



Helse og omsorg i Kvinesdal mot 2040

2018

SAMMEN SKAPER VI FREMTIDEN



Innhold

1	Bakgrunn og rammebetingelser	3
1.1	<i>Plan for helse- og omsorgstjenesten – hva er det?</i>	<i>3</i>
1.2	<i>Utvikling i dialog med lokalsamfunnet (kommunen 3.0)</i>	<i>1</i>
2	Strategier og hovedgrep for utvikling av tjenestene	1
2.1	<i>Økt behov på 69 prosent krever flere fagfolk og flere bygg</i>	<i>1</i>
2.2	<i>Helse- og omsorg er mer enn eldreomsorg</i>	<i>1</i>
2.3	<i>Styrking av tilbudet til personer med demens</i>	<i>1</i>
2.4	<i>Utvikling av tilbudet til mennesker med utviklingshemning</i>	<i>1</i>
2.5	<i>Psykisk helse og rusomsorg</i>	<i>1</i>
2.6	<i>Rehabilitering og folkehelse</i>	<i>3</i>
2.7	<i>Velferdsteknologi</i>	<i>4</i>
2.8	<i>Systematisk arbeid med forbedringer og organisatoriske tilpasninger</i>	<i>1</i>
2.9	<i>Sats på en heltids- kompetansekultur</i>	<i>1</i>
3	Boligplasser og sykehjem for eldre	1
3.1	<i>Boligpolitikk</i>	<i>1</i>
3.2	<i>Renovering og nybygg i sykehjem og boliger med bemanning</i>	<i>2</i>
4	Nasjonale føringer	1
4.1	<i>Kommunens rolle i støpeskjeen</i>	<i>1</i>
5	Handlingsplan 2018–2023	3

1 Bakgrunn og rammebetingelser

1.1 Plan for helse- og omsorgstjenesten – hva er det?

Formålet med planen

Helse- og omsorgstjenestene er preget av en rekke utfordringer: Det blir flere eldre og færre yrkesaktive, kommunen får nye oppgaver fra staten, ny teknologi gir nye muligheter og tjenestene er preget av mange små stillinger. Videre er det nødvendig å ta stilling til rehabilitering av sykehjem og kommunale boliger.

Utfordringene innen helse og omsorg er større enn innen andre kommunale tjenester. Formålet med denne planen er både å beskrive utfordringene og skissere strategier for hvordan utfordringene kan løses.

Tidshorisont for planen er til 2040. Lang tidshorisont er særlig viktig for strategisk planlegging. Målgruppe for planen er innbyggere, politikere, ledere og ansatte i kommunen.

Hvordan er planen laget?

Planen er utarbeidet av en gruppe med ledere og hovedtillitsvalgt, med bistand fra Agenda Kaupang. Helse- og omsorgstjenestene har blitt analysert på grunnlag av offentlig statistikk og data innhentet fra kommunene. Ledere av tjenesten har blitt intervjuet om status, utfordringer og utviklingen av tilbudet. Siktemålet har vært å lage en faktabasert plan.

På dialogkonferanse 25. april 2018 ble tallgrunnlag gjennomgått, og folkemøte ble avholdt 23. mai. Kommunale råd har gitt innspill, og planen har vært ute til høring. Formannskapet har vært styringsgruppe for planen.

Andre planer

«Helse og omsorg i Kvinesdal mot 2040» er en overordnet langsiktig plan for utviklingen av tjenestene. Planen erstatter tidligere planer på området. Det er nødvendig å utarbeide

handlingsplaner og opprette arbeidsgrupper for å gjennomføre utviklingen på ulike områder.

Kommuneplanen omfatter sentrale forhold som også er relevante for helse- og omsorgstjenestene. Folkehelse og frivillighet er temaer i kommuneplanens samfunnsdel. Arealplanen er viktig for planlegging av bygg som er nødvendig for å tilby helse- og omsorgstjenester.

Budsjett og økonomiplan

Årsbudsjettet er en bindende plan for kommunens midler og hvordan disse skal brukes i budsjettåret. Kvinesdal kommune behandler årsbudsjettet og økonomiplanen samtidig.

Bygging og rehabilitering av sykehjem og omsorgsboliger krever lån til betydelige investeringer, som igjen vil føre til renter og avdrag som skal finansieres over kommunens budsjett. Det vil være nødvendig med en økonomisk, rasjonell drift som kan sikres gjennom å utnytte mulighetene som ligger i stordriftsfordeler, velferdsteknologi, innovative løsninger, samarbeid med det sivile samfunn og private aktører mv.

Handlingsplan blir tatt med i arbeidet med virksomhetsplan. Rapportering skjer i årsrapporten

Handlingsplanen bakerst i dokumentet skal følges opp i budsjettet og økonomiplanen.

Plan for helse og omsorg i Kvinesdal mot 2040 skal rulleres i løpet av 2023.

«Sammen skaper vi fremtiden»

Visjonen illustrerer en ambisjon om at utviklingen skal skje gjennom en dialog mellom berørte parter som brukere, innbyggere, politikere, frivillige, ledere, ansatte og representanter for spesialisthelsetjenesten.

1.2 Utvikling i dialog med lokalsamfunnet (kommunen 3.0)

Kva er kommune 3.0?

Begrepet kommune 3.0 blir brukt for å signalisere en ny rolle for kommunen, hvor vi er på vei bort fra det såkalte «servicesamfunnet» og over mot «fellesskapssamfunnet». Brukeren er ikke en kunde, men en innbygger som skal bidra til fellesskapet.

Kommunen er ikke lenger først og fremst en myndighet (kommune 1.0), og heller ikke lenger en servicevirksomhet (kommune 2.0). Kommunen er et demokratisk ledet fellesskap av aktive og ressurssterke innbyggere (kommune 3.0).

Etter inspirasjon fra Danmark har flere norske kommuner etter hvert tatt i bruk dette begrepet. Erfaringene viser at det tar tid å endre rollene i tråd med ambisjonene som begrepet innebærer. Nye roller krever ny kompetanse, nye verdier og metoder for dialog med de berørte aktørene

Også i Kvinesdal vil utviklingen av helse- og omsorgstjenesten bli gjort i tråd med prinsippene for kommune 3.0. Gode helse- og omsorgstjenester handler om å gi alle mulighet i hverdagen. Det oppnår vi ved å forvente ansvarlighet og aktivt medspill fra alle. Vi skal bryte ned grensene mellom «dem» og «oss».

I det følgende gis en omtale av kommunens dialog med berørte parter i lokalsamfunnet og andre tjenesteleverandører.

Innbyggernes ansvar

Et av målene i helse- omsorgsplanen er som tidligere nevnt å styrke innbyggernes evne til å klare seg selv. Litt senere blir det gitt en omtale av en kommunal boligpolitikk. Et av målene med politikken er å bidra til at personer med behov for bistand ta ansvar for egen bolig.

En kommunal boligpolitikk henger nært sammen med politikken for utvikling av

kommunens arealer. Utvikling av kommunen 3.0 handler om å utvikle rollen som samfunnsaktør i tillegg til rollen som tjenesteprodusent. Politikken favner altså videre enn helse- og omsorgstjenestene.

Bruker- og pårørendemedvirkning

Brukermedvirkning er viktig for at brukerne skal kunne ta en mer aktiv rolle og i større grad bli en ressurs i eget liv. Dette stiller større krav til omsorgstjenestene, som i større grad enn tidligere må kartlegge og forstå brukerens behov. Videre må omsorgstjenestene gjennom kommunikasjon og støtte tilrettelegge for at brukerne reelt kan delta i beslutninger som angår dem selv.

Ved tildeling av tjenester er det viktig å legge vekt på brukerens situasjon og hva som er viktig for brukeren. Bruken av spørsmålet «Hva er viktig for deg?» kan være et viktig virkemiddel for å få frem hva som egentlig er det viktigste for brukeren. Om man skal ta mestring og brukernes mål på alvor, må man møte brukerne på en annen måte enn det som før har vært vanlig.

Det er etablert et eget brukerråd innen psykisk helse. Brukerråd kan være aktuelt også på andre områder.

Innsatsen fra frivillige

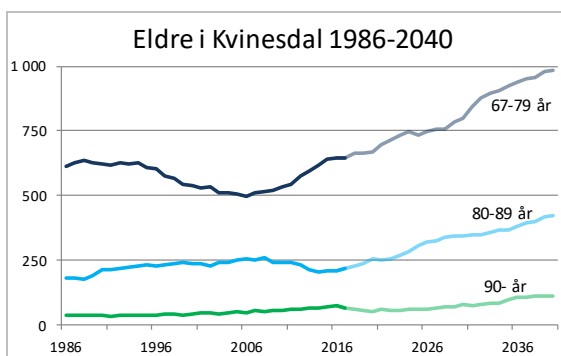
I Norge har det vært en utvikling i retning av at frivillige nå i større grad stiller opp som enkeltpersoner, og færre gjør frivillig innsats gjennom organisasjoner. Frivillighet trenger mer koordinering enn før. Det er nødvendig å styrke koordineringen av bruken av frivillige i tilknytning til helse- og omsorgstjenestene. Frivilligsentralen vil være en viktig bidragsyter inn i fremtidig frivillighetsarbeid innen helse og omsorg, og må ha et nært samarbeid med sektoren.

2 Strategier og hovedgrep for utvikling av tjenestene

2.1 Økt behov på 69 prosent krever flere fagfolk og flere bygg

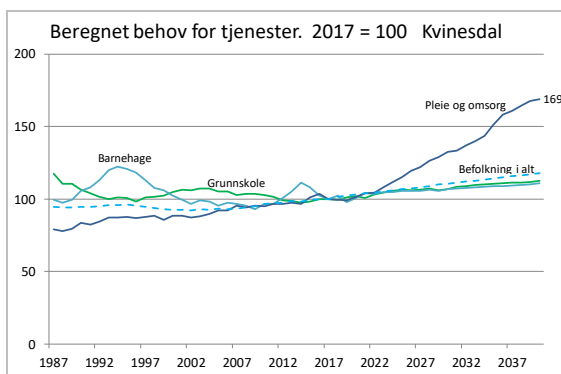
Flere over 80 år på 2020-tallet

Økningen i antall eldre i Kvinesdal er preget av at de store etterkrigskullene gradvis blir eldre.



Økning i behov på 69 prosent i 2040

Figuren under viser resultatet av en beregning av behovet for tre utvalgte tjenesteområder som følge av utviklingen av ulike aldersgrupper.

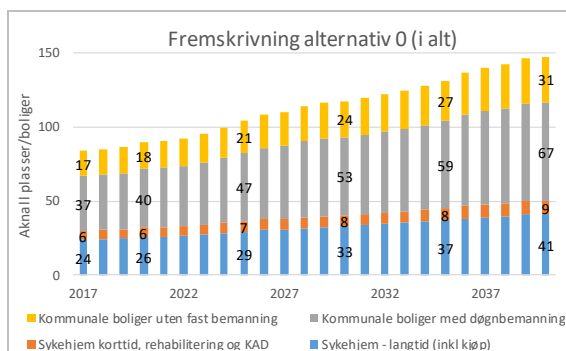


Behovet for grunnskole og barnehage vil øke med rundt 10 prosent i årene frem til 2040.

Flere eldre gjør at beregnet behov for helse- og omsorgstjenester øker med hele 69 prosent. Det tar imidlertid fem år før økningen i behovet starter.

Alternative fremskrivninger av tilbudet

Det er også foretatt fremskrivninger av behovet for sykehjem og boliger med døgnomsorg, gitt at dekningen for ulike aldersgrupper er som i dag.



Behovet øker fra 84 plasser i 2017 til rundt 148 plasser i 2040. Behovet øker allerede fra 2017, og veksten blir sterkere på 2020-tallet.

Rekruttering

Kvinesdal har i dag stor grad dekket behovet for fagfolk. Tall fra SSB viser at også Kvinesdal mot 2040 vil ha utfordringer med å rekruttere fagpersonell. Tiltak for å rekruttere og beholde fagpersoner må vektlegges fremover i kommunen.

2.2 Helse- og omsorg er mer enn eldreomsorg

Pleie- og omsorgstjenester prioritert høyere enn helsetjenester

Kraftinntekter gjør at Kvinesdal har høyere inntekter enn landssnitt. I 2017 var utgiftene til Kvinesdal til pleie- og omsorgstjenester 16 prosent høyere enn landssnittet. Det er da korrigert for forskjeller i behov for tjenester.

Utgiftene til helsetjenester var 3 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Helsetjenester er i offentlig statistikk definert som legetjenester, fysioterapi, ergoterapi, helsestasjon, frisklivs-sentraller mv.

Utgiftene til tre brukergrupper

Utgiftene til ulike brukergrupper innenfor pleie og omsorg er sammenliknet med gjennomsnittet av et utvalg på 12 kommuner. I Kvinesdal var utgiftene til psykisk utviklingshemmede 77 prosent høyere, til psykisk helse og rus 5 prosent høyere og til eldre 15 prosent høyere. For psykisk utviklingshemmede bruker kommunen mye til voksne og lite til barn. Eldre er altså gruppen som er lavest prioritert av disse tre gruppene.

Nye satsinger krever omprioriteringer

Det er fortsatt nødvendig å styrke kapasiteten i hjemmetjenester for eldre, slik at enda flere kan få bistand i eget hjem. Økt spesialisering vil kunne bidra til bedre tjenester innen områder som rehabilitering, rus, demens, kreft, lindrende behandling (palliasjon), mv. Særlig vil det være behov for styrking av tilbudet til personer med demens (se egen omtale). Det bør satses på tverrfaglig organisering i tråd med primærhelsemeldingen.

Teknologiske endringer vil kreve investeringer før gevinster kan realiseres (se egen omtale). Det er behov for investeringer i bygg som følge av slitte bygg og flere eldre (se egen omtale). Disse satsingene vil medføre økte utgifter i årene som kommer. For å kunne finansiere satsingene vil det være nødvendig å vurdere en reduksjon av utgiftene til gruppene som får mest og tiltak som bidrar til en mer effektiv drift.

Mer om hjemmetjenester til eldre

Ved utgangen av 2017 var det 290 personer som mottok hjemmetjenester fra kommunen. Av disse var 117 personer over 80 år.

I 2017 fikk 48,7 % av de eldre over 80 år pleie- og omsorgstjenester fra kommunen. For landet var tilsvarende andel på 44,5 %. I 2017 ble 70 % av budsjettet brukt på hjemmetjenester og aktivisering. Tilsvarende andel for landet var på 57 %. Den høye andelen for Kvinesdal henger sammen med at kommunen gir et omfattende tilbud i omsorgsboliger som alternativ til institusjon.

De fleste vil bo hjemme lengst mulig

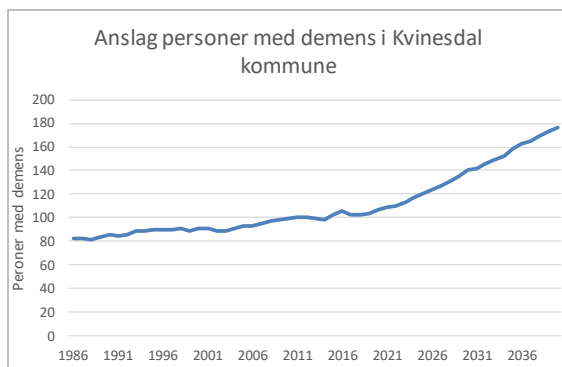
Det er en klar dreining mot at brukere av kommunale tjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig.

«Mange ønsker en helse- og omsorgstjeneste som i større grad tar utgangspunkt i de eldres behov, og lar eldre få være sjef i eget liv lengst mulig». Meld. St. 15 (2017–2018), Leve hele livet.

2.3 Styrking av tilbudet til personer med demens

Hvor mange har demens i Kvinesdal?

Det er anslått rundt 100 personer med demens i Kvinesdal i 2017. Beregningene tar utgangspunkt i kartleggingen av forekomsten av demens i ulike aldersgrupper i en internasjonal studie (Prince m.fl. 2013).



I perioden fra 1986 til 2017 har antall personer med demens økt med rundt 20. 2040 vil det være rundt 180 personer med demens i kommunen.

Nasjonal kartlegging av tilbudet

En kartlegging foretatt av Sykehuset Innlandet fra 2015 viser at et normalt demensforløp varer rundt 8 år. I den siste fasen på rundt to år blir det gitt et kostnadskrevenende tilbud på sykehjem til drøyt 800 000 kroner per år. I den første fasen (fra sykdomsdebut til diagnose) og den andre fasen (fra diagnose til institusjon) er innsatsen på 200 000 kroner per år. I 2015 var det rundt 20 prosent av personer med demens som benyttet et dagsenter. Det har tidligere vært gjennomført seks nasjonale kartlegginger av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens, den første i 1996 og den siste i oktober 2014. En ny nasjonal kartlegging gjennomføres høsten 2018.

Kartleggingen til forskerne viser hvilke tilbud som var vanlig i norske kommuner for noen år siden. Signalene i «Demensplan 2020» viser

at statlige myndigheter har ambisjoner om å styrke tilbudet til personer med demens.

Tilbudet har blitt styrket etter kartleggingen for noen år siden.

Forskerne har kartlagt at 90 prosent av personer med demens mottar hjelp fra pårørende. Når demensdiagnosen blir stilt ytes det i den andre fasen i gjennomsnitt 60 til 85 timer hjelp i måneden. I den tredje fasen på institusjon faller bistanden fra pårørende til 7 timer i måneden.

Behov for en betydelig styrking av demensomsorgen

Kommunestyret har vedtatt at Kvinesdal kommune skal bli et demensvennlig samfunn. Mennesker med demens skal møtes med forståelse, respekt og støtte, ha mulighet til å være inkludert og delta i nødvendige hverdagsaktiviteter.

Kommunen har et dagsenter for hjemmeboende personer med demens, et demens-team og et prosjekt med ambulerende aktivitetør.

Det er behov for økte ressurser til styrking av tilbudet på flere områder i årene fremover.

- Involvere brukere, pårørende og frivillige i utviklingen av flere aktiviteter – mulig utvidelse av dagsenter/dagtilbud
- Videreutvikle kommunalt demenssteam fra kartlegging til systematisk oppfølging av personer med demens
- Kartlegge dagens behov for avlastning av pårørende
- Kvinesdal har et årlig tilbud sammen med Sirdal og Flekkefjord kommune om pårørendeskole for personer med demens
- Velferdsteknologi som kan bidra til trygghet og mestring av hverdagsaktiviteter og avlastning for pårørende

2.4 Utvikling av tilbudet til mennesker med utviklingshemning

Dagens situasjon: Voksne prioriteres høyt og barn prioriteres lavt

I Kvinesdal var utgiftene i 2017 til psykisk utviklingshemmede 77 prosent høyere enn et utvalg av 12 andre kommuner. Blant disse brukerne har Kvinesdal høyere utgifter til voksne og lavere utgifter til barn enn de andre kommunene.

Kvinesdal er med i et Lister-nettverk som har årlige møter med foreldresamlinger. Målgruppen her er pårørende til barn med omfattende hjelpebehov

For voksne har Kvinesdal særlig høye utgifter til bofellesskap og til brukerstyrt personlig assistent (BPA).

For barn går hovedvekten av utgiftene til avlastning. Likevel bruker Kvinesdal mindre til avlastning enn det som er vanlig i de andre kommunene. Utgiftene er også lavere til omsorgslønn.

Fremtidig utvikling

Høye utgifter sammenliknet med andre kommuner tilsier at reduksjon er mulig. I 2018 har det vært en reduksjon på 2,7 årsverk siden kartleggingen i 2017.

Dagens situasjon med 6 små bofellesskap er preget av smådriftsulempen. En planlagt samling av aktivitetene vil gi mer rasjonell drift.

Avlastning for barn kan legges til et eksisterende bofellesskap. Forutsetningen er utbygging av eksisterende bygningsmasse.

Flere i målgruppen blir eldre og får demens på linje med andre grupper. Det er derfor viktig at ansatte som møter brukerne får opplæring om demens.

En mulighet er å samle tjenester til barn med sammensatte og omfattende hjelpebehov. Det vil være naturlig å samle både avlastning og helsetjenester til barn på et sted.

Tjenester til barn bør være knyttet opp mot koordinerende enhet i kommunen. Dette må sees i sammenheng med gjennomgang av organiseringen av helse- og omsorgstjenestene.

Tjenesten må i fremtiden ha en økt satsing på velferdsteknologi. I tillegg er det ønskelig med en dreining fra bofellesskap til tjenester i private hjem, med fokus på hverdagsmestring.

Støttekontakttjeneste og aktivitetstilbud for barn og unge kan i større grad organiseres i grupper, med fokus på nettverksbygging.

Analysér fremtidig behov for tilbud til personer med funksjonshemming

Man kunne kanskje tenke at det fremtidige behovet kunne analyseres med utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, slik det er gjort for å anslå fremtidig behov for sykehjem og andre boformer for de eldre brukerne. En slik fremgangsmåte er imidlertid ikke hensiktsmessig. Grunnen er at alder ikke gir tilstrekkelig informasjon om fremtidig behov.

De fremtidige behovene kan derimot anslås med utgangspunkt i en gjennomgang av brukerne som allerede befinner seg i kommunen. Man kan da blant annet gjøre en analyse av fremtidig behov hos unge brukere som i dag bor sammen med sine foreldre.

2.5 Psykisk helse og rusomsorg

I Kvinesdal kommune er ansvaret for rus organisert i Nav, mens deler av rusomsorgen og psykisk helse er organisert i Enhet for levekår. Lov om sosiale tjenester i NAV og helse- og omsorgsloven styrer arbeidet.

Viktig å se psykisk helse og rusomsorg i sammenheng

Etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har kommunen ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering, behandling og bistand. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal veileder for dette arbeidet, «Sammen om mestring». Der legges det særlig vekt på at psykisk helse og rus må sees i sammenheng og at brukeren er den viktigste aktøren.

Spesialisthelsetjenesten har bygget ned sine polikliniske- og institusjonstilbud de siste årene og kommunene har fått et større ansvar for brukere på et tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet med alvorlige psykiske diagnoser med og uten rusutfordringer. I 2016 kom en nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser. Samme år kom nasjonal faglig retningslinje for avrusing fra rusmidler og vanedannende legemidler.

Behandling av rus- og avhengighetsproblemer handler om å sette brukeren i stand til å leve et godt liv. Ut fra den enkeltes mål, ønsker og behov er det viktig å involvere instanser og personer som kan bidra konstruktivt i behandlings- og rehabiliteringsprosessen. Det skal legges til rette for kontakt med brukerorganisasjoner, likemenn og personer med erfaringskompetanse.

Kommunen har for- og ettervernstiltak som skal være individuelt tilpasset. Eksempler er oppfølging og arbeidsrettede tiltak, veiledning

fra NAV, oppfølging og praktisk bistand fra psykisk helse, terapeutiske samtaler og selvhjelpsgrupper.

Psykiske helsetjenester til barn og unge er organisert under Helsestasjonen. Gode oppvekstvilkår og utdanning bidrar til å styrke den psykiske helsen og redusere omfanget av rusproblemer. Et godt forebyggende arbeid vil kunne gjøre at færre faller utenfor. Tiltak som BTI (bedre tverrfaglig innsats), traumebevisst omsorg, SMIL-grupper for barn som pårørende, kjærlighet og grenser, helsestasjon for ungdom og Zippys venner må fortsette og videreutvikles.

Kommunen har i dag et formelt samarbeid med spesialisthelsetjenesten blant annet gjennom «kommunebup» (helsestasjonen og Abup), FACT og IPS (individuell jobbstøtte). FACT er et prosjekt som gir tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet. IPS er også et prosjekt som har som mål å få mennesker med alvorlige psykiske lidelser ut i ordinært arbeid. Begge prosjektene er i regi av Helsenettverk Lister, Fyrtårn psykisk helse og rus i samarbeid med Sørlandets sykehus, DPS.

Tiltak i årene fremover

Det er viktig å styrke kompetansen og samarbeidet på tvers av sektorer og tjenester, blant annet må kompetansen innen alderspsykiatri og utviklingshemmede med psykiske lidelser styrkes. Satsing på gruppetilbud og selvhjelpsgrupper skal styrkes. Vi vil introdusere internettbaserte selvhjelpsmoduler og videreutvikle lavterskeltilbud. Fremover må det forebyggende arbeidet styrkes og tiltakene må sees i sammenheng med utfordringer som blant annet kommer frem i Folkehelseprofilen og Ungdata. Den reelle bruker- og pårørende-medvirkningen skal styrkes.

For å bedre koordineringen og gi et helhetlig tjenestetilbud anbefales det at ansvaret for psykisk helse- og rustjenester samles i en enhet.

Samarbeidet mellom kommunen i Lister og resten av regionen, og mellom kommunene og

spesialisthelsetjenesten, må styrkes og videreutvikles. Dersom evalueringen av prosjektene viser gode resultater må det vurderes at prosjektene går over i fast drift etter prosjektperioden.



2.6 Rehabilitering og folkehelse

Rehabilitering

Figuren under viser hvilke nivåer man må ha i et rehabiliteringstilbud, og antall brukere som har behov for de ulike nivåene. De fleste har nytte av hverdagsmestring, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering. Som grunnmur til denne pyramiden kan man sette inn helsefremmende tiltak og fallforebyggende tiltak som er rettet mot hele den eldre delen av befolkningen.

Rehabilitering i Kvinesdal

Tilbudet om hverdagsrehabilitering er bra. Forebyggende og helsefremmende arbeid kan videreutvikles. Informasjon om hva som finnes av aktiviteter må være lett tilgjengelig for kommunens innbyggere.

Folkehelse

Lov om folkehelsearbeid trådte i kraft 1. januar 2012 og har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale forskjeller. Folkehelsearbeidet

skal fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Et godt arbeid med folkehelse vil kunne bidra til en mer selvhjulpent befolkning og redusert behov for helse- og omsorgstjenester. Et effektivt folkehelsearbeid skal utøves i alle sektorer. Folkehelseprofilen og Ungdata gir statistikker/indikatorer som viser kommunenes og landets utfordringer og utvikling gjennom tid.

Kvinesdal har egen kommunedelplan for folkehelse som gjelder for alle tjenestene i kommunen. Hovedmålet er «helse i alt vi gjør» og «reduserte sosiale helseforskjeller». Planen skal rulleres i 2018 og handlingsdelen blir rullert årlig. Kommunen er også med i et nasjonalt program for folkehelsearbeid i Agder hvor målet er en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet.

Folkehelsearbeidet skal styres og koordineres på et overordnet nivå og drives gjennom et systematisk samarbeid mellom alle sektorer. Kommunen skal ha god oversikt over folkehelsestilstanden, utfordringer og ressurser. Enhetene skal rapportere om folkehelseutfordringer i årsrapporten og folkehelseperspektivet skal ivaretas i kommunale planer som utarbeides.



2.7 Velferdsteknologi

«Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – Det handler om mennesker»
- Nissen

Nasjonalt velferdsteknologiprogram (nvp)

Bruk av velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende. Nvp er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helse- direktoratet. I regi av programmet er det foretatt en oppsummering av erfaringer fra kommuner som har tatt teknologien i bruk. Videre har Helsedirektoratet anbefalt å ta bestemte løsninger i bruk, slik at det skal bli lettere for kommunene å velge riktig teknologi i et marked som preges av stadig utvikling.

Kvinesdal kommune var med i første nvp som et Lister-prosjekt, hvorav Helsedirektoratet kom med to nasjonale anbefalinger på de ulike teknologiene kommunene i prosjektet hadde testet ut. Hver kommune utarbeidet hver sin gevinstplan.

I 2017 tilsluttet Kvinesdal seg andre runde i nvp, da sammen med Agder. *Innføring av velferdsteknologi Agder 2020* er det største nasjonale prosjektet.

Vi har til hensikt at velferdsteknologi (vft) skal bli en integrert del av tjenesten innen 2020 og har organisert delprosjekter som kompetanse- heving under hovedprosjektet «*Innføring av velferdsteknologi Agder 2020*». Her deltar kommunens kontaktperson inn i prosjektet og har vært med på å utarbeide eget e- læringskurs «*Andre skritt på veien*», som igjen er et EU-prosjekt kalt ALTAS. Videre arbeides det med gevinstrapporter; Kvinesdal deltar som pilot inn i dette delprosjektet.

Det har blitt gjort en felles anskaffelse på vft i Agder. Her har kommunens kommunalsjef samt kontaktperson deltatt inn i prosesser og arbeidet. Kommunen er også tilsluttet kommunalt responscenter som ligger i Kristiansand. Overgangen til digitale alarmer samt oppkobling til responscenteret vil starte i august 2018.

KVINAvita (Velferd, Innovasjon, Trygghet, Ansvar) er kommunens teknologibolig. Dette er en inspirasjonsbolig for brukere, pårørende, ansatte, innbyggere, andre kommuner og interessenter. Formålet med boligen er å synliggjøre og bli kjent med ulike teknologi. Brukere kan teste ut, ansatte kan få smarte ideer.

Fremover: Tilstrekkelig kapasitet og god rollefordeling

Teknologien er under stadig utvikling, og vil være av vesentlig betydning for utvikling av tjenestene i årene som kommer. Vellykket bruk av ny teknologi gir bedre tjenester for brukerne og reduserte kostnader for kommunen.

Kvinesdal ligger langt fremme i innføringen av velferdsteknologi. Så langt har innføringen vært preget av stort personlig engasjement. Fremover blir det nødvendig med tilstrekkelig kapasitet til innføring av ny teknologi.

For helse- og omsorgstjenestene vil det være viktig med tilstrekkelige midler til investering og drift av teknologien.

Det bør utarbeides en strategiplan for implementering av velferdsteknologi i Kvinesdal kommune.

Satsingen vil kreve økte ressurser. Det er må settes av tilstrekkelige midler til investeringene og at det lages en plan for realisering av gevinster.

Kommunene bør ha en person ansatt overordnet på tvers av sektorer til arbeidet med teknologi. Samhandling vil være sentralt i årene som kommer. Kvinesdal trenger en person som samler og holder enhetene oppdaterte, slik at kommunen også henger med og er ledende på teknologien i fremtid.

2.8 Systematisk arbeid med forbedringer og organisatoriske tilpasninger

Endring av kulturen tar tid

Nye måter å tilby tjenestene på utfordrer vante arbeidsmåter. For eksempel innebærer vektlegging av mestring at de ansatte må arbeide med «hendene på ryggen». Det tar tid å forandre den etablerte kulturen.

Mange av tiltakene som prøves ut er relativt nye i nasjonal sammenheng. For eksempel er utprøving av velferdsteknologi fortsatt i en tidlig fase. Det vil være nødvendig å justere kursen på grunnlag av erfaringer som gjøres i Kvinesdal kommune og andre kommuner.

Systematisk arbeid med forbedringer

I årene som kommer er det nødvendig at helse- og omsorgstjenestene tilpasser seg at det blir flere eldre, utviklingen av ny teknologi, at kommunene får flere oppgaver fra staten og at flere kan bo hjemme istedenfor på institusjon. Derfor er det viktig å arbeide systematisk med utvikling av tjenestene.



«Demings sirkel» er en anerkjent metode for utvikling. Den beskriver et arbeid med utvikling i fem faser. I praksis arbeider man gjerne med flere trinn parallelt. Metoden er egnet både på strategisk og operativt nivå i kommunen.

Helse- og omsorgstjenestene i Kvinesdal har i likhet med andre kommuner vært preget av at drift og utføring (fase 3) har vært mest prioritert. Arbeidet med de andre fasene bør prioriteres høyere. Det blir blant annet viktig å sikre tilstrekkelig kapasitet til å planlegge, evaluere og følge opp.

Utvikling av tildelingsfunksjonene

Tjenestekontoret ble etablert i 2006. Det er bred enighet blant ledere og tillitsvalgte om at tjenestekontoret fungerer bra. Det blir gitt gode tilbakemeldinger om kompetansen på kontoret, kvaliteten på saksbehandlingen, samarbeid med tjenester i og utenfor kommunen.

Ved tildeling av tjenester blir det lagt økt vekt på brukernes egne ressurser, blant annet gjennom arbeidet med «Recovery». Dette er en kulturendring som tar tid, og som derfor bør få oppmerksomhet i årene som kommer.

Bruk av ny teknologi vil både gi støtte til en bedre tildeling, en bedre dialog med brukerne og nye tjenester til brukerne.

Rutinene for å tidfeste evaluering og for avslutning av tjenester bør styrkes.

Gjennomgang av organisering

Det bør foretas en gjennomgang av organiseringen i sektoren med sikte på at det blir god sammenheng i tjenestene. Videre kan det være aktuelt å vurdere en organisering av sektoren slik at enhetene blir mer jevne på størrelse.

En utfordring er at flere enheter utfører likeartede oppgaver. Oppgaver som tildelingen av boliger, BPA, rusbehandling og avlastning er i dag fordelt på flere enheter. Det bør vurderes om de ulike oppgavene kan samles.

2.9 Sats på en heltids- kompetansekultur

Dagens stillingsstørrelse

Helse- og omsorgstjenestene i Kvinesdal hadde i 2017 353 ansatte fordelt på 240 årsverk. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse var på 68 prosent.

Heltidskultur

Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste, og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Særlig innen helse- og omsorgssektoren vil mange av brukerne ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner, og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer, og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.

Kvinesdal kommune har sammen med Sirdal, Hægebostad og Flekkefjord søkt om og fått tilskudd fra fylket til et prosjekt om heltidskultur. Målet er et faktabasert grunnlag for tiltak for å utvikle en heltidskultur i Lister.

Mål for gjennomsnittlig stillingsstørrelse og andel heltidsstillinger kan være aktuelt i videre arbeid.

Kommunen har som IA-kommune ansvar for helsefremmende og inkluderende arbeidsplasser, hvor det er plass til alle som vil og kan arbeide. Samtidig er det viktig at kommunen som arbeidsgiver legger vekt på de positive effektene av hele stillinger, og at tilretteleggingen skjer på en slik måte at det ikke medfører merbelastning for andre arbeidstakere som kommunen har ansvar for.

Kompetansekultur

En systematisk satsing på utdanning vil kunne bidra til å sikre nok kompetent arbeidskraft. Desentralisert høyskoleutdanning vil gjøre at flere kan ta utdanning. Satsingen vil også bidra til en generell styrking av utdanningsnivået blant befolkningen i Kvinesdal, som igjen har en positiv betydning for levekår i kommunen.

Andelen høyskoleutdannede og personer med fagutdanning for ulike deler av tjenesten skal være i samsvar med nasjonale og regionale føringer. Det er 79 prosent med fagutdanning i tjenestene i Kvinesdal, mens andelen for landet er på 74 prosent.

Det ble startet opp et arbeid med kompetanseplanlegging for noen år siden. Kvinesdal bør videreføre arbeidet og lage en systematisk plan for utvikling av kompetansen. Plan for å rekruttere og beholde gode fagfolk kan være en del av denne.

Sykefravær

Omfanget av deltid og nivået for sykefraværet er viktig for kompetanse og kvalitet. Skal vi bygge en kompetansekultur må stillingene økes og sykefraværet i deler av tjenesten må ned.

Kommunen jobber med en revisjon av de interne rutinene for sykefraværsforebygging og -oppfølging. Lederne i kommunen vil få kursing når rutinene er ferdigstilt, i tillegg blir det gitt jevnlig tilbud om lokale IA-kurs.

3 Boligplasser og sykehjem for eldre

3.1 Boligpolitikk

Rehabilitering av sykehjem og omsorgsboliger innebærer betydelige investeringer for Kvinesdal kommune i årene fremover. Det er viktig å se utbygging i kommunal og privat regi i sammenheng.

Sats på boliger i sentrum

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig (NOVA-notat 3:2016). Mange ønsker seg lettstelte sentrumsnære boliger. Da blir det også kortere avstand til lege og kommunale tjenester.

Kobling til arealplanlegging

Som planmyndighet kan kommunen stille krav om for eksempel fellesarealer i boliger, slik at disse er egnet for eldre. Det er også mulig å vurdere om kommunen skal etablere omsorgsbaser i private bygg, slik enkelte kommuner har gjort.

En spørreundersøkelse blant innbyggerne i Kvinesdal kan gi informasjon om hvor i kommunen eldre ønsker å bo og hvilke funksjoner eldre ønsker i nærheten av sin bolig. En slik undersøkelse vil kunne gi et godt grunnlag for dialogen med private utbyggere og innspill til arealplanlegging.

Samlet tildeling av kommunale boliger

Kvinesdal kommune har en todelt forvaltning av boliger til befolkningen i kommunen. Tjenestekontoret behandler tildelingen av boliger etter helse- og omsorgstjenesteloven, mens NAV behandler tildeling etter sosialtjenesteloven. Det foregår nå et arbeid med å etablere en felles boligforvaltning. Mulige gevinster er en mer helhetlig vurdering av brukernes behov, et større fagmiljø og en mer effektiv forvaltning.



3.2 Renovering og nybygg i sykehjem og boliger med bemanning

Plan for utbygging av tilbudet

Som tidligere nevnt vil behovet for tjenester øke med 69 prosent til 2040. Behovet for kommunale boliger og rehabilitering og utbygging av sykehjem vil øke i omtrent samme omfang dersom Kvinesdal fortsetter som før. Dersom innbyggerne i større grad tar ansvar for egen tilpasset bolig, vil behovet for kommunale boliger kunne bli redusert. Trolig vil det uansett bli behov for betydelig flere kommunale bygg. Det er nødvendig å ta stilling til hvordan denne utbyggingen skal skje.

Mer differensiert boligtrapp for eldre

Kvinesdal gir tjenester i brukernes egne hjem, i omsorgsboliger og på sykehjem. Lønns-utgifter per plass for de ulike tilbudene forteller noe om sammensetningen av boligtrappa i Kvinesdal:

- Enhetsprisen ved Feda omsorgssenter er på 0,49 millioner kroner, gitt at dagens bemanning kan gi et tilbud til full utnyttelse av alle de 10 plassene. Erfaringen viser imidlertid at full utnyttelse krever styrking av bemanningen. Det er beregnet en enhetskostnad for 10 plasser på 0,58 millioner kroner.
- Enhetsprisen for rehabiliteringsplasser og KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp) er på 0,9 millioner kroner, 9 plasser. Tilbudet blir gitt til mange brukere, og bidrar til at brukere kan klare seg hjemme.
- Enhetsprisen for langtidsplasser og omsorgsboliger ved Kvinesdal bo og dagsenter er på 0,71 millioner kroner, 45 plasser.
- Enhetsprisen ved Fjotland omsorgssenter er 0,45 millioner kroner, 22 plasser.
- Enhetsprisen for hjemmetjenesten er på 0,12 millioner kroner, 124 stk. fordelt på Fjotland og sentrum.

En god utnyttelse av stordriftsfordeler krever rundt 20 plasser.

Kvinesdal har altså et omfattende tilbud med høye enhetskostnader. Det er ikke vanlig at nivået på bistanden i omsorgsboliger blir gitt på like høyt nivå som på sykehjemmet. Kommunen bør se på muligheten for en større grad av differensiering av tilbudet.

Tilbud for størst pleiebehov et sted

Kvinesdal omsorgssenter gir i dag et tilbud til pasienter med størst behov for helse- og omsorgstjenester. En slik funksjon bør omsorgssenteret også ha i fremtiden.

Korttids- og langtidsavdelingen trenger ombygging og rehabilitering for å ivareta fremtidige behov. Ved utbygging av Stadionvegen 5 med 6 leiligheter og en forebyggende avdeling vil infrastrukturen for videre utbygging være på plass. Det vil være mulig å bygge 20–30 leiligheter i nye byggetrinn.

Feda omsorgssenter

På Feda omsorgssenter har det over lang tid vært mellom 4 og 6 beboere. For å kunne utnytte kapasiteten bedre har det vært gjort forsøk på å gi tilbud til personer som ikke trenger døgnbemanning og til ektefeller. Tiltakene har hatt liten effekt i forhold til belegg.

Kommunestyret har vedtatt at Feda omsorgssenter skal beholdes. Aktuelle muligheter for videre drift kan være å bruke omsorgssenteret til et dagsenter for personer med demens. Transport til senteret er en forutsetning. I tillegg kan det gis botilbud på Feda til brukere som ikke trenger heldøgns bemanning. Dagtilbud, både for personer med demens og andre grupper, vil være avhengig av et strukturert samarbeid med frivillige (felleskap samfunn). Mulighetene må utredes nærmere.

4 Nasjonale føringer

4.1 Kommunens rolle i støpeskjeen

Staten har gradvis gitt kommunene et større ansvar, blant annet for forebyggende tiltak og folkehelse. De statlige føringene har skjedd gjennom samhandlingsreformen, utvikling av nytt lovverk, nasjonale planer, stortingsmeldinger mv. Her blir noen av de sentrale statlige føringer omtalt.

Oppgaver flyttes fra staten til kommunene

Samhandlingsreformen er iverksatt og skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet. Videre skal tjenestetilbudet preges av høy pasientsikkerhet og være tilpasset den enkelte bruker. Reformen har medført en ny kommunerolle og har gitt kommunen ansvar for nye pasientgrupper. Kommunene skal nå tilby tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Tjenestene skal organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

Nye lover, retningslinjer og veiledere

Som del av innføring av samhandlingsreformen ble *Helse- og omsorgstjenesteloven* innført 1.1.2012. Loven erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og skal bidra til et bedre grunnlag for samhandling mellom tjenestene i kommunen. Med den nye lovendringen ble kommunens plikter regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, brukers rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesutøvelsen i helsepersonell-loven.

I Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjøres kommunens ansvar for et overordnet «sørge for-ansvar». I dette ansvaret ligger det at kommunen selv kan velge hvordan den vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Videre tydeliggjøres

det i loven kommunens ansvar for å tilby forsvarlige tjenester. Alle virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten pålegges å drive systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhetsarbeid.

Videre ble *ny folkehelselov innført 1.1.2012*, med formål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Etter loven skal kommunen 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 helsen.

Følgende nasjonale veiledere vil danne grunnlag for det videre arbeidet i kommunen:

- Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne
- Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Utredningen «På lik linje: Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming» (NOU 2016:17) foreslår tiltak som styrker de grunnleggende rettighetene til mennesker med utviklingshemming. Forslagene vil bli brukt som grunnlag for å utvikle tiltak også i Kvinesdal.

Mer tverrfaglighet og økt kompetanse

I stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste beskriver regjeringen et behov for mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester i kommunene. Meldingen peker blant annet på tverrfaglig organisering og kompetanseløft for både medarbeidere og ledere som viktige strategier. I meldingen

varsler regjeringen særlige satsinger rettet mot barn og unge, psykisk helse, rehabilitering og kapasitets- og kvalitetsutvikling for hjemmetjenester og i heldøgns omsorg.

Kvalitetsreform for eldre

Regjeringen la i mai 2018 stortingsmeldingen «Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre».

Den handler om grunnleggende forhold som ofte svikter i tilbudet til eldre: Mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. På hvert av disse områdene inneholder reformen en rekke forslag til løsninger som understøttes av konkrete eksempler fra kommunene. Alle kommuner inviteres til å delta i læringsnettverk der de kan dele erfaringer og lære av hverandre.



5 Handlingsplan 2018–2023

Av- snitt	Mål	Tiltak 2019-2023	Oppfølging i årlige budsjetter	Frist	Ansvarlig	Økonomi	Prioritet 2019
1.2	Det er dialog med lokalsamfunnet	Etablere brukerråd		2020	Kommunalsjef		
	Frivillighetsarbeidet i kommunen er koordinert	Frivillighetsentralen koordinerer frivillig innsats		2019	Kommunalsjef		x
2.1	Rekrutteringen av ansatte er målrettet	Gjennomgang og oppdatering av rekrutterings- og ansettelsespraksis		2019	Personalsjef		x
2.2.	Behovet for institusjonsplasser er redusert fordi hjemmetjenesten er godt utbygget	Styrking av hjemmetjenester	x	Årlig	Enhetsleder		
		Kurs for forskjellige avdelinger, enheter, private næringsliv og andre aktuelle grupper		2021	Enhetsleder		x
2.3	Kvinesdal er et demensvennlig samfunn	Systematisk kartlegging, oppfølging og opplæring av demensforløp i hele sektoren i samarbeid mellom levekår, åpen omsorg og rehabilitering og Kvinesdal bo og dagsenter	x	2020	Enhetsleder		x
	Tiltakspakke demens er innført i helse- og omsorgssektoren	Kartlegge behov og iverksette tiltak. Følge opp demensomsorgen i henhold til demensplan 2020	x	2020	Enhetsleder		
	Aktivitetstilbudet for personer med demens er tilfredsstillende og individuelt tilpasset	Videreutvikle demensteamet		2020	Enhetsleder		
	Avlastning til pårørende til personer med demens er tilfredsstillende	Kartlegge behov		2019	Enhetsleder		x
	Utgiftene til funksjonshemmede/utviklingshemmede er redusert og budsjett er i balanse	Samling av aktivitet i Bjørkelunden	x	2021	Enhetsleder		
2.4		Dreining mot hjemmebaserte tjenester og hverdagsmestring		2019	Enhetsleder		x
		Satsning på velferdsteknologi		2019	Enhetsleder		x
		Samle tjenester til barn		2020	Enhetsleder		
2.5	Ansvar for psykisk helse- og rustjenester er samlet i en enhet	Dypdykk i oppgaver og ressurser.		2019	Kommunalsjef		x
	Brukere og pårørende er myndiggjorte	Etablere selvhjelpsgruppe		2019	Enhetsleder		x
		Gruppetilbud i livsmestring		2020	Enhetsleder		
		Etablere internettbaserte selvhjelpsmoduler		2021	Enhetsleder		
		Opprette brukerråd		2020	Enhetsleder		
	Digital kommunikasjon mellom bruker og tjenesten er opprettet	Kartlegge hvor mange brukere som ønsker tjenesten. Opplæring av ansatte		2019	Enhetsleder		x
	Forebyggende programmer er aktive	Viderutvikle SMIL, BTI og Traumebasert omsorg		2019	Avdelingsleder		x
	Plan for helsestasjonen er utarbeidet	Opprette arbeidsgruppe		2020	Avdelingsleder		
	Samarbeidet mellom kommune og sykehus er etablert	Viderføre arbeidet i FACT og IPS. Viderføre "kommunebup"		2019	Enhetsleder		x
	Brukermedvirkning i tjenesten er reell	Utvikle Recoverymodellen. Brukerstyrte aktiviteter		2019	Enhetsleder		x
2.7	Koordinator for velferdsteknologi er ansatt	Opprette en arbeidsgruppe	x	2019	Kommunalsjef		x
2.9	Heltids- og kompetansekultur er etbalert	Følge opp prosjektet som Kvinesdal kommune har sammen med Hægebostad og Flekkefjord samt egen handlingsplan for likestilling og mangfold		2023	Personalsjef		
	Kommunen har kompetanse- og utviklingsplan	Utarbeidelse av et helheltlig system for kompetansekartlegging, -planlegging og -utvikling		2019	Personalsjef		x
	Sykefraværet er redusert	Oppdatering av rutiner til forebygging og oppfølging av sykefravær; kursing av ledere		2019	Personalsjef		x
	Tjenestene er hensiktsmessig organisert	Gjennomgang av tjenestene BPA, avlastning og støttekontakt		2021	Kommunalsjef		