvar i alle sektorer, ikke bare i helsesektoren, og på alle forvaltningsnivåer, dvs. kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Loven gir hjemmel til å fastsette krav til virksomheter om forhold med betydning for befolkningens helse (miljørettet helsevern), og gi kommuner virkemidler som for eksempel stansing og retting mv. overfor virksomheten.

Kompleksiteten i samfunnet har blitt større, og det er behov for å tenke helhet og sammenheng i utviklingen av de kommunale tjenestene. Det kan handle om å finne en god balanse mellom drift og utvikling.

Det er flere årsaker til at vi opplever organisatoriske hindringer i et samarbeid:

- Sektorprinsippet skaper en siloorganisering hvor hver enkelt sektor har egne definerte ansvarsområder, IKT systemer og ressurser som ikke lar seg kombinere med andre.
- Juridiske endringer er knyttet til forskjeller mellom ulike regelverk og deres ulike tolkning og implementering i hver sektor.
- Kulturelle hindringer oppstår mellom fagfelter som har ulike utdanninger,

snakker ulikt fagspråk, bruker ulike arbeidsformer og er preget av ulik kultur.

- Økonomiske hindringer stammer fra begrensende ressurser som fører til en nedprioritering av samarbeid og skaper en konkurranse om midler mellom sektorer.

I 2021 fikk nærmere 350 personer bistand fra psykisk helse- og rustjenesten. Psykisk helse skapes ikke i helsesektoren. Et viktig strategiske mål fremover er derfor å sørge for at de sektorer som har de mest sentrale virkemidlene for å fremme psykisk helse også har et eierskap til området. Barnehager, skoler, arbeidsplasser, lokal- og nærmiljø er de viktigste arenaer for å fremme god psykisk helse.

Fortsatt blir psykisk helse i stor grad sett på som helsesektorens ansvarsområde alene. Helsesektoren spiller en viktig rolle, men mange av virkemidlene ligger i andre sektorer. De som har virkemidler, har også ansvar. Derfor må rollen og virkemidlene til alle sektorer klargjøres (Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)).

Forebyggende hjemmebesøk er et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet rettet mot eldre, og bidra til økt mestring i eget liv (Jfr. Rundskriv I-2/2016, samt brev av 24.08.21.)

Forebyggende hjemmebesøk fremmer helse og mestring, og gir eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert. Tiltaket kan bidra til at flere eldre kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i hverdagen.

Forebyggende hjemmebesøk er en arena der eldre i kommunen kan få kjennskap til kommunens tilbud både innenfor helse, kultur, idrett og frivillighetsfeltet.

Veilederen «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov», Helsedirektoratet 30.01.18, påpeker betydningen av tverrfaglighet og sektorovergripende tiltak:

Oppfølging av personer med omfattende behov for tjenester krever bred tilnærming på tvers av enheter innad i helse- og omsorgstjenesten og mellom ulike sektorer. Økt grad av tverrfaglig samarbeid gjennom team bestående av fagpersonell som pasient og bruker trenger, vil gi mer faglig interaksjon på tvers av fagområder og sektorer i kommunen og vil i seg selv bidra til viktig kompetanseutvikling.

Ledere bør legge til rette for og understøtte bruk av kompetanse på tvers av tjenesteområder og sektorer. Om nødvendig bør det iverksettes tiltak for å sikre at ikke organisatoriske løsninger, eller manglende praksis og «kultur» for samhandling, blir hindre for at brukere får tilgang til riktig kompetanse. For kommunen som helhet kan dette også være god ressursforvaltning.

Det er med bakgrunn i dette behov for at ledere ser utover egen enhet og egen kommune, tenker ressursmobilisering og samfunnsutvikling. Det handler om å finne ressursene du kan spille på lag med for å få til en større utvikling på tvers av ulike skillelinjer.

Målet om en bærekraftig helsetjeneste må derfor forankres bredt og flere aktører må aktiviseres i helsefremmende aktiviteter.

For framtidens generasjoner 4

Eidskog kommune tenker: «Helse i alt vi gjør»