



FREDRIKSTAD  
KOMMUNE

**Klassering:** 144  
**Gradering:**  
**Dato:** 20.12.2016

# Kommunedelplan Helse og velferd 2016–2027

Vedtatt i Bystyret 09.02.2017, sak 24

# Innhold

<b>Innledning</b> .....	<b>3</b>
Bakgrunn og formål .....	3
Planens status og avgrensinger .....	3
<b>Status og utviklingstrekk</b> .....	<b>4</b>
Befolkningsutvikling .....	4
Utdanning .....	5
Inntekt og arbeid.....	6
Bolig.....	9
Meningsfylt fritid.....	10
Helsetilstand i befolkningen.....	10
Legetjenester og beredskap.....	15
Samhandling med spesialisthelsetjenesten.....	15
Nye oppgaver til større kommuner .....	16
Personell og kompetanse, prioritering, økonomi og kvalitet.....	16
<b>Mål og strategier</b> .....	<b>18</b>
<b>Målsetting 1: Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv</b> .....	<b>21</b>
Strategi 1.1 Brukermedvirkning og tydelige forventningsavklaringer.....	21
Strategi 1.2 Pårørende er en ressurs og viktig samarbeidspart .....	21
Strategi 1.3 Helsefremmende arbeid og hverdagsmestring er grunnlaget i all tjenesteyting .....	22
Strategi 1.4 Redusere levekårsforskjeller.....	25
<b>Målsetting 2: Alle bor trygt, i egnet bolig</b> .....	<b>29</b>
Strategi 2.1 Forebygge og redusere bostedsløshet .....	29
Strategi 2.2 De som har behov, får bistand til å mestre boforholdet .....	29
Strategi 2.3 Utvikle differensierte botilbud .....	30
Strategi 2.4 Redusere levekårsforskjeller mellom geografiske områder, utvikle levende lokalsamfunn og gode møteplasser.....	30
<b>Målsetting 3: Helse- og velferdstjenestene er likeverdige, trygge og effektive</b> .....	<b>33</b>
Strategi 3.1 Innovasjon og tjenesteutvikling .....	33
Strategi 3.2 Nok ansatte med riktig kompetanse i hele stillinger .....	34
Strategi 3.3 Aktivt samarbeid med frivillig sektor.....	36
Strategi 3.4 Brukererfaringer benyttes i forbedring og utvikling av tjenestetilbudene.....	36
Strategi 3.5 Samordning og kontinuitet .....	37
<b>Vedlegg 1: Planforutsetninger</b> .....	<b>39</b>
<b>Vedlegg 2: Lover og forskrifter</b> .....	<b>45</b>
<b>Vedlegg 3: Tjenesteområdene i seksjon Helse og velferd</b> .....	<b>46</b>
<b>Vedlegg 4: Planer og planbehov 2016–2019, Helse og velferd</b> .....	<b>49</b>
<b>Vedlegg 5: Kvalitets- og verdighetsmål for helse- og omsorgstjenester i Fredrikstad kommune</b> .....	<b>50</b>



## **Innledning**

### **Bakgrunn og formål**

Bystyret i Fredrikstad vedtok 3.5.2012, i sak 12/49 Planstrategi 2012–2015, at det skal utarbeides en kommunedelplan for helse, omsorg og sosiale tjenester. Planen er i ettertid «omdøpt» til Kommunedelplan Helse og velferd 2016–2027.

Det er ikke tidligere utarbeidet en kommunedelplan innenfor området helse og velferd i Fredrikstad kommune.

Kommunedelplanen skal sikre at Bystyrets strategiske føringer for samfunnsutviklingen omsettes til handling, gjennom helse- og velferdsseksjonens prioritering av innsats. Videre skal delplanen bidra til å virkeliggjøre kommuneplanens visjon; «Fredrikstad – hvor det årnær sæ for alle» – fordi vi satser på Kunnskap, Kultur og Klima.

Planen bygger også på Fredrikstad kommunes verdier:

- Modig: Vi tør tenke nytt, se etter gode løsninger og stille konstruktive spørsmål.
- Engasjert: Vi ivrer for å gjøre Fredrikstad til et godt sted å leve.
- Romslig: Vi møter og inkluderer mennesker med åpenhet, respekt og tillit.
- Kompetent: Vi benytter og utvikler vår kompetanse, slik at vi kan møte dagens og morgendagens utfordringer.

### **Planens status og avgrensinger**

Kommunedelplan Helse og velferd utdyper mål og verdier i kommuneplanen, og er et overordnet styringsdokument, med mål om å gi best mulig helse- og velferdstjenester til innbyggerne i kommunen.

I planen er det fastsatt langsiktige, overordnede mål, i et 12-års perspektiv. Enkelte mål grenser opp mot andre sektorer og samfunnsområder. Planen angår både de som mottar helse- og velferdstjenester i dag, framtidige tjenestemottakere, pårørende, frivillige og hele Fredrikstadsamfunnet.

Kommunedelplanen fastsetter strategier for å nå målsettingene. Konkrete tiltak knyttet til mål og strategier vil årlig bli utarbeidet og oppdatert i handlingsplan, budsjett og etats- og virksomhetsplaner.

Planen omfatter i hovedsak tjenesteområder som ivaretas av seksjon Helse og velferd.

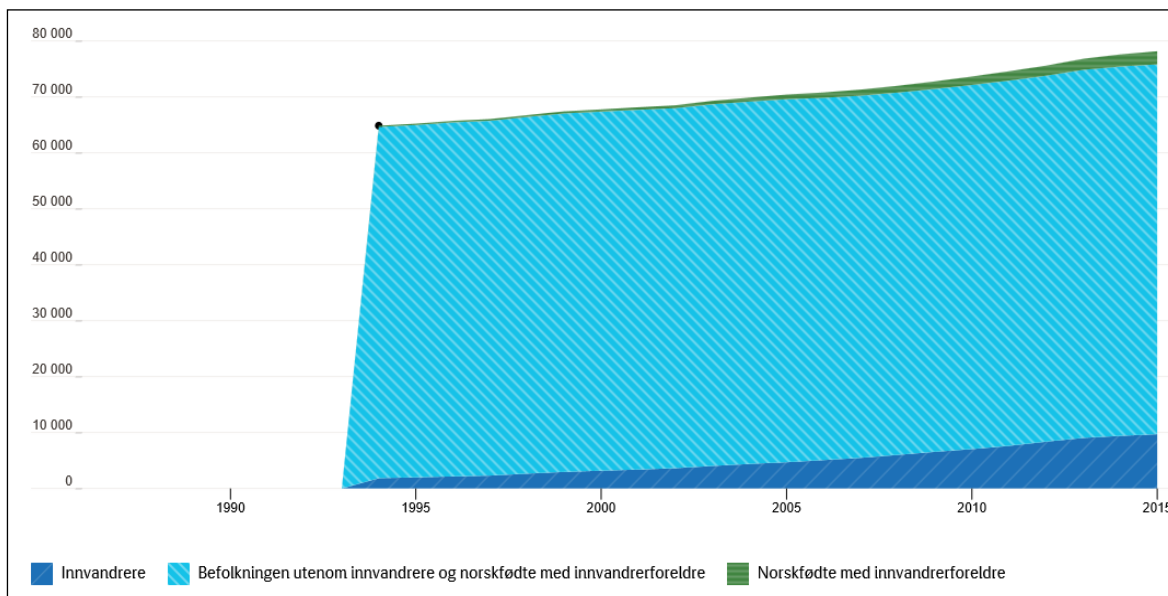
Per 1.1.2016 gir helse- og velferdsseksjonen tjenester på følgende områder:

- Tjeneste- og boligtildeling
- Hjemmesykepleie, dagsentre for eldre og trygghetsalarm
- Praktisk bistand, mat til eldre og funksjonshemmede, og vaskertjenester
- Heldøgns omsorg i sykehjem og omsorgsboliger; avlastnings-, korttids- og langtidsplasser
- Demensteam og dagtilbud til personer med demens
- Medisinske tjenester; akuttenger, lindrende enhet, rehabiliterings- og korttidstilbud, legevakt, feltpleie, overgrepsmottak for Østfold, flyktninghelseteam og oppfølging av fastlegeordningen
- Botjenester, dagtilbud, aktivitet og avlastning til utviklings- og funksjonshemmede barn og voksne
- Frisklivs-, lærings- og mestringstiltak, psykisk helsearbeid og rusmestring, fysio- og ergoterapi
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn og boligsosiale tjenester
- NAV; sosiale tjenester, økonomisk sosialhjelp, økonomisk rådgiving, kvalifiseringsprogram (KVP), arbeids- og sysselsettingstiltak og introduksjonsprogram for flyktninger

## Status og utviklingstrekk

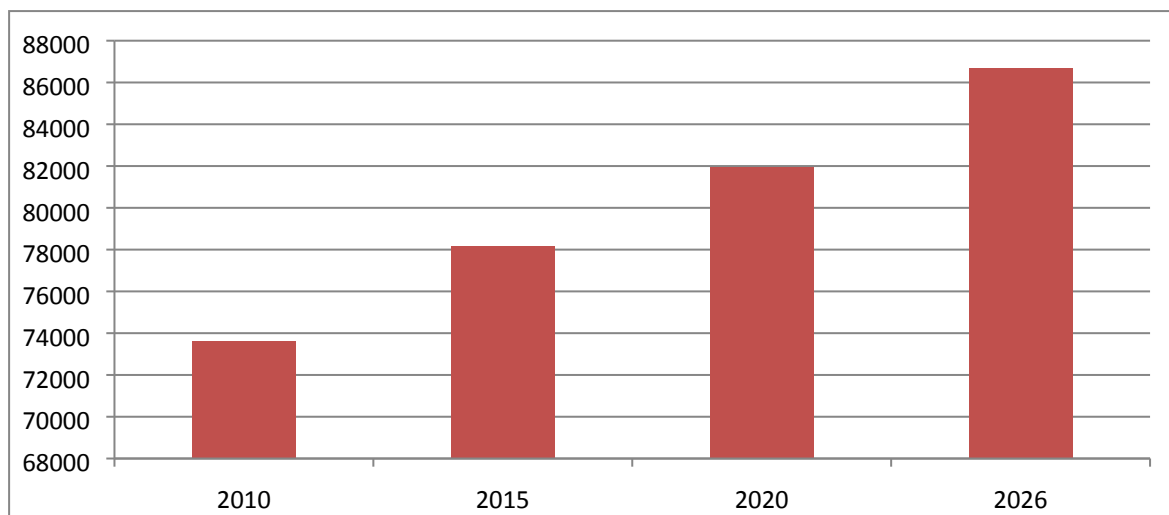
### Befolkningsutvikling

Fredrikstad kommune har hatt en sterk befolkningsvekst de siste årene. Antall innbyggere per 1.1.2016 var 78 967. Det er i hovedsak netto tilflytting som bidrar til veksten. Veksten har vært spesielt sterk blant innvandrerbefolkningen. Per 1.1.2016 utgjorde innvandrere og deres direkte etterkommere 16,2 prosent av innbyggerne i Fredrikstad kommune.



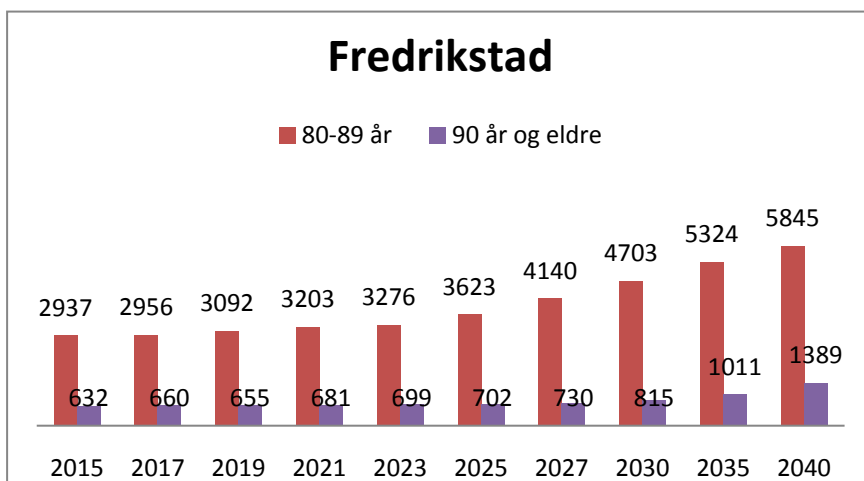
**Figur 1.1** Antall innbyggere fordelt etter bakgrunn for perioden 1986–2015 i Fredrikstad.

Prognosene viser at befolkningsveksten vil fortsette, med et beregnet folketall på 86 711 i 2026. Det forventes at vekst i innvandrerbefolkningen vil stå for en betydelig andel av den totale befolkningsveksten også i årene som kommer. Den internasjonale situasjonen, med millioner av mennesker på flukt, medfører at kommunene blir bedt om å bosette et økt antall flyktninger. Fredrikstad er også en kommune som tiltrekker seg flyktninger som opprinnelig er bosatt i andre deler av landet, ut fra kommunens nærhet til Oslo og Sverige, samt det milde klimaet.



**Figur 1.2** Befolkningsprognoser 2015–2026 for Fredrikstad kommune.

Andelen eldre i befolkningen vil øke, spesielt fra 2020/25 og fram mot 2040. I planperioden fra 2016 til 2027 er det beregnet en økning i aldersgruppen 80 år og eldre på 1299 personer, som utgjør 36 prosent. I perioden fra kommunedelplanens slutt (2027) til 2040 vil økningen i samme aldersgruppe være på 2364 personer, en økning på 48,5 prosent. En betydelig andel av ressursbruken i seksjon Helse og velferd er knyttet til denne aldersgruppen.



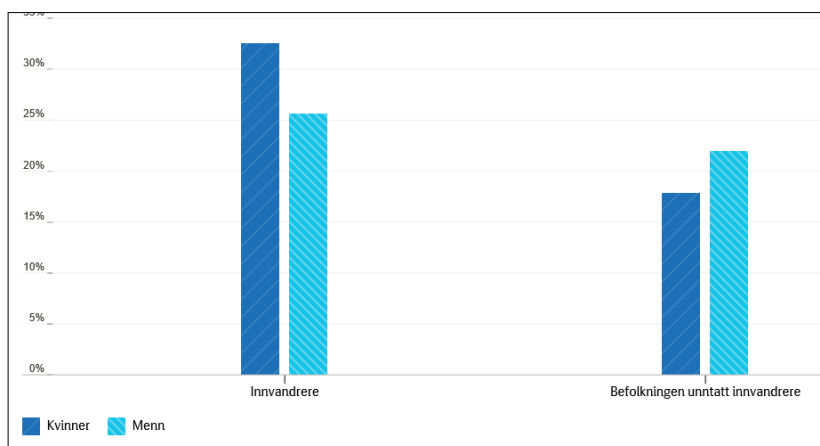
**Figur 1.3** Beregnet antall personer i de eldste aldersgruppene, 2015-2040<sup>1</sup>.

Utviklingen i befolkningssammensetningen utfordrer samfunnets bæreevne. Andelen eldre øker sterkt, samtidig med en synkende andel yrkesaktive. Dette vil gi økonomiske utfordringer med å opprettholde dagens nivå på helse- og velferdstjenestene, samtidig som det vil bli utfordrende å rekruttere nok fagpersonell.

### Utdanning

Utdanningsnivået i Fredrikstad er som i resten av Østfold, men andelen innbyggere med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsgjennomsnittet. Lite utdanning fører ofte til lav inntekt og en marginalisert posisjon i arbeidsmarkedet. Liten utdanning hos foreldre har også betydning for barnas utdanningsvalg og resultater.

En relativt stor andel personer i enkelte innvandrergreper har ingen eller liten utdanning. Et av målene i kommuneplan 2011–2023 er at innvandrerbefolkningen i økende grad styrker sitt utdanningsnivå.



**Figur 1.4** Andel personer fra 30-49 år med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, fordelt etter bakgrunn og kjønn i Fredrikstad i 2014.

Det er større frafall i videregående opplæring i Fredrikstad enn i landet som helhet. Frafallet er størst blant innvandrere, og spesielt menn fra Afrika, Asia etc.<sup>2</sup> Det er beregnet at en drop-out fra videregående opplæring koster minimum 11-14 millioner kroner fra drop-out-tidspunktet til 65 års alder.

<sup>1</sup> SSB; Befolkningsframskriving MMMM

<sup>2</sup> Afrika, Asia etc. er en forkortelse for Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS

## Inntekt og arbeid

I Fredrikstad har husholdningene et gjennomsnittlig inntektsnivå på 96 prosent av nivået for hele landet. Inntektsnivået blant innvandrere fra Afrika, Asia etc. er på 69 prosent av inntektsnivået i hele kommunen, mens innvandrere fra EU, Nord-Amerika etc.<sup>3</sup> ligger på 82 prosent<sup>4</sup>.

### Arbeid

Arbeid gir frihet, økonomisk trygghet og muligheter for den enkelte. Arbeid har betydning for helse og levekår. Personer som står utenfor arbeidsliv og skole har dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid.

Fredrikstad kommune har høy arbeidsledighet i forhold til landet som helhet, selv om det i både 2014 og 2015 har vært en positiv utvikling. Per desember 2015 var 3,4 prosent av arbeidsstyrken helt ledig.

Det er vanskelig å spå utviklingen i arbeidsmarkedet, men utviklingen i Norge tilsier at ledigheten vil øke de nærmeste årene. Fredrikstad kommune arbeider aktivt for å tiltrekke seg nye arbeidsplasser.

**Tabell 1.1** Arbeidsledighet i Fredrikstad i perioden 2011–2015<sup>5</sup>.

Fredrikstad	Historikk				
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Per desember i rapporteringsåret</b>					
Helt ledige, antall personer	1407	1441	1762	1533	1318
- Herav ledige under 25 år	296	283	337	277	245
Arbeidsledighet i prosent	3,8	3,8	4,6	3,9	3,4

Arbeidsledigheten for ungdom under 25 år var stigende fra 2011–2013, men etter en rekke iverksatte tiltak gikk ungdomsledigheten ned i 2014 og 2015. Det er en omforent oppfatning at arbeidsledig ungdom raskt skal få tilbud om aktivitet, for å forhindre at de sosialiseres inn i en stønadskarriere.

Mange innvandrere deltar i samfunnet på lik linje med andre yrkesaktive, men sett under ett er situasjonen på arbeidsmarkedet langt dårligere for denne gruppen enn for befolkningen samlet. I Fredrikstad er det sju ganger så sannsynlig at en innvandrer fra Afrika, Asia etc. skal være arbeidsledig eller på tiltak, som at en person i den øvrige befolkningen skal være det<sup>6</sup>.

Utfordringen er at mange innvandrere ikke har de kvalifikasjonene som etterspørres. Det er også stadig færre jobber med lave krav til formell kompetanse. I tillegg har arbeidsinnvandring fra EU-området ført til økt konkurranse om jobbene.

Mange innvandrere har også utfordringer med grunnleggende ferdigheter i norsk. Våren 2016 registrerte NAV Fredrikstad 199 personer med så store språkutfordringer at de ikke har mulighet til å nyttiggjøre seg NAVs tiltaksportefølje. Det iverksettes tiltak og kartlegges hvorfor disse personene ikke har tilegnet seg norskkunnskaper.

Introduksjonsloven gir nyankomne flyktninger mellom 18 og 55 år, og deres familiegjenforente, rett og plikt til deltakelse i introduksjonsprogram. Programmet skal forberede flyktninger til yrkeslivet, gi grunnleggende ferdigheter i norsk og innsikt i norsk samfunnsnivå. Regjeringens målsetting er at 55 prosent av deltakerne skal gå direkte over i arbeid eller utdanning etter avsluttet program. Det er store variasjoner i måloppnåelse mellom kommunene.

<sup>3</sup> EU, Nord-Amerika etc. er en forkortelse for EU/EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand. Inkluderer også Sveits

<sup>4</sup> Statistisk sentralbyrå, rapport 2014/23

<sup>5</sup> Årsrapport NAV Fredrikstad 2015

<sup>6</sup> Statistisk sentralbyrå, rapport 2014/23

**Tabell 1.2** Resultater fra introduksjonsprogrammet<sup>7</sup>.

Fredrikstad	Historikk			
	2012	2013	2014	2015
Andel med overgang til arbeid/utdanning etter introduksjonsprogram	28 %	18 %	34 %	48 %

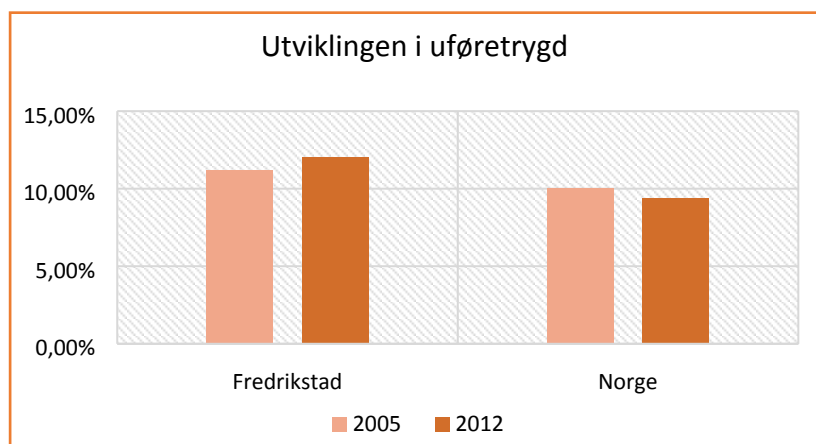
Det jobbes kontinuerlig med å utvikle og forbedre innholdet i introduksjonsprogrammet for flyktninger. Innvandrerbefolkningen i Fredrikstad er relativt ung, noe som gjør at antall personer i arbeidsfør alder vil øke i årene framover.

#### *Tilrettelagt arbeid*

FASVO AS og Viuno AS har som formål å skaffe varige tilrettelagte arbeidsplasser for personer med nedsatt arbeidsevne. Til sammen har bedriftene 104 godkjente varige tilrettelagte plasser. Ved utgangen av desember 2015 sto 21 personer på venteliste. I 2017 vil lista telle ytterligere 26 personer, som da har avsluttet videregående opplæring.

#### *Uførhet*

Sykdom, skade eller lyte kan begrense enkeltpersoners mulighet til å være i arbeid, enten det er medfødt eller oppstår senere i livet.



**Figur 1.5** Utviklingen i uføretrygd i Fredrikstad og Norge, 18-66 år, 2005–2012<sup>8</sup>.

Fredrikstad har en høy andel uføretrygdde under 45 år, med 3,7 prosent av befolkningen. Den tilsvarende andelen for hele landet er på 2,6 prosent<sup>9</sup>.

#### *Økonomisk sosialhjelp*

Mottakere av økonomisk sosialhjelp er i alle aldersgrupper, hvor fellesnevneren er at de har havnet i en vanskelig økonomisk situasjon. Årsakene til dette er mange og ulike. Personene har ulik bakgrunn og ulike utfordringer.

Sosialhjelp skal utbetales når alle andre muligheter er prøvd. Hjelpen skal i utgangspunktet være kortvarig. Det er en utfordring å få redusert antall langtidsmottakere av økonomisk stønad til livsopphold. Langvarig utenforskap, som passiv mottaker av stønad, kan påvirke sosialt nettverk, svekke arbeidsmotivasjonen, og medføre dårlig døgnrytme og vanskeligheter med å holde avtaler.

Omfanget av utbetaling av økonomisk sosialhjelp følger ofte ledighetsstatistikken. Ved et stramt arbeidsmarked, når bedrifter innskrenker og nedbemanner, er det ofte ansatte uten utdanning eller lang relevant arbeidserfaring som skyves først ut. For ungdom som slutter i

<sup>7</sup> Årsrapport NAV Fredrikstad 2015

<sup>8</sup> Folkehelseinstituttet

<sup>9</sup> Folkehelseprofilen 2016



videregående opplæring, er NAV ofte neste stopp. Flyktninger som ikke er i jobb eller utdanning etter endt introduksjonsprogram blir også sosialhjelpssøkere.

**Tabell 1.3** Økonomisk sosialhjelp, aldersgrupper og stønadstid<sup>10</sup>.

	Antall		Prosent	
	2014	2015	2014	2015
Antall sosialhjelpsmottakere totalt	2288	1995	100,0	100,0
Sosialhjelpsmottakere 18–24 år	492	382	21,5	19,1
Stønadstid 7–12 måneder	770	662	33,7	33,2

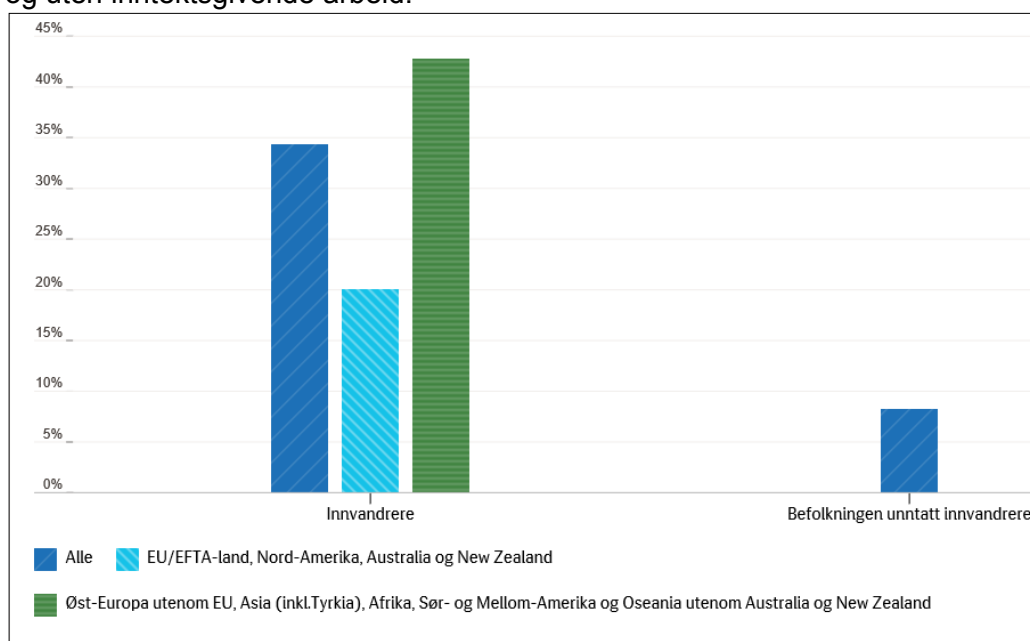
Stortinget har vedtatt at kommunene skal få plikt til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av sosialhjelp. Formålet er å styrke stønadsmottakernes muligheter for å komme i arbeid og bli selvforsørget. Aktivitetsplikten blir gjeldende fra 1.1.2017, for personer under 30 år. Selv om det i dag ikke er aktivitetsplikt etter lov om sosiale tjenester, praktiserer likevel NAV Fredrikstad en utstrakt bruk av vilkår, med “Innsatsgjengen” som et viktig lokalt tiltak. En endring i lovverket vil medføre behov for flere og andre typer tiltak enn hva som er i dagens kommunale NAV-portefølje.

### Fattigdom

Fattigdom begrenser menneskers muligheter til å ha innflytelse over sin egen livssituasjon og den enkeltes valgmuligheter. Ofte rammer fattigdom personer/familier med flere og sammensatte problemer, der mangelen på arbeid og penger bare er symptomer på utfordringer som dårlig mental eller fysisk helse, eneforsørgerstatus, atferdsavvik eller nedsatt arbeidsevne.

I Fredrikstad er andelen barn som bor i husholdninger med lav inntekt høyere enn i landet som helhet.

I følge Arbeids- og velferdsdirektoratets fattigdomsrapport 2014 øker fattigdomsproblematikken blant barnefamilier med innvandrerbakgrunn. NAV Fredrikstad gjennomførte høsten 2012 en kartlegging av barnefattigdom. Kartleggingen viste at innvandrere er overrepresentert blant de med lav inntekt, og at barn av innvandrere utgjør en økende andel av barn i familier med dårlig økonomi. utfordringen er foreldre med dårlige språkkunnskaper, og uten inntektsgivende arbeid.



**Figur 1.6** Andel personer som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt, fordelt etter bakgrunn og verdensregion i 2014 i Fredrikstad.



## Bolig

Boligen og nærområdet utgjør en viktig ramme for tilværelsen, for alle innbyggere. Det er viktig å bo bra, også for å forebygge reproduksjon av sosial ulikhet. Bolig gir verdighet, trivsel, god livskvalitet, og er en forutsetning for studier, arbeid, helse og samfunnsdeltakelse. Å ha en adresse er også som oftest en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg helse- og velferdstjenester.

Selv om de fleste bor godt i Norge i dag, gjelder ikke dette alle. Rundt 150 000 personer regnes som vanskeligstilte på boligmarkedet på landsbasis, og overført til Fredrikstad betyr det at kommunen har omtrent 2200 innbyggere i denne kategorien.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er personer og familier som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egen hånd. Disse befinner seg i en eller flere av følgende situasjoner; er uten egen bolig, står i fare for å miste boligen, eller bor i uegnet bolig eller bomiljø.

Fredrikstad kommune har mange gode boområder, men levekårskartleggingen 2014 avdekket en ulik fordeling av levekårsutfordringer innad i kommunen. Et hovedtrekk synes å være at det er større utfordringer i sentrumsnære soner og langs Glomma.

Med økt tilflytting til kommunen øker behovet for boliger. Mange grupper konkurrerer på boligmarkedet, og vanskeligstilte taper ofte konkurransen i forhandling med utleier.

Kommunen har utfordringer med å framskaffe egnede boliger til alle med boligbehov. Per 1.1.2016 var 77 personer i Fredrikstad uten fast bopel (UFB). I tillegg var 17 familier, med til sammen 64 barn, i behov av bolig, enten på grunn av trangboddhet, fordi leieforholdet var oppsagt, eller fordi boligen var uegnet.

Boligsosialt arbeid handler både om å skaffe boliger til vanskeligstilte, og om å styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet. Erfaringene viser at samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer er avgjørende for å lykkes i det boligsosiale arbeidet.

I årene 2011–2015 deltok Fredrikstad kommune i Husbankens boligsosiale utviklingsprogram for kommuner med store levekårsutfordringer, hvor det ble framskaffet egnede boliger til vanskeligstilte. Fra 1.7.2016 tilbyr Husbanken deltakelse i et nytt samarbeidsprogram.

En rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning<sup>11</sup> viser at 40 prosent av pasienter innenfor rus og psykiatri i spesialisthelsetjenesten utskrives til bostedsløshet. Fra 2018 vil ikke en pasient bli utskrevet dersom hun eller han ikke har et sted å bo. Det skal innføres betalingsplikt til spesialisthelsetjenesten for utskrivningsklare rus- og psykiatrispasienter som ikke mottas i kommunen. Det vil si at kommunen må betale en egenandel for hvert ekstra døgn som en pasient oppholder seg i spesialisthelsetjenesten, etter at pasienten er ferdigbehandlet.

«Lengst mulig i eget hjem» er en nasjonal satsing. Antall hjemmeboende med ulike former for funksjonsnedsettelse vil øke i årene som kommer. En dårlig tilrettelagt bolig medfører betydelig ulykkesrisiko, spesielt knyttet til fall. Mange hus og blokkleiligheter er uegnet når helsen svikter. Mindre utbedringer og oppgraderinger kan gjøre livssituasjonen enklere, som for eksempel installering av heis i boligblokker. Flere studier viser at eksempelvis seniorer ønsker å bo sentralt, med nærhet til servicesentre, ulike fasiliteter og offentlig transport.

Årlig omkommer det 50-60 personer i brann i Norge. Majoriteten av de omkomne er personer fra 70 år og oppover, personer som har utfordringer knyttet til rus/psykiatri eller personer som har en annen kulturell bakgrunn.

---

<sup>11</sup> NIBR-rapport 2015: 15

## Meningsfylt fritid

For mennesker med kroniske lidelser og nedsatt funksjonsevne er det spesielt viktig å få støtte til mestring og egenomsorg, og til å kunne leve et aktivt og meningsfylt liv i fellesskap med andre.

## Helsetilstand i befolkningen

Folkehelsen i Fredrikstad er dårligere enn gjennomsnittet for landet. Kommunen har blant annet noe lavere levealder. Folkehelseprofilen for 2016 viser at gjennomsnittlig levealder er 77,4 år for menn og 82,4 år for kvinner. Dette er 0,5–1 år lavere enn landsgjennomsnittet.

Forekomsten av ulike sykdommer er høyere i Fredrikstad enn på landsbasis. Det gjelder ikke-smittsomme, kroniske folkesykdommer (NCDs), som hjerte-/karsykdommer, KOLS, type 2-diabetes, kreft, muskel-/skjelettplager, og lettere og tyngre psykiske sykdommer og plager.

Rundt 80 prosent av alle skader og ulykker blant eldre skyldes fall. De fleste personsaker etter fall har lav alvorlighetsgrad, men en ser at jo eldre en person er, jo mer sannsynlig er det at fallskaden er av alvorlig karakter.

En stor andel av de som får hoftebrudd, kommer ikke tilbake til samme funksjonsnivå som før bruddet. Etter bruddet blir de avhengige av økt hjelp fra hjemmetjenesten for å kunne fungere i eget hjem, eller de trenger plass i heldøgns institusjon<sup>12</sup>. Et enkelt lårhalsbrudd koster gjennomsnittlig 380 000 kroner i behandling og rehabilitering<sup>13</sup>.

## Sosial ulikhet i helse

Mål for helse er dødelighet, levealder, sykelighet, selvopplevd helse og helseatferd.



**Figur 1.7** Andel som opplever god eller svært god helse i prosent etter utdanning og yrkesdeltakelse i Østfold.<sup>14</sup>

Sosial ulikhet i helse er et resultat av sosial arv (sosioøkonomiske faktorer) og samfunnsstrukturer, og i liten grad et resultat av genetik/biologi. Sosiale ulikheter omfatter hele befolkningen, ut fra utdanning, jobb og økonomi.

Sunn og variert mat er viktig for helse og trivsel, og reduserer risikoen for utvikling av livsstilssykdommer. Helsedirektoratet anbefaler at kommunene sikrer at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten, blant annet for å forebygge underernæring.

## Rus og psykisk helse

Det forventes en fortsatt rekruttering til rusmiljøene. Utviklingstrekkene viser flere pasienter med sammensatte rus- og psykiske helseutfordringer (ROP-lidelser).

<sup>12</sup> Helsedirektoratet IS- 2114

<sup>13</sup> Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, Østfold fylkeskommune 2015

<sup>14</sup> Østfoldundersøkelsen

Nasjonalt går bruken av tunge opiater og narkotiske stoffer ned, men det er vanskelig å forutsi bruk og tilgang på syntetiske stoffer. Gruppen rusavhengige er krevende, også på grunn av endring i bruk av ulike narkotiske stoffer.

Alkohol er et folkehelseproblem. Vi drikker mer. Undersøkelser viser at personer med høy utdanning drikker mer enn personer med lite utdanning.

Også rusavhengige får glede av bedret helsetilstand i befolkningen og høyere levealder. Dette medfører behov for tilrettelegging av tilpassede tjenestetilbud til eldre og syke innbyggere med aktiv rusatferd.

I Norge øker antall unge uføre som følge av psykiske lidelser. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) utgjør psykiske lidelser en av de største helsemessige samfunnsutfordringer i dag, og vil trolig være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. Folkehelseprofilen 2016 viser en høyere andel i befolkningen med psykiske lidelser i Fredrikstad enn i landet for øvrig.

Regjeringen ønsker å lovfeste at det skal finnes psykologer i alle norske kommuner. I løpet av 2016 er det varslet et lovforslag med krav til kommunene om å ha ansatt psykologer i kommunehelsetjenesten fra 2020. Fredrikstad kommune er innvilget tilskudd fra Helsedirektoratet til fire psykologstillinger. Psykologene jobber med lavterskeltjenester innenfor forebyggende psykisk helse- og rusmestringsarbeid og overfor barn og unge.

Regjeringen foreslår å styrke kapasitet og kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer, gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020.

Fredrikstad kommune er en av ni kommuner i et nasjonalt overdoseprogram 2014–2017, hvor målet er å iverksette en rekke tiltak for å redusere tallet på overdoser/dødsfall.

Fredrikstad kommunes arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme har fått nasjonal og internasjonal oppmerksomhet. Innsatsen, som koordineres av seksjon Utdanning og oppvekst i samarbeid med Helse og velferd, omhandler kompetanseheving, oppfølgingstiltak overfor enkeltpersoner og familier, og implementering av systemer og rutiner for informasjon, bekymringsmeldinger og tverrfaglig samarbeid.

### *Eldre*

Det tegnes et nytt bilde av morgendagens eldre og deres roller i arbeids-, samfunns- og kulturlivet. Deltakelse, inkludering, selvstendighet og uavhengighet er sentrale stikkord. Det er ønske om å hindre diskriminering på grunn av alder, og i stedet legge vekt på tillitsskapende brobygging mellom generasjoner.

Behovet for helse- og omsorgstjenester øker med alder, men samtidig vil den nye eldregenerasjonen leve lenger på grunn av bedre helse. Morgendagens eldre har mer ressurser enn tidligere, med et høyere utdanningsnivå, og bedre økonomi og boforhold. De er også mer teknologivante, og bruk av velferdsteknologi kan være gode redskap for høyere grad av egenmestring.

I 2015 mottok 31,7 prosent av innbyggere på 80 år og eldre hjemmesykepleie og praktisk bistand, og 11,6 prosent mottok institusjonstilbud/heldøgns omsorg. Skal dekningsgraden for sykehjemsplasser opprettholdes på dagens nivå i 2027, må Fredrikstad kommune ha en økning på om lag 208 plasser (med 16 prosents dekning av plasser, beregnet i forhold til antall innbyggere på 80 år og eldre).

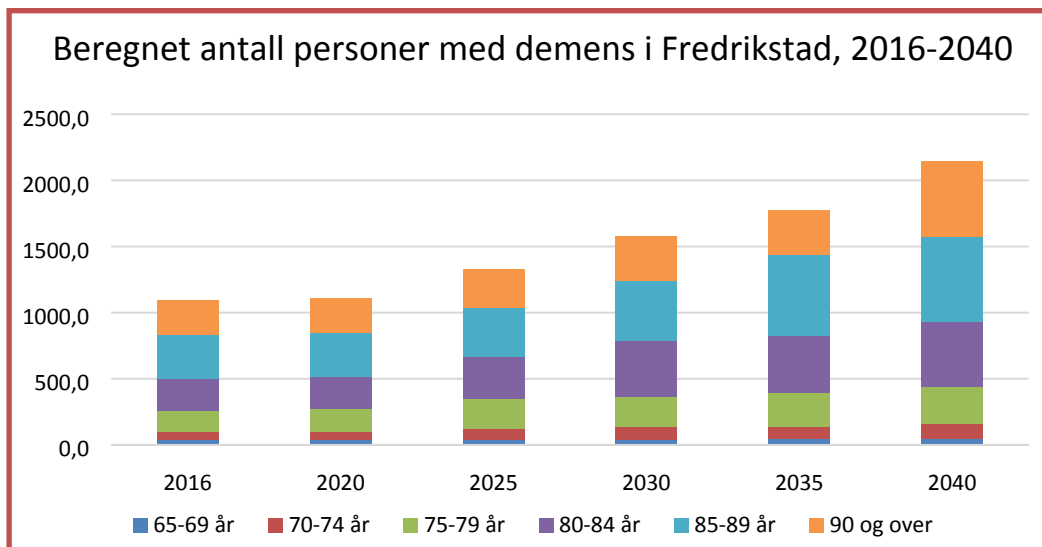
Rusmisbrukere lever lenger enn tidligere. Antall eldre med kroniske ruslidelser øker. Kommunen har nye utfordringer med lengre livsløp og sammensatt rusproblematikk. Det stilles store krav til den kommunale rustjenesten for å kunne møte antall eldre rusavhengige, som er i behov av omfattende tjenester på grunn av sviktende fysisk og psykisk helse.

En del eldre er ensomme. Spesielt er dette et problem for mange når de blir pensjonister, eller enker/enkemenn, da mange mister sitt nettverk. Ensomhet kan føre til isolasjon og passivitet, med mindre fysisk og sosial aktivitet. Møteplasser og aktivitetstilbud er for mange helt avgjørende for at de skal kunne komme seg ut blant folk.

Per 2015 hadde Fredrikstad kommune 2162 tjenestemottakere, i alle aldersgrupper, som var aleneboende utenfor institusjon. Av disse var 356 mottakere av hjemmetjenester og støttetjenester<sup>15</sup>.

### Demens

Som følge av økt levealder og endret befolknings sammensetning, forventes det at antallet personer med demens bli nærmere fordoblet i perioden fra 2016–2040. Demenssykdom er ofte også kombinert med andre diagnoser og funksjonsnedsettelse.



**Figur 1.8** Beregnet antall personer med demens i Fredrikstad kommune for utvalgte aldersgrupper 2016–2040.

Personer med utviklingshemming oppnår en høyere alder en tidligere. Hos personer med moderat til lett grad av utviklingshemming er risikoen for å utvikle demens større enn i befolkningen generelt. Personer med Downs syndrom har en klart høyere risiko for å få demens, i tillegg til at de får den i yngre alder.

Et høyt forbruk av alkohol kan føre til utvikling av demens. Forekomsten av alkoholrelatert demens øker.

Fredrikstad kommune skal utarbeide ny Demensplan 2017–2024, hvor det blant annet vil bli lagt vekt på individuelle tjenestetilbud og tilrettelegging av fysiske omgivelser, etter avklart diagnose. Dette vil kreve økt kompetanse og diagnostisk utredningskapasitet, samt en innarbeidet praksis for oppfølging av den demenssyke og deres pårørende i etterkant.

Studier viser at pårørende til hjemmeboende personer med demens er store bidragsytere av omsorg. Det er derfor påkrevet at tjenestetilbudet støtter og avlastar pårørende i dette arbeidet. Samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene og fastlegene i Fredrikstad er generelt godt, men bør styrkes ytterligere overfor denne brukergruppen. Fredrikstad kommune har inngått en avtale med Nasjonalforeningen for folkehelse om å være modellkommune i prosjektet oppfølging etter demensdiagnose.

Det er nasjonale anslag for at om lag 60 prosent av demenssyke bor i eget hjem. Beregnet ut fra forekomsttall, vil det i Fredrikstad i 2016 være minst 690 hjemmeboende personer med

<sup>15</sup> Kostratall fra 2015, for Fredrikstad kommune

demens. Dette er en spesielt sårbar gruppe, som det til tider er utfordrende for hjemmetjenesten å følge opp. Det er behov for styrking og utvikling av tjenestetilbudet.

Fredrikstad kommune har vedtatt å inngå samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen om å arbeide for et mer demensvennlig samfunn i Fredrikstad. Dette initiativet henvender seg spesielt til næringslivet og lokalsamfunnene.

### *Mennesker med funksjons- og utviklingshemninger*

Variasjoner i funksjonsevne er en del av det menneskelige mangfoldet, og det er store individuelle forskjeller, enten det dreier seg om fysiske, sensoriske eller kognitive egenskaper og ferdigheter.

Nedbygging av barrierer, likestilling og deltakelse har de siste tiårene vært de funksjonshemmedes kamp, og den vil også være aktuell for fremtiden. Dette legger grunnlaget for deltakelse i arbeids- og samfunnslivet, og for å ha et dagligliv i fellesskap med andre<sup>16</sup>.

Nasjonalt sett har det de siste 20 årene vært en tredobling av personer under 67 år som mottar kommunale omsorgstjenester. Det er yngre brukere med nedsatt funksjonsevne, og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer. Dette krever annen faglig kompetanse, og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet<sup>17</sup>.

Det er økende oppmerksomhet om viktigheten av å forebygge livsstilssykdommer og fremme god folkehelse hos mennesker med funksjons- og utviklingshemninger. Personer med funksjons- og utviklingshemninger lever lenger enn før, og er derfor i behov av tilpassede tjenester gjennom et lengre livsløp.

### *Flyktninger*

Stortingsmeldingen «En helhetlig integreringspolitikk»<sup>18</sup> påpeker at selv om helsetilstanden i den norske befolkningen er god, er det tydelige sosiale helseforskjeller. Flyktningene er en utsatt gruppe, som kan få senvirkninger av krig, forfølgelse og flukt. Traumatiske opplevelser kan gi varige psykiske skader. Kvinner med innvandrerbakgrunn har også, i større grad enn resten av befolkningen, helseproblemer knyttet til livsstil.

Det kan være utfordrende å gi innvandrere et helsetilbud som passer deres behov. Helse- og omsorgspersonell må tilstrebe kompetanse på en del innvandreres særskilte utfordringer. Kommunikasjonsproblemer kan være en utfordring, og det kan også være ulik sykdomsforståelse.

Selv om familietilhørigheten blant innvandrere ser ut til å være sterkere enn blant de som ikke har innvandret, er det betydelig flere innvandrere som opplever ensomhet (38 prosent mot 22 prosent)<sup>19</sup>.

### *Vold og overgrep*

I 2014 ble det gjennomført en nasjonal undersøkelse av omfanget av vold og voldtekt. Undersøkelsen viser at vold og overgrep har et betydelig omfang, og rammer mange.

Fredrikstad kommune har i flere år vært vertskommune for Overgrepsmottaket i Østfold. Fra 1.1.2016 ble ansvaret for tilbudet til barn og voksne utsatt for overgrep overført til spesialisthelsetjenesten. Sykehuset Østfold HF og Fredrikstad kommune arbeidet våren 2016 med sikte på å inngå avtale om at Fredrikstad kommune skal drive overgrepsmottak for sykehusets opptaksområde, på oppdrag fra sykehuset. Oppdragsavtalen ble inngått

---

<sup>16</sup> NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>17</sup> NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>18</sup> Meld. St. 6 (2012-2013) En helhetlig integreringspolitikk

<sup>19</sup> NAKMI – Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

28.6.2016 og prolongeres med ett år om gangen. Dette innebærer at det robuste overgrepsmottaket i Fredrikstad blir videreført.

Krise- og incestsenteret i Fredrikstad og Hvaler gir tilbud om akutt, midlertidig botilbud, døgnåpen telefon, individuelle samtaler og oppfølging. 2015-statistikken for krisesenteret viser at det var totalt 59 voksne beboere og 48 barn på krisesenteret i løpet av året, mens det var totalt 51 dagbrukere.

Fredrikstad og Hvaler legevakt registrerte 25 personer som var utsatt for vold i nære relasjoner i 2015. Det er utarbeidet en prosedyre for hvordan disse pasientene skal ivaretas, behandles og følges opp.

Fra skoleåret 2015/2016 er temaet «vold i nære relasjoner» innført som eget emne i introduksjonsprogrammet for flyktninger. Dette omfatter også temaer som kjønnslemlestelse, tvangsekteskap og oppdragervold.

### **Legetjenester og beredskap**

Kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen. I dette ligger tilgang på allmennlegetjenester, og øyeblikkelig hjelp/legevaktordning 24 timer i døgnet.

Fredrikstad og Hvaler legevakt er, sammen med kommunalt akutt døgntilbud (KAD) og ambulansetjenesten, kjernen i den akuttmedisinske kjeden. I Fredrikstad er tjenestene samlokalisert på helsehuset, i tråd med anbefalinger både i samhandlingsreformen og i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Legevakten har økt den diagnostiske kapasiteten, for å sikre at pasientene behandles på riktig nivå, enten i hjemmet, på legevakten, i kommunal akuttavdeling, eller på sykehus. Legevakten i Fredrikstad og Hvaler hadde cirka 24 500 legekonsultasjoner i 2015.

Et økende antall eldre og kronisk syke vil gi utfordringer for legetjenesten. Det er ventet en økning i KOLS, diabetes, kreft og psykiske lidelser. Det vil også bli et økende behov for samhandling med andre instanser, for å gi nødvendig helsehjelp til grupper med sammensatte medisinske problemstillinger. Kommunen har, etter samhandlingsreformen, ansvar for sykere pasienter. Dette medfører større faglig ansvar, og økt krav til kompetanse hos fastleger og annet helsepersonell.

En beredskapsplan for seksjon Helse og velferd er under utarbeiding. Plan for helsemessig og sosial beredskap skal rulleres, og arbeidet vil omfatte en gjennomgang av kommunens organisering av den psykososiale kriseberedskapen.

### **Samhandling med spesialisthelsetjenesten**

Stortinget ønsket med samhandlingsreformen å dempe veksten av sykehustjenester og tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling mellom stat og kommune.

Fra 1.1.2012 fikk kommunene ansvaret for utskrivingsklare somatiske pasienter fra første dag pasienten er registrert som ferdigbehandlet og utskrivingsklar fra sykehus. Fra 1.1.2016 ble kommunene pålagt å opprette døgntilbud (KAD-senger) til pasienter med øyeblikkelig behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse eller behandling. Fredrikstad kommune åpnet de første KAD-sengene allerede høsten 2012.

Kommunal plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer innføres fra 1. januar 2017. Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal etter planen innføres fra 2018.

Kommunen har «svart på» nye statlige krav blant annet ved å inngå i et offentlig/privat samarbeid om etablering av nytt helsehus i Fredrikstad. I løpet av første halvår 2014 ble 32

nye kommunale sengeplasser tatt i bruk i helsehuset, hvorav 11 plasser er kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger).

Kommunene og helseforetakene er pliktige til å samarbeide. Fredrikstad Bystyre vedtok 6.9.2012 en overordnet samarbeidsavtale mellom Sykehuset Østfold HF og Fredrikstad kommune.

Til tross for en forpliktende samarbeidsavtale, er det løpende utfordringer. Det er et stadig større press på de kommunale tjenestene. Pasientene er sykere ved utskriving i dag enn ved starten av samhandlingsreformen. De har et mer omfattende behandlingsbehov, som medfører behov for økt kompetanse i kommunen.

Trykket på sykehjems plasser er høyt. Det jobbes kontinuerlig med å øke sirkulasjonen i korttids plasser. Helsedirektoratet skriver i publikasjonen Samhandlingsstatistikk<sup>20</sup> at reinnleggelser av utskrivingsklare pasienter har økt noe.

Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter. Fra 2018 vil regjeringen innføre betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter også innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgn tilbud vil utvides fra å omfatte somatiske pasienter til også å omfatte innbyggere med psykiske helse- og rusproblemer.

### **Nye oppgaver til større kommuner**

I lys av ny kommunereform diskuteres oppgavefordelingen mellom stat og kommune. I stortingsmeldingen «Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner»<sup>21</sup> foreslår regjeringen blant annet å overføre tannhelse, rehabiliteringstjenester som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, og arbeidsmarkedstiltakene “varig tilrettelagt arbeid” (VTA) og enkelt plasser i ordinære virksomheter (VTO) til store og robuste kommuner. Det vurderes også en forsøksordning med overføring av distriktpsikiatriske sentre (DPS) til større kommuner.

Det har vært utredet hvorvidt Fredrikstad, Hvaler og Råde kommuner bør slås sammen til én kommune. Dette er til politisk behandling i de tre kommunene våren 2016. Uansett sammenslåing med nærliggende kommuner eller ikke, må Fredrikstad – som landets sjette største kommune målt i innbyggertall – være forberedt på at kommunen i framtiden kan få overført nye og flere oppgaver.

### **Personell og kompetanse, prioritering, økonomi og kvalitet**

Framtiden vil kreve flere ansatte. En økning i antall og andel eldre vil gi økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, samtidig som den yrkesaktive andelen av befolkningen vil synke.

Et endret sykdomsbilde, med økning av personer med kroniske og sammensatte sykdommer, stiller også krav til personell med høyere kompetanse. Det samme gjør behovet for å ha kunnskap om en del innvandreres særskilte helseutfordringer. Overnevnte utfordringer vil gjelde de fleste kommuner, og dermed kunne gi økt konkurranse om arbeidskraft og kompetanse.

Fredrikstad kommunes arbeidsgiverstrategi 2012–2015 sier: *«Kommunen vil være en arbeidsgiver hvor ulikheter og mangfold er en styrke. Kommunen vil arbeide for å anerkjenne forskjeller mellom mennesker, og styrke likeverdighet og inkludering i Fredrikstadsamfunnet. Opplevelsen av å ha like muligheter for å bidra og delta i arbeidslivet er viktig for å få til økt inkludering og et mangfoldig arbeidsmiljø. Som den største bedriften i Østfold og som*

---

<sup>20</sup> <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf>

<sup>21</sup> Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner



*offentlig instans har vi også et spesielt samfunnsansvar for våre innbyggere. Innvandrere representerer ubenyttede arbeidsressurser som kommunen må ta i bruk.»*

Fredrikstad kommune arbeider for å snu trenden fra utstrakt bruk av små deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren, til faste, hele stillinger som norm for driften, kalt heltidskultur. Etablering av kultur for heltid forventes å bidra til at det framover blir lettere å rekruttere nye medarbeidere med rett kompetanse. Kommunens omdømme, både som arbeidsgiver og tjenesteprodusent, vil forhåpentligvis bli styrket.

Det forventes framover å komme etisk krevende diskusjoner om hvordan ressursene skal fordeles og prioriteres mellom seksjonens ulike tjenesteområder og brukergrupper, som vanskeligstilte på boligmarkedet, mennesker med nedsatt funksjonsevne, sosialhjelpsmottakere og eldre.

Fredrikstad kommune er med i et ASSS-nettverk (Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner), som består av de ti største kommunene i landet. ASSS-kommunene kan forvente en vekst i utgiftsbehovet innenfor tjenestesektorene som omfattes av inntektssystemet på 7 prosent fra 2015 til 2021, mens kommunene i resten av landet kan forvente en vekst på om lag 6 prosent.

Derimot kan ASSS-kommunene forvente en vekst på 8,5 prosent innen pleie og omsorg, mens resten av landet kan forvente en vekst på 9 prosent<sup>22</sup>. Fredrikstad kommune har en stram inntektsramme, som – etter inntektsutjevning – ligger på om lag 95 prosent av landsgjennomsnittet.

Det vil framover være behov for effektiviseringer, omprioriteringer, innovasjoner og forbedringer i driften, for å tilpasse de kommunale tjenestene til nye behov og forventninger i befolkningen, og til knapphet på kvalifisert personell eller økonomiske ressurser.

Trenden går trolig i retning av at det også vil stilles høyere krav til kvaliteten på tjenestene, både fra eldre, syke og hjelpetrengende selv, og fra pårørende. Flere vil antakelig ønske å kjøpe ulike tilleggstjenester, i tillegg til de som finansieres av fellesskapet.

---

<sup>22</sup> Kommunerapport ASSS-nettverket 2015 Fredrikstad. Pleie og omsorg, grunnskole, barnehager, kommunehelsetjeneste, sosiale tjenester og barnevern



## **Mål og strategier**

Kommunedelplan Helse og velferd fastsetter tre overordnede målsettinger, med tilhørende strategier:

### **Målsetting 1: Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv**

Strategi 1.1 Brukermedvirkning og tydelige forventningsavklaringer

Strategi 1.2 Pårørende er en ressurs og viktig samarbeidspart

Strategi 1.3 Helsefremmende arbeid og hverdagsmestring er grunnlaget i all tjenesteyting

Strategi 1.4 Redusere levekårsforskjeller

### **Målsetting 2: Alle bor trygt, i egnet bolig**

Strategi 2.1 Forebygge og redusere bostedsløshet

Strategi 2.2 De som har behov, får bistand til å mestre boforholdet

Strategi 2.3 Utvikle differensierte botilbud

Strategi 2.4 Redusere levekårsforskjeller mellom geografiske områder, utvikle levende lokalsamfunn og gode møteplasser

### **Målsetting 3: Helse- og velferdstjenestene er likeverdige, trygge og effektive**

Strategi 3.1 Innovasjon og tjenesteutvikling

Strategi 3.2 Nok ansatte med riktig kompetanse i hele stillinger

Strategi 3.3 Aktivt samarbeid med frivillig sektor

Strategi 3.4 Brukererfaringer benyttes i forbedring og utvikling av tjenestetilbudene

Strategi 3.5 Samordning og kontinuitet

# **Målsetting 1**

**Innbyggerne har  
mulighet for et  
selvstendig og  
verdig liv.**

Strategi 1.1  
Brukermedvirkning og tydelige  
forventningsavklaringer

Strategi 1.2  
Pårørende er en ressurs og viktig  
samarbeidspart

Strategi 1.3  
Helsefremmende arbeid og hverdagsmestring  
er grunnlaget i all tjenesteyting

Strategi 1.4  
Redusere levekårsforskjeller

## Målsetting 1: Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv

### Strategi 1.1 Brukermedvirkning og tydelige forventningsavklaringer

Den enkeltes oppfatninger, erfaringer og behov skal legges til grunn for beslutninger om hvordan tjenestene utformes. Retten til brukermedvirkning bygger på den grunnleggende frihet alle mennesker har, og derav retten til å bestemme over seg selv. Selvstendighet, medbestemmelse og likeverd er også demokratiske verdier.

#### Hva innebærer brukermedvirkning?

Tjenestemottaker opplever hvordan tjenestene fungerer i praksis, og kan ofte komme med gode forslag til forbedringer. Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter mottakernes erfaringer for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til økt tjenestekvalitet, og for å sikre mottakers livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren eller tjenesteyterne fratas sitt faglige ansvar<sup>23</sup>.

#### Reell medvirkning

Forutsetningen for innflytelse er reell medvirkning. Dette innebærer at tjenestemottaker skal delta i beslutningsprosessene som en likeverdig partner. Brukermedvirkning forutsetter at tjenestemottaker får nødvendig informasjon<sup>24</sup>.

Mange tjenestemottakere kan, på grunn av dårlig almenntilstand eller kognitiv svikt, ha problemer med å kommunisere og forstå innholdet i den informasjonen som blir gitt. Pårørende har da rett til å representere eller medvirke på vegne av tjenestemottaker<sup>25</sup>, med den forutsetning at mottaker har samtykket til det, eller ikke har samtykkekompetanse. Medvirkningsretten skal ivareta tjenestemottakers egeninteresse.

Forventningsavklaringer bidrar til å unngå misforståelser og konflikt. Forventningsavklaring kan være en tydeliggjøring av tjenestetilbudets innhold, oppgavedeling mellom pårørende og tjenesten, hva målet er med en behandling/trening, tidsperspektiv eller annet.

#### Tydelige mål

Tjenestemottaker skal være en aktiv deltaker, som opplever mestring og selvstendighet i forhold til egne mål og forutsetninger. Tydelige mål er en forutsetning for god tjenestekvalitet. For å kunne sette relevante mål og prioritere tiltak, må en ta rede på hva som er viktigst for tjenestemottakeren ("Hva er viktig for deg?").

#### Fleksibilitet i utformingen av tjenestetilbudet

Den enkelte mottakers personlighet, helsetilstand og livssituasjon krever fleksibilitet i sammensetning og utforming av tilbudet, innenfor rammen av tjenestebeskrivelser, ressurstilgang og lovverk.

#### Likeverdige tjenester

Målet er ikke å yte like tjenester, men likeverdige. Likeverdige tjenester handler om å tilpasse tjenestene til personlige forhold, etnisk mangfold, språk, kultur, tro og livssyn, alder, kjønn, seksuell orientering eller funksjonsnedsettelse.

<sup>23</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>

<sup>24</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3

<sup>25</sup> Pasientrettighetsloven § 3-1, 2. ledd

## **Strategi 1.2 Pårørende er en ressurs og viktig samarbeidspart**

Helse- og velferdstjenestene må forholde seg til pårørende eller nærpå personer til brukere i alle aldersgrupper og innenfor flere tjenesteområder, slik som rusmestring, psykisk helse, tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, til personer med innvandrerbakgrunn og eldre.

I dag er pårørende til eldre den største pårørendegruppen, og den vil øke i årene som kommer. Pårørende til tjenestemottakere under 67 år er også mer enn fordoblet de siste ti årene.

Familieomsorgen blir ofte kalt den usynlige omsorgen, og er av stor samfunnsmessig betydning. Forskning anslår at det i dag utføres minst like mye omsorg fra pårørende som fra det offentlige hjelpeapparatet<sup>26</sup>. Sett i forhold til omfanget, har denne innsatsen fått liten oppmerksomhet og anerkjennelse.

Når pårørende har langvarig og omfattende omsorgsinnsats, i tillegg til jobb og familie, kan dette øke risikoen for helseskader. Forskning viser at mødre med barn med alvorlige funksjonshemminger kan være en utsatt gruppe<sup>27</sup>. Videre har pårørende, ofte ektefeller, til personer med demens krevende hverdager.

### *Opplæring, støtte og veiledning*

Pårørende har viktig og nyttig kunnskap om familiemedlemmets bakgrunn, ressurser og sykdomsbilde. Dersom pårørende skal bidra over tid, må kommunen forholde seg til pårørende som en viktig samarbeidspart og gi nødvendig støtte, slik som lett tilgjengelig informasjon, opplæring og veiledning i form av pårørendeskole, faste samarbeidsmøter med videre.

Det er viktig at tjenestemottaker, kommunale tjenester og pårørende har felles mål, for eksempel i forhold til opptreningsprogram, egenmestring og ernæring.

### *Fleksible avlastningsordninger og differensierte dagtilbud*

Et forebyggende tiltak for pårørendes helse kan være avlastningsordninger med fleksible løsninger. Det kan for eksempel være avlastning i hjemmet, dagtilbud, eller aktivitetstiltak i samarbeid med frivillig sektor. Varighet og omfang av avlastning og/eller dagtilbud må individuelt tilpasses.

## **Strategi 1.3 Helsefremmende arbeid og hverdagsmestring er grunnlaget i all tjenesteyting**

Kommunedelplan Folkehelse 2015–2026 legges til grunn for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i regi av helse- og velferdsseksjonen.

Målet er at alle i Fredrikstad skal ha mulighet til å gjøre sunne valg av betydning for helse og trivsel. Dette har nær sammenheng med et annet mål, om høyere levealder og friskere eldregruppe.

### **Folkehelseoven kapittel 2 – Kommunens ansvar**

#### **§ 4. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid**

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helse.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

<sup>26</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

<sup>27</sup> Finnvoll, J.E. (2011), vedlegg 2 i NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg



Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltakelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Helse- og velferdssektoren står overfor større oppgaver i framtiden, med en økning av andel og antall eldre, kombinert med flere yngre tjenestemottakere med sammensatt problematikk/sykdomsbilde og mer komplekse behov.

Forebygging er en av grunnpilarene i samhandlingsreformen. Framfor å heve terskelen for å få hjelp, skal det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv<sup>28</sup>.

#### *Helsefremmende og forebyggende arbeid*

Det skal være helse i alt vi gjør; folkehelseperspektivet skal være førende for alle politikkområder. Dette gjelder både helsefremmende og forebyggende arbeid.

#### **Hva er helse?**

Helse kan defineres som fravær av sykdom, men det handler også om den enkeltes opplevelse av livskvalitet, muligheten til å realisere og utvikle seg i sitt eget miljø, opplevelse av mening, og følelsen av sammenheng. Mestring av sykdom kan bety en følelse av livskvalitet, både med og på tross av sykdom.

#### **Hva er helsefremmende arbeid?**

Helsefremmende arbeid kan forstås som tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse, og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet.

Kommunens folkehelseplan legger vekt på etablering av gode helsevaner, tilrettelegging for fysisk aktivitet, sunt kosthold og sosiale aktiviteter, samt forebygging av risiko, sykdomsutvikling, skader og ulykker.

Helsetilstanden i befolkningen er jevnt over god, men en statusrapport fra Folkehelseinstituttet viser at de sosiale ulikhetene øker. Helseatferd varierer med sosial bakgrunn, og helseforskjellene rammer hardest i grupper med lav inntekt og kort utdanning.

Det er betydelige helseforskjeller mellom majoritetsbefolkning og innvandrere. Men det er også helseforskjeller imellom de ulike nasjonalitetsgruppene<sup>29</sup>.

Kommunen har et eget flyktninghelseteam som jobber opp nybosatte flyktninger i Fredrikstad.

Helse- og velferdstjenestene skal bidra til å redusere helseforskjeller og ha en spesiell oppmerksomhet på utsatte grupper og geografiske områder med lav levekårsprofil. Det utgjør en helseisiko å leve i lokalsamfunn som preges av dårlige levekår, høy arbeidsledighet og vanskelige boforhold. Universelle forebyggende tiltak skal suppleres med forebyggende tiltak rettet mot noen målgrupper<sup>30</sup>.

Tidlig intervensjon og behandling er viktig for å begrense skade eller utvikling av sykdom. Regjeringen legger opp til at alle kommuner må ha psykologtjeneste fra 2020. Seksjon Helse og velferd vil i løpet av 2016 ha tilsatt tre psykologer med tilskudd fra Helsedirektoratet, mens Utdanning og oppvekst har én psykolog. Psykologtjenesten skal utprøves og videreutvikles med fokus på sårbare grupper.

<sup>28</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

<sup>29</sup> Blom og Ramm 1998

<sup>30</sup> IS-1742 «fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet», Helsedirektoratet 03/2010

Vold i nære relasjoner utgjør både et kriminalitets- og folkehelseproblem. Bystyret vedtok «Tiltaksplan 2012–2015, Samlet mot vold i nære relasjoner» i september 2012. Tiltakene i planen er viktige for å forebygge og minske den lidelsen volden medfører for de av kommunens innbyggere det berører.

### *Hverdagsmestring*

#### **Hva er mestring?**

Mestring handler om en persons evne til å håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger som overstiger det som kan håndteres på ren rutine. Når mennesker opplever sykdom eller funksjonsnedsettelse, endres livssituasjonen og det medfører ofte store forandringer i den enkeltes hverdagsliv. Livet må leves på en ny måte. Fagpersoners oppgave er å støtte den enkelte i en mestringsprosess. Det vil si å bidra til at tjenestemottakers selvbilde styrkes, gjennom aktivitet, opptrening og livsmestring. Opplevelse av mestring gir motivasjon.

Mestringsstrategier skal benyttes innenfor all tjenesteyting. Psykososiale faktorer som lav selvtillit, lav mestringsevne, følelse av maktesløshet, manglende sosial støtte og negative livshendelser, bidrar til dårlig psykisk helse. Skal kommunen fremme god psykisk helse i befolkningen, er det viktig at alle tjenesteområder arbeider med å øke mestringfølelsen hos brukerne.

Fredrikstad kommune har etablert en egen avdeling for læring og mestring, som tilbyr ulike kurs til tjenestemottakere og deres pårørende. Dette arbeidet skal videreutvikles og styrkes, med flere kurstilbud til ulike brukergrupper.

Med bakgrunn i større fokus på egenmestring og sosial inkludering/deltakelse, endret støttekontakttjenesten i 2014 navn til *Aktiv fritid*. Arbeidet skal videreføres og utvikles. En selvhjelpsgruppe har som mål å fremme innsikt, mestringsevne og bedre livskvalitet hos den enkelte, gjennom samspillet som oppstår mellom deltakerne. Avdeling for læring og mestring bistår med å opprette selvhjelpsgrupper. Arbeidet skal videreføres.

### *Hverdagsrehabilitering*

Hverdagsrehabilitering er knyttet til mestring av dagliglivets aktiviteter i brukerens hjem eller nærmiljø. Hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon, for å forhindre og utsette omfattende tjenestebehov.

#### **Hva er hverdagsrehabilitering?**

Hverdagsrehabilitering omfattes av definisjonen i forskrift om habilitering og rehabilitering: Habilitering og rehabilitering er en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats, for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt i samfunnet<sup>31</sup>.

Hverdagsrehabilitering, som metode, skiller seg fra det generelle mestringsarbeidet ved at det er en tidlig og intensiv innsats i tjenestemottakers hjem. Innsatsen er tverrfaglig, og rettes mot mestring av dagliglivets aktiviteter. Målgruppen er vanligvis brukere som søker tjenester for første gang, tidligere brukere som har hatt et brått funksjonsfall, eller brukere med utvalgte diagnoser eller alder. Det finnes flere modeller for organisering av tjenestetilbudet.

#### *Mulighet til aktivitet og meningsfylte fellesskap*

Undersøkelser viser at det er mindre fysiske og psykiske helseproblemer i miljøer som preges av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Møteplasser er viktig for at folk skal kunne treffes, knytte kontakt og utvikle sosiale nettverk.

Frivilligsentralene er støttespillere for å skape gode lokalmiljøer, og koordinere lokalt engasjement. Samarbeidet med frivillige og lokale organisasjoner, med mål om å opprette nye møteplasser, skal videreutvikles, i tillegg til å gjøre eksisterende møteplasser mer

<sup>31</sup> [www.ks.no/hverdagsrehabilitering](http://www.ks.no/hverdagsrehabilitering), Fra passiv mottaker til aktiv deltaker

attraktive. Møteplassene skal stimulere til økt deltakelse blant grupper som er underrepresentert i frivillige organisasjoner.

Fredrikstad kommune etablerte i 2015 *+Huset*, en tilrettelagt møteplass for seniorer fra 60 år og oppover. I 2016 er det åpnet en aktivitetspark utenfor +Huset, og et helsestasjonstilbud for eldre er under etablering. En rekke frivillige organisasjoner legger til rette sosiale tilbud for kommunens eldrebefolkning.

Kommunale bygg og utearealer som disponeres av seksjon Helse og velferd skal i større grad utvikles til sosiale møteplasser. Det kan være i form av utlån til aktivitetsgrupper, likemannsarbeid eller tiltak i regi av frivillige lag og foreninger. Alle møteplasser skal fremme likestilling og integrering.

#### **Strategi 1.4 Redusere levekårsforskjeller**

##### **Hva er levekår?**

Levekår er inntekt, formue, helse og kunnskaper som kan brukes til å styre eget liv. Gode levekår er en forutsetning for et selvstendig og verdig liv. Gode levekår er med på å hindre at innbyggere faller utenfor fellesskapet.

##### *Økt yrkesdeltakelse*

Tilknytning til arbeidsmarkedet er viktig for å sikre inntekt, føle seg verdsatt og oppleve inkludering og medvirkning. Å være i arbeid er den viktigste enkeltfaktoren som fremmer integrering, utjevning og velferd. NAV-kontoret er en viktig aktør for å forebygge fattigdom og bidra til sosial inkludering.

NAV har flere tiltak som retter seg mot ungdom, hvor fokuset er aktivitet framfor passivitet. Tiltakene viser svært gode resultater og bør videreføres.

Sosialfaglige konsulenter ved videregående skoler i Fredrikstad jobber forebyggende, med formål om til å redusere frafallet fra videregående opplæring. Å fullføre videregående opplæring gir større muligheter for jobb og aktiv deltakelse i samfunnet.

Språkkunnskaper, formell utdanning, arbeidserfaring og kjennskap til samfunns- og arbeidslivet i Norge, er kvalifikasjoner som kreves av alle for å lykkes på arbeidsmarkedet. Mange flyktninger har ikke kompetanse om det norske arbeidslivet, og har behov for ekstra norskopplæring og kvalifisering.

##### *Forebygging av fattigdom*

Lavere yrkesdeltakelse og høyere arbeidsledighet blant ikke-vestlige innvandrere er en årsak til at denne gruppen har vanskeligere levekår, og i større grad er avhengig av offentlige velferdsordninger, sammenliknet med befolkningen for øvrig.

Grupper som ikke får fotfeste i arbeidslivet opplever oftest fattigdom. Å øke sysselsettingen i innvandrerbefolkningen vil være med på å bekjempe barnefattigdom. Økt yrkesdeltakelse blant innvandrere er integrerings- og inkluderingspolitikens fremste mål<sup>32</sup>.

Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp har ofte liten utdanning, helseproblemer og/eller sosiale problemer. Innsats for å motvirke at personer blir avhengige av økonomisk sosialhjelp over tid er derfor viktig for å forebygge fattigdom.

To studier fra 2008 (NOVA og Fafo) viser at 25 prosent av 20-åringene som vokste opp i en familie som mottok sosialhjelp i 1994, selv mottok sosialhjelp innenfor perioden 2002–2004. Det er viktig å identifisere og gi tidlig hjelp til familier og barn med ekstra risiko, for å sikre at vanskelige levekår ikke forplantes til neste generasjon.

---

<sup>32</sup> St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering



## **Målsetting 2**

**Alle bor trygt,  
i egnet bolig.**

### Strategi 2.1

Forebygge og redusere bostedsløshet

### Strategi 2.2

De som har behov, får bistand til å mestre boforholdet

### Strategi 2.3

Utvikle differensierte botilbud

### Strategi 2.4

Redusere levekårsforskjeller mellom geografiske områder, utvikle levende lokalsamfunn og gode møteplasser

## **Målsetting 2: Alle bor trygt, i egnet bolig**

Målet og strategiene samstemmer med de nasjonale og kommunale<sup>33</sup> strategiene for boligsosialt arbeid og Kommunedelplan Bolig – Boligpolitisk plan for Fredrikstad kommune 2015–2026.

De prioriterte innsatsområdene skal være førende for seksjonens arbeid:

- Hjelp fra midlertidig til varig bolig.
- Hjelp til å skaffe en egnet bolig.
- Forhindre utkastelser.
- Gi oppfølging av tjenester i hjemmet.
- Alle med potensiale til, og ønske om, å eie skal hjelpes til dette gjennom informasjon, støtte og utnyttelse av økonomiske virkemidler fra Husbanken. Det vil kunne frigjøre flere kommunale boliger.

### **Strategi 2.1 Forebygge og redusere bostedsløshet**

Det å ha et tilfredsstillende sted å bo er et grunnleggende behov, og en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse. Hjemmet har betydning for identitet og sosial tilhørighet. Fredrikstad kommune har best forutsetninger for å yte tjenester der tjenestemottaker har en egen adresse.

Boligsosiale tjenester skal prioriteres til grupper med behov for støtte til å mestre boforhold, eller i forbyggende øyemed, for å kunne bo lengst mulig i eget hjem.

*Boligplanlegging og anskaffelse er i takt med behovsutviklingen*

Takten i boligutbyggingen skal øke, både i kommunal og privat regi.

Takten i arbeidet med anskaffelser/kjøp av boliger skal økes.

Det skal satses på en større variasjon av boformer, både i størrelse og utforming, som er tilrettelagt for ulike målgrupper. Alternative boformer, som for eksempel Housing-first (bosetting av bostedsløse) og omsorgsbolig pluss (for eldre og personer med helseutfordringer), kan være aktuelle konsepter for mer tilpassede boligløsninger.

Boligprosjekter skal fortrinnsvis ikke formelt øremerkes til innbyggere med konkrete sykdomsdiagnoser, syndromer eller kategorier av sosiale utfordringer, men bidra til å dekke kommunens samlede boligsosiale forpliktelser og behov.

Kommunen skal bidra til å skape boligkarrierer for flyktninger og andre gjennom Husbankens virkemidler – fra leie til eie.

*Evaluering av bruk av kommunens eksisterende boliger og tildelingskriterier*

Kommunens eksisterende boligmasse skal benyttes mer fleksibelt. Det er behov for en tverrfaglig gjennomgang av kommunens eksisterende boliger, og å tenke nytt og vurdere omprioriteringer og omfordelinger basert på beboernes behov.

Tildelingskriteriene for boliger og døgnplasser skal revurderes.

Omsorgsboliger og sykehjemsplasser skal tilrettelegges for ulike brukergreper, i tråd med behovet.

---

<sup>33</sup> Boligsosial handlingsplan 2014–2017, Fredrikstad kommune



## **Strategi 2.2 De som har behov, får bistand til å mestre boforholdet**

Det skal legges til rette for at flest mulig kan klare seg selv. Rammen rundt botilbudet skal preges av å fremme trygghet, egenmestring og deltakelse i nærmiljøet.

De som har behov, skal få opplæring og støtte til å mestre boforholdet. Tilbudet må individuelt tilpasses, og ses som del av et helhetlig tjenestetilbud. Dette skal forebygge utkastelsesproblematikk og bostedsløshet.

Plan for bemanning av boliger til personer med behov for heldøgns tjenester skal foreligge når utbyggingsplan blir vedtatt.

## **Strategi 2.3 Utvikle differensierte botilbud**

### *Flere boalternativer for eldre og syke*

Langtidsplass i sykehjem skal prioriteres til personer med langtkommet demens, og til de aller sykeste med behov for omfattende oppfølging, behandling og pleie.

I NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg og Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, anbefales nye framtidige boligløsninger. Boligene skal ivareta trygghet, og understøtte selvstendighet og frihet så langt det lar seg gjøre. Trygghet ligger i nærhet til tjenesteapparatet, slik at de kan få hjelp når behov oppstår. Boligløsningene og omgivelsene skal være tilrettelagt for samspill med familien og det sosiale nettverket.

For personer med mindre omsorgsbehov skal det satses på hverdagsrehabilitering, lærings- og mestringstiltak, aktivitetstilbud, flere tilrettelagte dagtilbud, og tilgang til å kjøpe eller leie boliger i trygge bomiljøer, med livsløpsstandard, aktivitet og mulighet for sosial omgang.

### *Rehabilitering og bygge ut sykehjemsplasser*

Det skal lages Plan for heldøgns omsorgsplasser 2017–2020, og gjennomføres et systematisk og planmessig arbeid med rehabilitering og utbygging av sykehjemsplasser og heldøgns omsorgstilbud.

### *I større grad skille mellom botilbud og tjenestetildeling*

Ressursinnsatsen skal knyttes til den enkeltes behov. Som et eksempel er bemanningen på sykehjem som oftest stabil, mens mottakere av hjemmetjenester tildeles tjenester etter enkeltvedtak, som løpende oppdateres. I framtiden skal kommunen i større grad formelt knytte ressursinnsatsen til den enkeltes varierende behov. Dette vil gi større valgfrihet og økt kostnadseffektivitet, ved at bemanningen kan justeres i forhold til behovet.

### *Forebygge ulykker i hjemmet*

Helse og velferd skal bidra til forebyggende arbeid mot hjemmeulykker, samt være pådrivere og rådgivere for boligtilpassing. For å forebygge brannulykker er det viktig å videreutvikle samarbeidet med Fredrikstad Brann- og redningskorps.

## **Strategi 2.4 Redusere levekårsforskjeller mellom geografiske områder, utvikle levende lokalsamfunn og gode møteplasser**

### *Levekårskartleggingen – et planleggingsverktøy*

God spredning av kommunale utleieboliger bidrar til å hindre opphoping av levekårsproblemer. Ved planlegging av kommunal boligutbygging skal det tas hensyn til resultatene fra kommunens levekårskartlegginger.

### *Mangfoldige og inkluderende bomiljøer*

Bidra til at kommunen har mangfoldige og inkluderende bomiljøer, ved å stimulere vanskeligstilte til å etablere seg i andre levekårssoner enn de mest utsatte.

### *Boligutbygging som del av et lokalsamfunn*

Nye kommunale botilbud skal være en integrert del av lokalsamfunnet, og en ressurs for nærmiljøet. Det bør for eksempel være lett tilgjengelige møteplasser og flerbrukssarealer.

## **Målsetting 3**

**Helse og velferds-  
tjenestene er  
likeverdige,  
trygge og  
effektive.**

Strategi 3.1  
Innovasjon og tjenesteutvikling

Strategi 3.2  
Nok ansatte med riktig kompetanse i hele stillinger

Strategi 3.3  
Aktivt samarbeid med frivillig sektor

Strategi 3.4  
Brukererfaringer benyttes i forbedring og utvikling av tjenestetilbudene

Strategi 3.5  
Samordning og kontinuitet

## **Målsetting 3: Helse- og velferdstjenestene er likeverdige, trygge og effektive**

### **Strategi 3.1 Innovasjon og tjenesteutvikling**

#### *Etablering av innovasjonskultur, med rom for å prøve og feile*

Innovasjon kan beskrives som det å skape noe nytt til det bedre. Innovasjon handler om å finne nye løsninger på gamle problemer. Framtidens omsorgsutfordringer, med økt etterspørsel og mangel på helsepersonell, krever at kommunen prøver ut nye tilnæringsmåter og nye måter å løse oppgavene på. Utfordringene krever risikovilje og innovasjonsevne.

Én tilnæringsmåte kan være å arbeide spesielt med de krevende utfordringene, og hvor løsningene kan gi stor gevinst. Organisasjonsutvikling, tjenstedesign og Lean-metodikk vil være nyttige verktøy i det kontinuerlige forbedringsarbeidet (KF).

#### *Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid*

Det er behov for økt satsing på gode styringssystemer, systematisk kvalitetsforbedring og økt pasient- og brukersikkerhet. God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum. Økt bruk av risiko- og sårbarhetsanalyser vil kunne forebygge uønskede hendelser. Kommunen har et godt elektronisk avvikssystem, som støtter opp om kvalitetsarbeidet. Begrensede økonomiske og personalmessige ressurser krever riktige og tydelige prioriteringer for at tjenester som tilbys skal ha god kvalitet.

Bedre kvalitet vil også kunne sikres gjennom kunnskap. Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet og forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og tjenstemottakerens ønsker og behov i en gitt situasjon.

Utvikling av gode pasientløp skal være et nytt satsingsområde for kvalitets- og kompetanseutvikling. Metoden er aktuell for alle tjenesteområder, og er nødvendigvis ikke diagnosespesifikk, slik den er i spesialisthelsetjenesten.

Fredrikstad kommune ønsker fortsatt å være vertskap for Utviklingssenter for sykehjem i Østfold.

#### *Helse i alt vi gjør*

Kommunen skal ha et helsefremmende perspektiv på alt den foretar seg. Dette innebærer blant annet tilrettelegging for å gjøre det enklest mulig for innbyggerne og tjenstemottakerne å ta valg som bidrar til sunnere liv og bedre helse.

Helse- og velferdsseksjonen skal prioritere mestringsfremmende tiltak, og ha et tydelig folkehelseperspektiv på innretningen av alle tjenester, med vekt på god ernæring, fysisk aktivitet og sosialt fellesskap.

#### *Kvalitets- og verdighetsmål og oppdaterte tjenestebeskrivelser*

Helse- og velferdsutvalget vedtok våren 2015 kvalitets- og verdighetsmål for seksjon Helse og velferd. Det er også vedtatt tjenestebeskrivelser, som angir standard for kommunens helse- og velferdstjenester. Standardene ligger innenfor en faglig akseptert norm. Det er viktig at tjenestebeskrivelsene til enhver tid er oppdatert, innenfor gjeldende lovverk og forskrifter, og at kvalitets- og verdighetsmålene er godt kjent av både medarbeidere og tjenstemottakere.

#### *Godt lederskap og medarbeiderskap*

God ledelse og styring er en forutsetning for å oppnå kvalitet. De siste årene har seksjon Helse og velferd gjennomgått en omfattende omlegging av organisasjonen. Den nye organisasjonen består av enheter der det ligger til rette for at ledere kan planlegge, samordne og prioritere ressursbruk, for å sikre økt kvalitet og effektiv drift.

Lederne i helse- og velferdsseksjonen skal arbeide bevisst og målrettet med utvikling og forbedring av lederrollen, med verktøy som LUP – lederutviklingsprogrammet, verdibasert ledelse og transformasjonsledelse (de fire i-er), og fokus på fremming av arbeidsglede, arbeidslyst og yrkesstolthet (#arbeidsglede).

Fredrikstad kommune arbeider med å skape økt bevissthet omkring godt medarbeiderskap. Godt medarbeiderskap handler om å være pliktoppfyllende og redelig overfor arbeidsgiver, profesjonell og ansvarsbevisst i utførelsen av arbeidet, og imøtekommende og samarbeidsvillig overfor kollegaer. Dette er selve grunnlaget for yrkesstolthet, god selvfølelse, arbeidsglede og gode relasjoner på arbeidsplassen. Samtidig bidrar det til å skape gode, effektive arbeidsplasser, noe som er like mye i medarbeidernes interesse som i tjenestemottakernes og arbeidsgivers interesse.

#### *Velferdsteknologi tas systematisk i bruk*

Velferdsteknologi er et virkemiddel for å realisere ønsker og behov for brukere og tjenester. Det kan gi mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, bidra til at flere kan bo lenger i eget hjem, og forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse.

Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige<sup>34</sup>.

Bruk av velferdsteknologi må settes inn i en organisatorisk ramme, og ha som formål å bidra til å løse helt konkrete problemer og svare på de behov brukerne har.

NOU 2011: 11 anbefaler at bruk av velferdsteknologi, og tar utgangspunkt i tjenestenes formål etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.<sup>35</sup>, der lovens formål (§1-1), særlig er å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosial problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudet kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasienter og brukere, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og,
7. bidra til at ressurser utnyttes best mulig.

Utover ovenstående er det viktig at pårørendeperspektivet også ivaretas.

Seksjon Helse og velferd har, siden 2011, gjennomført en omfattende satsing på klargjøring for, og implementering av, velferdsteknologi, og har i 2016 etablert en avdeling for e-helse i helse- og velferdsstaben. Velferdsteknologiarbeidet videreføres i tråd med den nasjonale utviklingen på området, og gjerne i samarbeid med Sykehuset Østfold og øvrige Østfold-kommuner.

### **Strategi 3.2 Nok ansatte med riktig kompetanse i hele stillinger**

Kampen om arbeidskraft vil trolig øke. Framtidig behov for personell og nye oppgaver vil kreve større fleksibilitet i kompetansebruk og ressursutnytting. God ressursutnytting er å tilby rett tjeneste, til rett bruker, på rett måte og til rett tid.

---

<sup>34</sup> IS-1990 Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi.....men om mennesker» (Nis Peter Nissen)

<sup>35</sup> Lov av 24. juni 2011 nr. 30

Flere virksomheter har høyt sykefravær. Fredrikstad kommune er en IA-bedrift, og arbeider systematisk med å utvikle bedre kunnskap om årsaker til sykefravær og virkninger av tiltak som skal fremme nærvær og forebygge fravær.

Seksjonen skal tilstrebe å ha en sammensetning av arbeidsstyrken som speiler mangfoldet i befolkningen. Innvandrere utgjør en underutnyttet ressurs i arbeidsmarkedet.

Samarbeidet med Høgskolen i Østfold skal styrkes, innen både utdanning og FoU. Dette vil kunne øke ansattes kompetanse, samtidig som det kan øke attraktiviteten som arbeidsgiver. Spennende fagmiljøer tiltrekker nye medarbeidere. Det er samtidig viktig å gi Høgskolen tilbakemelding om hvilke utdanninger kommunen har behov for framover, og hvilke yrkesgrupper det er for liten tilgang på i arbeidsmarkedet.

Samarbeidsavtalen med Sykehuset Østfold HF har blant annet som formål å samordne utdanning, forskning og utvikling/innovasjon. Samarbeidet er viktig for å sikre ønsket kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, men også for å heve ansattes kompetanse.

Fastlegene er en viktig del av det offentlige helsetilbudet, og helt sentrale for å nå målene i samhandlingsreformen. Det skal utvikles en ny fagplan for legetjenesten.

Fredrikstad kommunes verdigrunnlag; Modig, Engasjert, Romslig og Kompetent, skal MERKES i arbeidet vårt.

#### *Offensiv og langsiktig kompetanseplan*

Helse- og velferdsseksjonen skal ha en offensiv og langsiktig kompetanseplan. Seksjonen skal ta aktivt samfunnsansvar som lærebedrift, ved utplassering av elever og studenter i praksis, og ved å framskaffe språk- og arbeidspraksisplasser til flyktninger og andre.

Det skal legges til rette for at assistenter kan ta fagbrev som helsefagarbeidere. Sykepleierkompetanse og målrettet spesialistutdanning skal vektlegges, for oppfølging av mer komplekse medisinske oppgaver som følge av samhandlingsreformen.

Ressursenhetene skal bidra til at kommunens samlede bemanningsressurser har riktig kompetansesammensetting.

#### *Heltid som norm for driften*

Gjennom en forbedret arbeidsorganisering, med heltid som norm for driften, vil helse- og velferdsseksjonen få et mer solid utgangspunkt for å yte kvalitativt gode tjenester, være en attraktiv arbeidsgiver og ha effektive driftsmodeller i årene som kommer.

Helse- og velferdsseksjonens mål for heltidsarbeidet er:

Vi har en kvalitet på de tjenestene vi yter som bidrar til at

- Brukerne opplever et forutsigbart tilbud og forholder seg til et begrenset antall tjenesteytere.
- Tjenesteyterne som møter brukerne har riktig kompetanse, og kunnskap til brukernes behov.
- Tjenestene ytes når brukerne har behov for det.

Vi har en arbeidsorganisering som bidrar til at

- Våre ansatte har en forutsigbar inntekt og arbeidstid, og en lønn – og senere pensjon – de kan leve av.
- Kommunen kan innfri Arbeidsgiverstrategiens målsetting om rett til heltidsstilling.
- Vi fordeler arbeidsoppgavene og de ubekvemme vaktene mellom oss.
- Våre ansatte får benyttet sin kompetanse på en tilfredsstillende måte, og vi har et godt læringsmiljø som omfatter alle.



- Våre tjenester er organisert slik at det er mulig for ansatte å stå i jobb til avtalt pensjonsalder, uten å bli minstepensjonist eller uføretrygdet. Vi har en aktiv livsfasepolitikk.
- Vi driver aktivt nærværarbeid og ser en varig reduksjon av sykefraværet.

Fredrikstad kommune drives på en effektiv måte som bidrar til at

- Heltidsstillinger er det normale for ansatte.
- Vi har et godt omdømme, som gjør at vi rekrutterer og beholder arbeidstakere med riktig kompetanse.
- Vi er beredt til å møte framtidig kompetansebehov, benytter kompetansen vi har hensiktsmessig og utvikler den kompetansen vi til enhver tid er i behov av.
- Vi har myndiggjorte, engasjerte og involverte medarbeidere, som utviser medarbeiderskap.
- Våre ledere har bedre tid til å utøve strategisk ledelse, og bedre tid og anledning til personaledelse overfor hver enkelt medarbeider.
- Vi driver økonomisk effektivt og forutsigbart.

### **Strategi 3.3 Aktivt samarbeid med frivillig sektor**

Det ligger store muligheter i å engasjere innbyggerne i frivillig arbeid på helse- og velferdsområdet. Det kan dreies seg om aktivitet som faller utenfor organisasjonslivet, lokal virksomhet og lavterskelaktivitet. Det er behov for oppmerksomhet på mangfold og intergrering, aktivisering og styrking av enkeltpersoners sosiale nettverk for å redusere ensomhet.

Det skal gjøres en innsats fra kommunens side med systematisk rekruttering, samarbeid, koordinering og veiledning overfor frivilligheten. Deltakelse i frivillig arbeid skjer ofte etter oppfordring, og motivering og engasjementet må vedlikeholdes.

#### *Målrettet tilskuddsordning og samarbeidsavtaler med frivillige og ideelle*

Helse- og velferdsseksjonens tilskuddsordning til frivillige og ideelle aktører skal benyttes til å fremme seksjonens prioriterte mål, strategier og tiltak, og være gjenstand for løpende evaluering og forbedring. Det skal inngås samarbeidsavtaler med sentrale samarbeidspartnere.

Arbeidet med samordning av kommunens ulike tilskuddordninger til frivillige og ideelle aktører skal videreføres, med hensyn på søknadsfrister, søknadskjema, rapportering, retningslinjer og helhetlige vurderinger.

### **Strategi 3.4 Brukererfaringer benyttes i forbedring og utvikling av tjenestetilbudene**

Tjenestemottaker og pårørende har viktige roller i å utvikle tjenestetilbudet og forbedre kvaliteten på tjenestene. Deres kunnskap, erfaring og innsikt skal systematisk inngå i planlegging, utvikling og drift.

#### *Brukerundersøkelser*

Seksjon Helse og velferd har innenfor flere fagområder regelmessig gjennomført brukerundersøkelser og pårørende-/brukerrepresentantundersøkelser. Verdien av undersøkelsene har variert fra fagområde til fagområde, men det kommer alltid kommentarer og innspill til videre kvalitetsforbedringsarbeid.

Brukerundersøkelser skal gjennomføres regelmessig, på alle aktuelle tjenesteområder der det foreligger sammenlikningstall. Det skal arbeides videre med metodeutvikling og tiltak som kan fremme høyere deltakelse.

#### *Representasjon ved brukerorganisasjoner*

På systemnivå vil brukermedvirkning innebære at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med helse- og velferdstjenestene, og deltar aktivt i planleggings- og beslutningsprosesser.

Når brukerrepresentanter velges inn i ulike utvalg og råd, bidrar de med sin kunnskap til fagfolk og administrasjon.

Helse- og velferdsseksjonen har ansatt flere erfaringskonsulenter, med egne brukererfaringer. Bruken av erfaringskonsulenter skal videreutvikles.

Det skal vurderes etablering av ulike former for brukerutvalg/-grupper på aktuelle tjenesteområder/-steder.

### **Strategi 3.5 Samordning og kontinuitet**

Sårbare overganger krever økt fokus i tjenesteytingen, som eksempel: fra fengsel til bolig, fra behandlingsinstitusjon til bolig, eller fra oppfølging av barnevern til oppfølging fra NAV. Overgangene stiller ekstra høye krav til samhandling, da personene ofte har sammensatt problematikk, tjenestene kan være på ulike forvaltningsnivåer, og etter forskjellige lovverk.

#### *Individuell plan eller tiltaksplan*

Alle tjenestemottakere skal ha en tiltaksplan, eller en individuell plan. Planen skal bidra til at mottakerne opplever et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, og at individuelle ønsker og behov blir ivaretatt.

#### *Koordinerende enhet*

Brukere med omfattende bistandsbehov gir ofte uttrykk for at de har for mange tjenesteytere å forholde seg til. Både for kommunen som tjenesteyter, og for de som er brukere av tjenestene, er det viktig å redusere antall hjelpere og skape mer kontinuitet.

Det skal satses mer på bruk av koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering i kommunen. Samhandling mellom ulike tjenestområder, inkludert fastlegene og spesialisthelsetjenesten, sikrer helhetlige pasientforløp.



## **Vedlegg 1: Planforutsetninger**

### **Nasjonalt mål**

Et overordnet nasjonalt mål er at alle i Norge skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

### **Lover og forskrifter**

Kommunen plikter å sørge for at helse- og omsorgstjenestene er faglig forsvarlige. De mest sentrale lovverkene med forskrifter er listet opp i vedlegg 2.

### **Nasjonale føringer**

#### *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (Meld. St. 16 (2010-2011))*

I Nasjonal helse- og omsorgsplan er det lagt vekt på:

- En utvikling av tjenestene som gir brukerne mulighet for økt livskvalitet og mestring, slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats.
- Helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).
- Helse- og omsorgssektoren skal ses i sammenheng med andre deler av samfunnssektoren der kommunen har ansvar og oppgaver
- Fastlegeordningen skal utvikles. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastleger og kommunen.

#### *Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009))*

Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid – kom i juni 2009. Regjeringen fremmet fem hovedgrep for å møte dagens og framtidens utfordringer:

- klarere pasientrolle,
- ny framtidig kommunerolle,
- etablering av økonomiske insentiv,
- spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse,
- legge til rette for tydeligere prioriteringer,
- ny folkehelselov.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen var tiltenkt en ny rolle, gjennom økt fokus på forebygging av sykdommer, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging.

Samhandlingsreformen har fokus på å øke livskvalitet og redusere press på helsevesenet, gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Veksten i bruk av helsetjenester kan dempes, ved at en større del av helsetjenestene blir gitt av kommunehelsetjenesten. Kommunene og helseforetakene er pliktige til å samarbeide, og det pålegges at det inngås samarbeidsavtaler på en rekke områder.

Ny folkehelselov gir kommunene et formelt ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Folkehelsearbeidet handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og utvikle et samfunn som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse for alle innbyggere i kommunen. Det krever systematisk og langsiktig innsats både i og utenfor helsetjenesten, og på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

#### *Opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2016-2020))*

Det foreslås plikt til å ha kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud for personer med psykisk helse og/eller rusproblemer fra 2017. Regjeringen vil, i de ordinære budsjettprosessene, komme tilbake til de økonomiske rammene for en overføring fra spesialisthelsetjenesten til

kommunene for denne pasientgruppen. Det tas sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

#### *Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013))*

Meldingen overlapper og viderefører Nasjonal helse- og omsorgsplan, og legger kursen for helse- og omsorgstjenestene i de kommende årene. Den bygger blant annet på NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, som gir strategiske føringer for innhold og utforming av framtidens helse-, sosial- og omsorgstjenester. Økt fokus på å mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter, tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi skal gi tjenestene en mer innovativ retning.

#### *Omsorgsplan 2020*

Omsorgsplan 2020 er en plan for å møte både dagens og morgendagens utfordringer. Dagens Omsorgsplan 2015 er en del av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer. En sentral målsetning i dette arbeidet er at kommunen i større grad enn i dag skal oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet.

Omsorgsplan 2020 har en mer innovativ innretning. Satsingsområdene som er signalisert i planen er:

- Morgendagens omsorg – et innovasjonsprogram fram mot 2020.
- Omsorgstjenestebrukere i et ressursorientert perspektiv.
- Omsorgsfelleskap – med et pårørendeprogram, en nasjonal frivillighetsstrategi og politikk for ideelle, samvirkebaserte og private tjenesteleverandører.
- Omsorgstjenester – med faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid.
- Omsorgsomgivelser – et program for utvikling og innføring av velferdsteknologi og tiltak for fornyelse, bygging og utvikling av framtidens sykehjem og omsorgsboliger.

#### *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming (Meld. St. 45 (2012–2013))*

Meldingen belyser om personer med utviklingshemming har likeverdige levekår, om de behandles som likestilte samfunnsborgere, om det er tilrettelagt for deltakelse i samfunnet, hvordan retten til selvbestemmelse ivaretas, og om personer med utviklingshemming får den bistanden de trenger.

Beskrivelse av dagens situasjon for mennesker med utviklingshemming skal gi et grunnlag for å stake ut kursen videre. Det er et mål at meldingen skal bidra til økt debatt og oppmerksomhet rundt situasjonen for mennesker med utviklingshemming.

#### *Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres! Informasjons- og utviklingsprogram 2010–2013 (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet)*

Programmet skal ses i sammenheng med andre handlingsplaner mot diskriminering og for likebehandling. Programmet inneholder fire hovedmål og skal sikre rettighetene til mennesker med utviklingshemming.

#### *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (Meld. St. 20 (2006–2007))*

Stortingsmeldingen presenterer en langsiktig strategi for å redusere sosiale helseforskjeller. Det legges til grunn fire innsatsområder: samfunnsforhold som bidrar til sosiale helseforskjeller, påvirkningsfaktorer som har betydning for helsa, innsats for sosial inkludering, og økt kunnskap og bevisstgjøring om sosiale forskjeller.

#### *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013–2017)*

Formålet med strategidokumentet er å fremme likeverdige helse- og omsorgstjenester gjennom å synliggjøre utfordringene til innvandreres helse, og gjennom å presentere tiltak for å møte disse utfordringene.

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

Regjeringen ønsker med primærhelsemeldingen å tilrettelegge for en framtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste. Meldingen påpeker at en framtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, bidrar til mestring, har god tilgjengelighet og er innrettet i tråd med utviklingen i sykdomsforekomst, fag, teknologi og samfunnsutviklingen for øvrig. Retningen som pekes ut er i samsvar med samhandlingsreformens målsettinger og tar denne videre. Meldingen påpeker behov for endringer innenfor kommunenes organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse.

### *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (Meld. St. 30 (2011–2012))*

I rusmeldingen tydeliggjør regjeringen et felles ansvar for en helhetlig og balansert rusmiddelpolitikk. Stortingsmeldingen omhandler alkohol, narkotika, vanedannende legemidler og doping som samfunnsproblem. Meldingen beskriver også utfordringer i rusmiddelpolitikken, samhandlingsreformens betydning, NAV-kontorets rolle, mer effektiv forebygging og tidlig innsats, og tiltak for å redusere tilgjengelighet til rusmidler. Et annet tema i stortingsmeldingen er hvordan vi skal oppnå et mer tilgjengelig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til mennesker med rusproblemer.

### *En helhetlig integreringspolitikk (Meld. St. 6 (2012–2013))*

Denne meldingen handler om muligheter og utfordringer som følger med å være et land og samfunn med innvandring. Meldingen presenterer prinsipper og rammer for framtidens politikk for mangfold og fellesskap, og gir en helhetlig framstilling av regjeringens integreringspolitikk.

I mai 2016 ble en ny integreringsmelding lagt fram; Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk.

### *Byggje – bu – leve: Eine bustadspolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar (Meld. St. 17 (2012–2013))*

Meldingen beskriver følgende mål for bolig- og byggepolitikken framover:

- Boliger for alle i gode bomiljøer.
- Trygg etablering i egen og leid bolig.
- Boforhold som fremmer velferd og deltakelse.
- Godt utformet, sikre, energieffektive og sunne bygg.
- Bedre og mer effektive byggeprosesser.

I meldingen ble en ny nasjonal boligstrategi varslet; Bolig for velferd.

### *Bolig for velferd (Meld. St. 17 (2012-2013))*

Dette er en nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020), et viktig styringsdokument for boligpolitikken.

Nasjonale mål for den sosiale boligpolitikken er:

1. alle skal ha et godt sted å bo,
2. alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet,
3. den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv.

### *God kvalitet – trygge tjenester (Meld. St. 10 (2012-2013))*

Det overordnede målet for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre sikkerhet og færre uønskede hendelser. Meldingen beskriver en mer aktiv pasient og større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitetsforbedring av tjenestene skal skje gjennom bedre strukturer, økt kunnskap og innovativ tjenesteutvikling. Tjenestene skal utvikles i tråd med målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten.

Kjennetegnene på god kvalitet er at tjenestene skal:

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst),
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser),
- involvere brukere og gi dem innflytelse,
- være samordnet og preget av kontinuitet,
- utnytte ressursene på en god måte,
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

#### *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (Meld. St. 15 (2012–2013))*

Regjeringens mål med meldingen er at vi, gjennom økt kompetanse og bedre samordning, skal bli bedre til å forebygge vold i nære relasjoner og gi bedre hjelp til utsatte og sårbare grupper.

#### *Fra utenforskap til ny sjanse – Samordnet innsats for voksnes læring (Meld. St. 16 (2015-2016))*

Meldingen inneholder tiltak som skal gi voksne bedre muligheter til å styrke sin kompetanse, øke mulighetene deres til å delta i opplæring og få sin medbrakte kompetanse godkjent. Målet for regjeringen er at den enkelte skal ha kompetanse som danner grunnlag for stabil og varig tilknytning til arbeidslivet. Meldingen er utarbeidet i fellesskap av Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

#### *Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn*

Målet med planen er å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Planen bygger på seks strategier, som skal bidra til å utvikle fleksible gode tjenester:

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse.
2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen.
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.
4. Aktivitet, mestring og avlastning.
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud.
6. Forskning, kunnskap og kompetanse.

#### *Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk (Meld. St. 30 (2015-2016))*

I meldingen presenterer regjeringen hvordan integreringspolitikk og tiltak bør organiseres for at flere nyankomne innvandrere med fluktbakgrunn skal komme raskere i jobb eller utdanning og få en fast tilknytning til arbeidslivet. Integreringspolitikken må utvikles fortløpende for å svare på samfunnets behov. Med denne meldingen angir regjeringen en retning for det videre arbeidet.

#### *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet (Meld. St. 33 (2015-2016))*

NAV-meldingen drøfter strategisk retning for videreutviklingen av arbeids- og velferdsforvaltningen. Meldingen drøfter tiltak for at flere skal komme i arbeid og hvordan NAV-kontoret skal få større handlingsfrihet til å tilpasse tjenestene til brukernes behov.

## **Lokale mål og føringer**

#### *Kvalitets- og verdighetsmål for helse- og omsorgstjenester i Fredrikstad kommune*

Fredrikstad kommunes kvalitets- og verdighetsmål omfatter 18 punkter, der de to overordnede målene lyder:

- De kommunale helse- og omsorgstjenestene i Fredrikstad kommune skal sikre at tjenestemottakerne får ivaretatt sine grunnleggende og medisinske behov, med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel.
- Kommunen skal legge til rette for en omsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig, trygt, forutsigbart og så langt som mulig et meningsfullt liv, i samsvar med

sine individuelle behov. Fredrikstad kommune ønsker et nært samarbeid med pårørende, med mål om at familiene/de nærmeste og kommunen utfyller hverandre på en god måte og sammen bidrar til et meningsfullt livsinnhold for tjenestemottakeren.

Kvalitets- og verdighetsmålene i sin helhet ligger i vedlegg 5.

### *Kommuneplan 2011–2023*

Kommuneplanens samfunnsdel er inndelt i seks innsatsområder. Av dem er to spesielt rettet mot tjenestene i seksjon Helse og velferd.

### **Befolkning, levekår og folkehelse**

Mål:

- Folkehelse og levekår er kraftig forbedret.
- Sosiale helseforskjeller er utjevnet.
- Livsstilssykdommer og rusrelatert problemer er redusert.
- Innvandrerbefolkningen deltar i Fredrikstad-samfunnet på alle samfunnsområder.

### **Tjenester til befolkningen**

Mål:

- Kapasiteten på helse- og omsorgstilbudet er tilpasset den økte etterspørselen og tilbudet har en tydeligere dreining mot forebyggende og helsefremmende innsats.
- Vi har smarte og moderne modeller for tjenesteytingen som bygger på tidlig innsats og likeverdig deltagelse gjennom partnerskap med brukerne og mellom alle tjenestenivåer.
- Tjenestetilbudene generelt, og helse- og omsorgstjenestene spesielt, legger vekt på nødvendig bistand til egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i Fredrikstad-samfunnet.

### *Kommunedelplan Folkehelse 2015–2018/2026*

Et overordnet mål for folkehelsearbeidet i Fredrikstad er en bedret folkehelse og en redusert sosial ulikhet i helse. En større del av innsatsen skal dreies over mot helsefremming og forebygging.

Folkehelseplanen har følgende mål:

- Gode, universelle tilbud til barn og barnefamilier, med ekstra innsats for å nå de som trenger det mest.
- Alle har en levestandard som muliggjør god helse og trivsel.
- Alle i Fredrikstad har mulighet til å gjøre sunne valg av betydning for helse og trivsel.
- Høyere levealder, og friskere eldregruppe.

### *Kommunedelplan Oppvekst 2012–2023*

Kommunedelplanen har fire satsingsområder:

- tidlig innsats,
- språk,
- foreldresamarbeid,
- overganger.

### *Kommunedelplan Bolig – Boligpolitisk plan for Fredrikstad kommune 2015–2026*

Planen omhandler blant annet:

- utbyggingsstrategier,
- boliger til vanskeligstilte,
- studentboliger,
- personer i etableringsfasen,



- boliger for eldre,
- universell utforming,
- strategi for kommunal eiendom – bolig,
- boligbyggeprogrammet.

### Tema-/fagplaner

I tråd med Fredrikstad kommunes vedtatte planstrategi 2016–2020 skal seksjon Helse og velferd utarbeide en rekke temaplaner i perioden, se vedlegg 4.



**FREDRIKSTAD  
KOMMUNE**

## Helse- og velferdsdagen 2016

Alt du ønsker å vite om våre tjenester





**Tid og sted:**  
Onsdag 20. april kl 15.00-19.00  
Byhallen (kinoen)

**Foredrag i VIP-salen om:**  
Hverdagsrehabilitering  
Kl. 15.15 og 17.00  
Velferdsteknologi  
Kl. 15.45 og 17.30  
Læring og mestring i hverdagen  
Kl. 16.15 og 18.00

**Du får oppleve:**

- Stands fra alle våre tjenester
- Smakebiter fra Kjøkkentjenesten
- Helsehusets lokale «husband»

**Vel møtt!**





## Vedlegg 2: Lover og forskrifter

Kommunen plikter å påse at helse- og omsorgstjenestene er faglig forsvarlige.

De mest sentrale lovverkene på området er:

- lov om behandlingssmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- lov om folkehelsearbeid
- lov om pasient- og brukerrettigheter
- lov om helsepersonell
- lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere
- lov om helsemessig og sosial beredskap
- lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenester m.m.
- lov om planlegging og byggesaksbehandling (plandelen)
- lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterloven)

Lovverket innen helse og omsorg er supplert med forskrifter, der innbyggernes rettigheter og kommunens plikter blir nærmere konkretisert. De mest sentrale forskriftene er:

- forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- forskrift om en verdig eldreomsorg
- forskrift om fastlegeordningen i kommunene
- forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
- forskrift om pasientjournal
- forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- forskrift om legemiddelhåndtering

Undersøkelse: Eldre er kjempefornøyde med dagsentrene

# - De ansatte er som engler

**Brukerne av dagsentrene for eldre i Fredrikstad har lite å utsette på tilbudet, men ønsker seg mer trim.**

HEGE MOLNVIK  
haga.molnvik@f.b.no

**D**et kan ikke bli bedre enn dette her. De ansatte gjør det de kan for at alle har det bra. Mulighet for å ha det åpent i helgene?

- De ansatte er engler som alltid hjelper til. De er unike flotte.  
- Jeg var skeptisk til flyttingen fra Lerkeveien, men jeg har ikke angret et sekund etter jeg kom hit. Det er veldig bra og jeg er strålende fornøyd.  
- Dette er bare noen av kom-

**H** Jeg var skeptisk til flyttingen fra Lerkeveien, men jeg har ikke angret et sekund.  
ANONYMT SVAR

**Ønsker mer trim**  
Det var riktignok også noen negative kommentarer som kom inn. Blant annet ønsket flere seg mer trim, og mange synes at frokost og middag kommer for tett på hverandre.

- Middagene her er litt skuffende og potetene har vært vonde.  
- Det ble litt stort etter sam-

menslängen. Maten var bedre før.

- Dagtilbudet burde utvides med helgeåpent. Flyttingen av dagsenteret på Østsidan har medført en vesentlig reduksjon av kvaliteten på innholdet i tjenestene. Pasientene blir i for liten grad orientert om endringer i driften.

- Ønsker meg mer trim og allsang. Hvis kommunen har råd hadde det vært fint med mer kulturtilbud.

**Sykling på Holmen**

Alle tilbakemeldingene er anonymiserte. Kommunen melder ut de enkelte dagsentrene umiddelbart satt i gang arbeidet med å tilby fysiske aktiviteter. Det er satt et mål om at man skal tilby trim hver dag.  
På Holmen starter «sykling på gjengrodd stier» i løpet av mars.

Undersøkelsen ble utført i desember 2015 av en person i kommunalsjefens stab. 175 personer er registrert som brukere av dagsentrene. De ansatte på dagsentrene gjorde et utvalg, og 113 personer ble vurdert som potensielle deltagere i undersøkelsen. 87 brukere valgte å delta i undersøkelsen.

**Scorer høyst**

Svarene rangeres på en skala fra 1 til 6 der 6 er «helt enig» og 1 er «helt uenig».

På feltet «respektfull behandling» scorer Fredrikstad 5,9. Det er det høyeste snittet blant kommunene som har gjennomført undersøkelsen.

Dagsentrene i Fredrikstad er på Holmen, Glemmen og Østsidan.

61 prosent av respondentene i undersøkelsen var mellom 80 og 89 år, 23 prosent over 90 år.



### **Vedlegg 3: Tjenesteområdene i seksjon Helse og velferd**

Seksjon Helse og velferd er organisert med følgende enheter/tjenesteområder på overordnet nivå, i tillegg til Stab Helse og velferd:

#### **Virksomhet Tildelingskontoret for helse og velferd**

Tildelingskontoret utreder, koordinerer, saksbehandler og tildeler tjenester som gis av seksjon Helse og velferd. I tillegg saksbehandles søknader om startlån og utbedringstilskudd fra Husbanken, vederlag for sykehjemsplasser, samt at virksomheten har ansvar for seksjonens kjøp av private tjenester.

Tildelingskontoret bruker om lag 53 årsverk. Det ble i 2015 mottatt totalt 8538 søknader om tjenester.

#### **Etat Omsorgssentre**

Etaten yter tjenester innenfor følgende områder:

- Sykehjem og omsorgsboliger
  - Langtidsopphold
  - Langtidsplasser spesielt tilrettelagt for personer med demens
  - Korttidsopphold spesielt tilrettelagt for personer med demens
  - Forsterket skjermet enhet for personer med demens
- Dagtilbud til hjemmeboende personer med demens
- Demensteam

Etaten består av seks virksomheter; Omsorgssentre nord, syd, øst, vest og sentrum, og en ressursenhet. Det brukes om lag 516 årsverk. Sykehjemmene i etaten hadde per 1.1.2016 totalt 468 plasser. Etaten har 34 dagtilbudsplasser spesielt tilrettelagt for personer med demens. Demensteamet gjennomførte i 2015 119 kartlegginger og oppfølginger.

#### **Etat Tjenester til funksjonshemmede**

Etaten yter tjenester innenfor følgende områder:

- Dag- og aktivitetstilbud for voksne med bistandsbehov
  - Forebyggende og helsefremmende aktiviteter
  - Vedlikehold og opptrening av praktiske, sosiale og motoriske ferdigheter
- Botjenester
  - Praktisk og personlig bistand
  - Sosialt nettverksarbeid
  - Målrettet miljøarbeid
  - Koordinering av tjenester når det er behov for bistand fra flere instanser
  - Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Avlastningstjenester
  - Et helhetlig og koordinerende tjenestetilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne
  - Avlastningstilbud til familier og personer med særlig tyngende omsorgsarbeid
  - Heldøgns omsorgstjenester til barn under 18 år

Etaten består av seks virksomheter; Bo nord, Bo syd/vest, Bo øst, Dagtilbud, Avlastning for barn og unge og en ressursenhet. Etaten bruker om lag 544 årsverk. Tjenester til funksjonshemmede hadde per 1.1.2016 329 aktive brukere, hvorav 254 hadde vedtak om mer en 35,5 t/uke.

#### **Etat Hjemmesykepleie**

Etaten yter tjenester innenfor følgende områder:

- Hjemmesykepleie

- Dagsenter for eldre
- Trygghetsalarm
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Ambulerende vaktmestertjeneste
- Omsorgsboliger, med delvis bemanning og uten bemanning
- Aktivitetstiltak for friske eldre, ved +Huset og Helsestasjon for eldre
- Forebyggende hjemmebesøk for innbyggere >77 år

Etaten består av seks virksomheter; nord, syd, øst, vest, fellestjenester og en ressursenhet. Etaten bruker om lag 396 årsverk. Hjemmesykepleien hadde per 1.1.2016 1625 brukere, som samlet sett hadde 5917 vedtakstimer per uke. I snitt utgjorde det 3,30 timer per bruker per uke.

### **Virksomhet Medisinske tjenester**

Virksomheten yter tjenester innenfor følgende områder:

- Fredrikstad og Hvaler legevakt
- Feltpleie
- Overgrepsmottaket i Østfold
- Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KAD-senger)
- Rehabilitering/opptrening
- Lindrende behandling
- Heldøgns pleie og omsorg – korttidsopphold og avlastning
- Laboratorietjenester
- Administrerer fastlegeordningen og legetjenestene i Fredrikstad kommune

Virksomheten er inndelt i åtte avdelinger, og bruker om lag 213 årsverk. I 2015 gjennomførte virksomheten 24 500 legevaktskonsultasjoner, og hadde 1100 korttidsopphold og 648 opphold i kommunale øyeblikkelig-hjelp-senger (KAD).

### **Virksomhet Friskliv og mestring**

Virksomheten yter tjenester innenfor følgende områder:

- Psykisk helsearbeid og rusmestring
- Aktivitet
- Fysio- og ergoterapi
- Læring og mestring
- Frisklivssentral
- Samfunnskontakt- og støttekontakttjeneste
- Bosetting av nyankomne flyktninger
- Sykepleie og omsorgstjenester til personer som bor i omsorgsbolig, både eldre og mennesker med psykiske lidelser og ROP-lidelser.
- Samarbeid med Blå Kors om tjenester til beboere med rusmiddelproblemer på llaveien.

Virksomheten er inndelt i fem avdelinger og en stabs-/støttefunksjon. Virksomheten bruker om lag 122 årsverk i faste stillinger og engasjementer, hvorav 14 årsverk er finansiert gjennom statlige tilskudd. Det ble i 2015 jobbet med 295 rusmisbrukere, mens 352 personer mottok psykiske helsetjenester. Det var i 2015 3370 besøk til psykiatrisk dagtilbud, U3.

### **Virksomhet Mat, vaskeri og praktisk bistand**

Virksomheten yter tjenester innenfor følgende områder:

- matproduksjon til institusjoner, eldrecentre, omsorgsboliger og hjemmeboende
- sju kommunale kantiner og catering
- seks vaskerier, som vasker tøy for sykehjem, eldrecentre, institusjonsbeboere og kommunalt ansatte/arbeidstøy
- praktisk bistand i hjemmet, for brukere som har vedtak om for eksempel vask av gulv, bad, toalett og skift av sengetøy

Virksomheten består av fem avdelinger, og bruker om lag 93 årsverk. Det ble i 2015 servert 365 000 middager og 400 000 tørrmåltider på institusjoner i Fredrikstad kommune.

### **NAV Fredrikstad**

Kommunale tjenesteområder ved NAV Fredrikstad er:

- Opplysning, råd og veiledning
- Forebygging av sosiale problemer
- Økonomisk sosialhjelp
- Forvaltning av privat økonomi
- Bistand med å skaffe arbeid/tiltak
- Gjeldsrådgivning
- Midlertidig botilbud
- Saksbehandling av Husbankens bostøtte
- Kvalifiseringsprogram
- Introduksjonsprogram for flyktninger

NAV Fredrikstad består av fire avdelinger, med til sammen tretten team. Kontoret har totalt 177,5 årsverk, hvorav 96,1 er kommunale.

I 2015 var det totalt 1995 sosialhjelpsmottakere, hvorav 382 var i alderen 18-24 år. Gjennomsnittlig stønadstid var på 5,2 måneder. I 2015 behandlet NAV Fredrikstad 4987 søknader på Husbankens bostøtte.

I 2015 ble det gitt bistand fra økonomisk rådgiver i 698 saker. I tillegg ble det gitt økonomisk rådgivning til 536 personer som ikke mottok økonomisk sosialhjelp. Per 1.1.2016 hadde 62 personer forvaltning av sin private økonomi.

I 2015 var det totalt 119 deltakere i kvalifiseringsprogrammet, mens det var 149 deltakere i introduksjonsprogrammet for flyktninger.

## **Vedlegg 4: Planer og planbehov 2016–2019, Helse og velferd**

### **Eksisterende planer**

- Demensplan 2009–2016
- Plan for psykososialt kriseteam (revidert 10.5.2013)
- Samlet mot vold i nære relasjoner, tiltaksplan for felles innsats i Fredrikstad 2012–2015
- Plan for mangfold og integrering 2011–2018
- Boligsosial handlingsplan 2014–2017
- Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008–2012
- Plan for psykisk helsearbeid 2007–2010

Bystyret har vedtatt at følgende planer skal utarbeides i perioden 2016–2019:

### **Planer ble ferdigstilt i 2016**

- Plan for mestring, habilitering og rehabilitering 2016–2023

### **Planer som planlegges ferdigstilt i 2017**

- Boligsosial plan 2016–2030 (rullering), med utbyggingsplan
- Plan for bosetting og integrering av flyktninger 2016–2023
- Plan for mat og ernæring 2016–2023
- Plan for helsemessig og sosial beredskap 2016–2023 (rullering)
- HMS-plan for Helse og velferd 2017–2028, på bestilling fra seksjonens arbeidsmiljøutvalg, som en del av satsingen på Arbeidsgledens år 2016
- Plan for heldøgns omsorgsplasser 2017–2030
- Plan for arbeidsrettet oppfølging 2017–2024
- Plan for psykisk helse og rusmestring 2017–2024 (rullering)
- Demensplan 2017–2024 (rullering)
- Plan for praktisk bistand 2017–2024
- Plan for legetjenesten 2017–2024
- Plan for velferdsteknologi 2017–2024
- Plan mot vold i nære relasjoner 2017–2024 (rullering)
- Plan for likeverd og frihet uavhengig av kjønnsuttrykk, kjønnsidentitet og seksuell orientering 2017–2024
- Plan for veteraner 2017–2024
- Utvikling av pasientforløp i Helse og velferd 2017–2024

### **Planer som planlegges ferdigstilt i 2018**

- Plan for friskliv og livsmestring 2018–2025
- Plan for helsetjenester og omsorg i livets slutfase 2018–2025
- Plan for avlastning for barn og unge 2018–2025

## Vedlegg 5: Kvalitets- og verdighetsmål for helse- og omsorgstjenester i Fredrikstad kommune

Vedtatt i helse- og velferdsutvalget 17.6.2015

1. De kommunale helse- og omsorgstjenestene i Fredrikstad kommune skal sikre at tjenestemottakerne får ivaretatt sine grunnleggende og medisinske behov, med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.
2. Kommunen skal legge til rette for en omsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig, trygt, forutsigbart og så langt som mulig meningsfylt liv, i samsvar med sine individuelle behov. Kommunen ønsker et nært samarbeid med pårørende, med mål om at familien/de nærmeste og kommunen utfyller hverandre på en god måte og sammen bidrar til et meningsfullt livsinnhold for tjenestemottakeren.

Helse- og omsorgstjenestene skal tilrettelegges slik at følgende hensyn ivaretas:

3. Respekt, verdighet, forutsigbarhet, trygghet, selvstendighet, medbestemmelse og styring av eget liv.
4. En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
5. Tilbud om eget rom ved langtidsopphold i institusjon, og – så langt det er praktisk mulig – også ved korttidsopphold.
6. Medvirkning fra tjenestemottaker og eventuelle pårørende/verge ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene.
7. Et mest mulig normalt liv, med normal livs- og døgnrytme og adgang til å komme ut.
8. Mulighet for ro og skjermet privatliv.
9. Tilbud om aktiviteter, samvær og sosial kontakt.
10. Mulighet til selv å ivareta egenomsorg. Nødvendig hjelp til personlig hygiene, naturlige funksjoner (toalett), nødvendig tannbehandling og munnhygiene, og av- og påkledning.
11. Et variert, tilstrekkelig og helsefremmende kosthold, tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
12. Tilbud om samtaler om eksistensielle spørsmål og tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse.
13. Bevart eller økt mulighet til å fungere i hverdagen. Tjenestetilbudet skal bidra til habilitering og rehabilitering.
14. Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand og behov.
15. Riktige tjenester til rett tid, og bistand til å søke om tjenester/verge der kommunens medarbeidere avdekker udekkede behov.
16. Aktiv bruk av individuell plan (IP) når det er aktuelt.
17. Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer helhet, samordning og kontinuitet i behandlingen.
18. Lindrende behandling og en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

Fredrikstad kommunes verdier er **Modig**, **Engasjert**, **Romslig** og **Kompetent**. Dette verdigrunnlaget skal **MERK**es i arbeidet vårt.

Fredrikstad kommunes kvalitets- og verdighetsmål er utarbeidet med utgangspunkt i:

- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten  
<http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html>
- Forskrift om en verdig eldreomsorg  
<http://www.lovdato.no/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html>



**FREDRIKSTAD  
KOMMUNE**