

Fra visjon til handling



PLAN FOR UTVIKLING AV HELSE OG OMSORGSTJENESTENE

I

VENNESLA KOMMUNE

MOT 2030

Revidert september 2014

Innhold

Innledning	3
Verdigrunnlag.....	4
Befolkningsprognoser mot 2030.....	5
Samhandlingsreformen	7
Brukergruppene	8
Brukermedvirkning	9
Ansatte.....	10
Helse og omsorgstjenestene.....	11
Mål:	11
Generelt om helse- og omsorgstjenestene	11
Befolkningsutvikling og folkehelseprofil	12
Folkehelsearbeid.....	13
Planlegging av boliger / tomter	13
Handlingsplan / tiltak	14
Prioriterte tiltak - utbygging/ansatte:	15

Revidert plan bygger på følgende fagplaner:

- Plan for utvikling av tjenester til demente mot 2030 i Vennesla kommune.
- Plan for utvikling av tjenester til personer med utviklingshemming i Vennesla kommune, 2015.
- Plan for rehabilitering i Vennesla kommune, 2015.
- Plan for fysioterapitjenester i Vennesla kommune, 2015.
- Plan for Frisklivscentralen, mot 2030.
- Plan for utvikling av psykisk helsearbeid i Vennesla kommune, 2015.
- Plan for boligutvikling mot 2025 for personer som trenger tilrettelagte boliger i Vennesla kommune.
- Ruspolitisk handlingsplan for Vennesla kommune, politisk vedtatt 24.9.14.
- Plan for helsestasjon og skolehelsetjenesten, 2012 – 2016.
- IKT- strategiplan for Vennesla kommune.

Innledning

Denne planen er en revidert utgave av Plan for utvikling av omsorgstjenestene i Vennesla kommune mot 2025.

I denne utgaven er helse og samhandling tatt med som nye områder. Dette fordi samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1.januar 2012 og det er opprettet en helse og omsorgsseksjon i kommunen. Utover det er fokus på forebygging, brukermedvirkning og frivillighet forsterket og det er foretatt justeringer sånn at planen samt tiltak er i samsvar med dagens situasjon. Verdigrunnet er ikke endret.

I hovedsak er det en plan som peker på hvilken utvikling av dette tjenesteområdet kommunen ønsker å ha, og hvilke tiltak som bør gjennomføres. Planen er et grunnlag for videre arbeid med kommuneplanens langsiktige del og de årlige rulleringer av 4 årige økonomiplaner og årsbudsjett.

Arbeidet er en oppfølging av Levekårsvedtak 3/14 16.jan.2014 "Utvikling av helse og omsorgstjenestene i Vennesla kommune mot 2030"

Planen er utarbeidet med bakgrunn i:

- Samhandlingsreformen: Lov om helse og omsorgstjenestene og lov om folkehelse.
- St.meld. 29 (2012 – 2013) «Morgendagens omsorg», St.meld. 34 (2012 – 2013) Folkehelsemeldingen og ellers tilsvarende statlige meldinger/rundskriv
- Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle, okt. 2010. Helsedirektoratet IS -1846
- Interne fagplaner for områdene demens, rus, rehabilitering, psykisk helsearbeid, habilitering, fysioterapi, friskliv, rusproblematikk, helsestasjon, skolehelsetjeneste IKT strategiplan og boligutvikling. Fagplanene er veiledende og ikke politisk vedtatt.

Det er lagt vekt på at planen skal være kortfattet, oversiktlig og enkel i sin form. Derfor er det lite beskrivelser og forklaringer fra de skriv som ligger til grunn. Det anbefales derfor at grunnlagsmaterialet leses for å få bedre innsikt i bakgrunn for planen.

Befolkningsframskrivingen for Vennesla kommune viser at antall eldre (80+) blir noe redusert fram til 2025, mens de yngre eldre (70-79 år) vil øke kraftig i perioden. Men mange andre forhold enn andelen eldre i befolkningen vil påvirke tjenestebehovet i framtiden.

I følge Folkehelseprofilen skårer Vennesla kommune høyere enn landsgjennomsnittet i forhold til blant annet andelen innbyggere med overvekt, muskel/skjelettsykdommer samt psykiske symptomer og lidelser. Dette bildet forsterkes av kommunehelsetjenestenes utviklingstall/statistikk som viser en betydelig økning av antall brukere fra 2009-2013. Hovedtyngden er unge kvinner mellom 18-49 år. (jfr. Fagplan for psykisk helse, 2015).

Parallelt med dette vil også eksterne endringer påvirke kommunens oppgaver. Sørlandet Sykehus (SSHF) har høsten 2014 sendt Utviklingsplan 2030 på høring. Nasjonal helse og sykehusplan er planlagt å komme høsten 2015, i tillegg til varslet kommunereform og primærhelsemelding. Forslag i SSHF sin utviklingsplan og i Samhandlingsreformens intensjon er at flere av dagens sykehusoppgaver skal overføres til kommunene. Dette vil skape ytterligere prioriteringsutfordringer, som gjør det vanskelig å realisere foreslåtte tiltak i reviderte fagplaner. Hvilke statlige overføringer kommunen vil få til disposisjon for kommende periode er høyst usikker. Det ligger per i dag ingen føringer fra staten om at kommunene vil få overført økte midler.

Vi må derfor forvente større omstillinger innen helse og omsorgstjenestene og strammere prioriteringer enn det som følger av den demografiske utviklingen i planperioden. Det vil

være avgjørende å skape kostnadseffektive tjenestetilbud som fortsatt sikrer innbyggerne et trygt og kvalitetsmessig godt tilbud. Innenfor de mest spesialiserte kommunale helsetjenestene bør vi i planperioden ha større fokus på å vurdere interkommunalt samarbeid om tjenestetilbudet. I St. meld 29 er frivillighet omtalt som en viktig aktør i morgendagens omsorg. Dette innebærer økt fokus på hvilke behov som kan ivaretas av frivillige og hva som er det offentlige tjenestetilbud sine primære oppgaver.

Revideringen av planen er foretatt av administrasjonen i samarbeid med Levekårsutvalget. Brukerne har deltatt i planarbeidet. Se under kapittelet om brukermedvirkning, samt vedlegg. Arbeidsgruppene for revidering av fagplanene har bestått av representanter fra administrasjonen samt tillitsvalgte.

Verdigrunnlag

Plan for utvikling av omsorgstjenesten i Vennesla kommune mot 2030 tar utgangspunkt i at brukerne er innbyggere i kommunen fra unnfangelse til grav. Som medlem av et samfunn har vi både ansvar og rettigheter. Det enkelte menneske har sosiale og kulturelle ressurser som det er behov for.

Det er helsefremmende å bli sett med de ressurser en til enhver tid har - og oppleve seg som aktiv deltaker i et fellesskap. Utfordringen er på hvilken måte og i hvilken form brukerne kan bidra med sine ressurser.

Det er ved å gi at en får!

Omsorgstjenesten i Vennesla skal ha **respekt, likeverd/anerkjennelse, romslighet/overbærenhet og rettferdighet** som grunnleggende verdier. Dette skal prege relasjonene mellom oss og formidles i det arbeidet som utføres. Tillit til hverandre er grunnleggende.

Basis for omsorgsarbeidet er forholdet mellom personell, arbeidsgiver, brukere og pårørende. "Det gode møtet" har stor verdi og det må inneholde respekt og vennlighet. Det gode møte krever tid. Arbeidet må utføres med integritet og redelighet og være godt planlagt og i samsvar med lover og regler. Bevisstgjøring av etiske spørsmål er avhengig av at arbeidsgiver må sette av tid til refleksjon og diskusjon, og ta dette alvorlig.

Følgende prinsipper skal ha fokus hos oss:

- ✓ Vise respekt for den enkeltes egenverdi uavhengig av hvem eller hvor man er.
- ✓ Ha respekt for, å etterkomme den enkelte, brukers selvbestemmelsesrett.
- ✓ Alle er likeverdige og vi må akseptere forskjelligheter og ha god dialog.
- ✓ Unngå relasjoner som kan føre til utnyttelse av den andre.
- ✓ Alle må aktivt ønskes med i fellesskapet.
- ✓ Hjelp og bry seg om hverandre.
- ✓ Ærlighet, vi holder det vi lover.
- ✓ Helhetlig omsorg for den enkelte.
- ✓ Respektere og verne om den enkeltes privatliv.
- ✓ Bruker opplever trygghet i en hjelpesituasjon.

Befolkningsprognoser mot 2030

De nye befolkningsprognosene viser endringen i den eldre delen av befolkning for Vennesla fra 2014 til 2030. I tillegg til tall for hele Vennesla har vi lagt inn nye trendprognoser som viser forventet aldersfordeling mellom øvre og nedre Vennesla, samt dagens aldersfordeling på sykehjemsplassene pr. 7.7.2014.

Tabell 1:

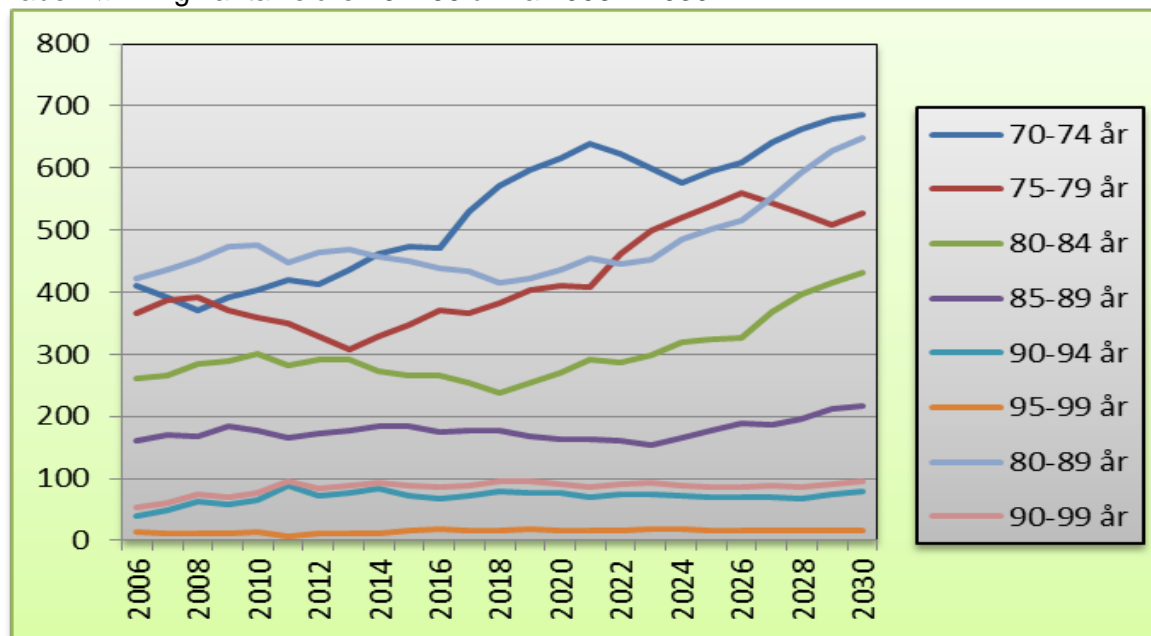
Befolkningsframskriving for aldersgruppene 65 år til 90 år + år i Vennesla kommune

År/alders	65-69 år	70-74 år	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90+ år
2014	658	463	329	273	185	94
2015	675	473	347	266	184	88
2020	649	616	411	271	164	92
2025	744	595	539	325	177	86
2030	841	687	527	431	217	95
Endring %	27,8	48,4	60,2	57,9	17,3	1,1

Kilde: Uberg, Kristiansand kommune 2014.

Tallene i tabellen viser tall pr. 1.1.2014 og fremskrevet for 2015, 2020, 2025 og 2030. Økning målt i prosent er endringen fra 2014 fram til 2030. Tabellen viser at den største økning i antall eldre i Vennesla vil komme i den siste del av perioden. **Dette avviker fra tidligere prognoser.** Tidligere dødelighet enn landsgjennomsnittet og større utflytting blant de yngre eldre de siste 10 årene ligger til grunn for disse nye befolkningsprognosene. Det har også vært en betydelig vekst i antall 90 åringer fra 2006 til 2014, så noe av tidligere antatt økning er kommet med i forrige periode.

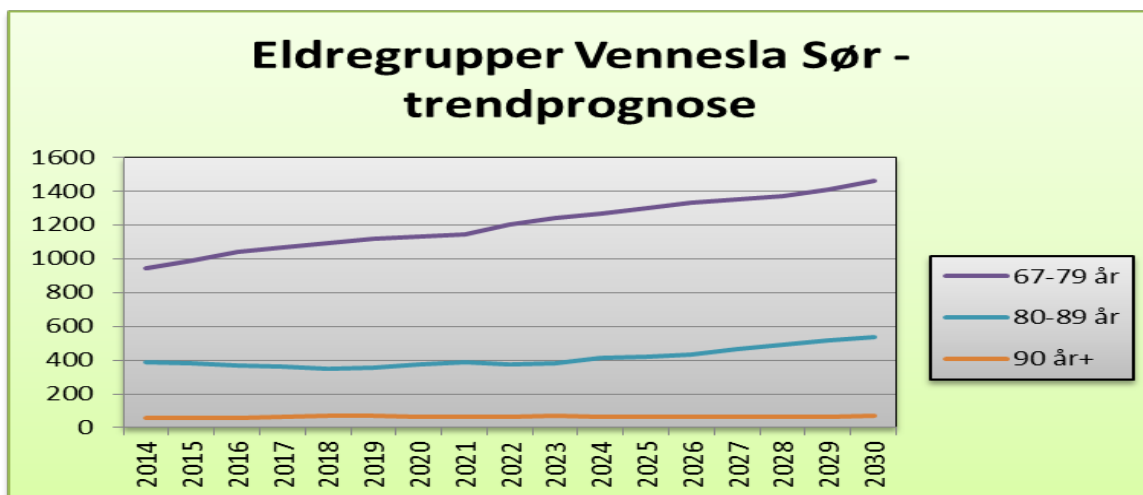
Tabell: Økning i antall eldre 70 – 99 år fra 2006 – 2030.



Kilde: Uberg, Kristiansand kommune 2014.

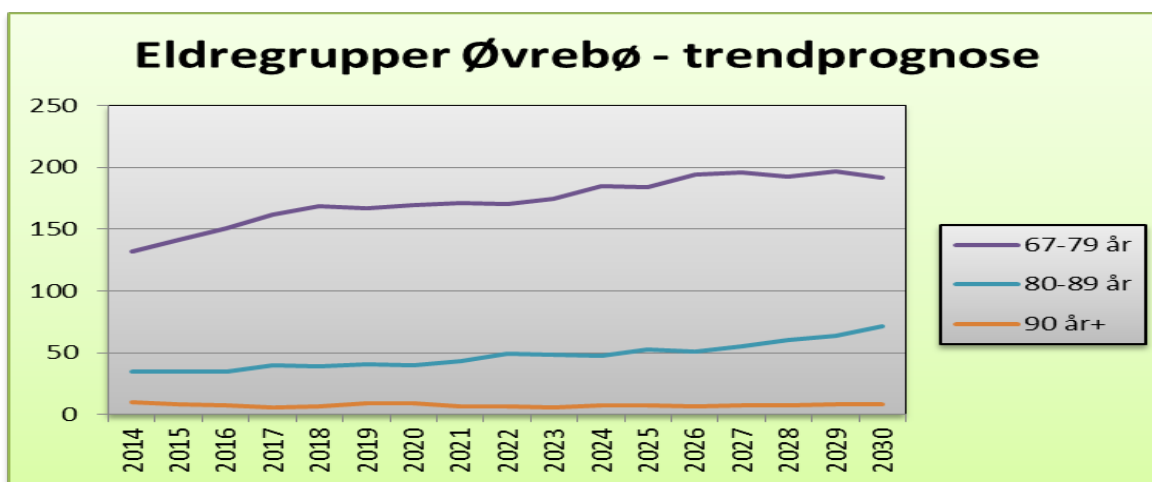
Tabellen for 2006 -2030 viser at det har vært en økning i 90+ fra 2006 til 2014.. Det kan forklare at noe av økningen er allerede tatt (jfr. tidligere tabeller). Særlig stort press på sykehjemsplasser for demente har vært merkbart. En betydelig nedgang i antall over 80 år frem til 2020 kan kompensere for dette de neste årene.

Tabellene under viser trendprognosen fordelt på Vennesla sør, Øvrebø og Hægeland.



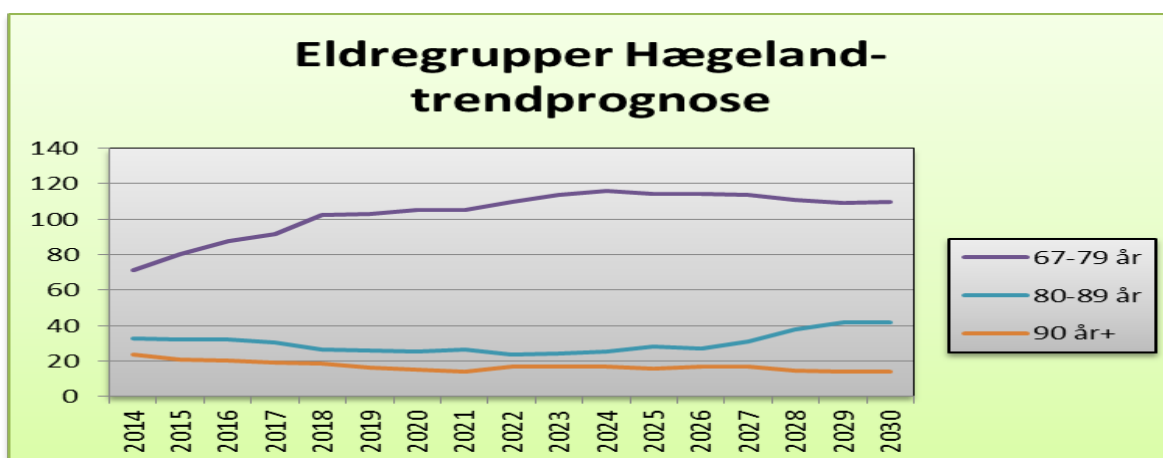
Kilde: Uberg, Kristiansand kommune, 2014

Tabellen viser en økning i aldersgruppene 67 – 79 år for nedre Vennesla, mens det er en liten nedgang i aldersgruppene 80+ de fem første årene, og en vekst fra år 2023-30.



Kilde: Uberg, Kristiansand kommune, 2014.

Tabellen viser at det er økning i aldersgruppen 67-79 år på Øvrebø og noe økning blant 80-89 år, mest fra år 2020 - 2030.



Kilde: Uberg, Kristiansand kommune, 2014.

Tabellen viser en økning i aldersgruppen 67 – 79 år på Hægeland frem til 2024. Samtidig ventes det en tydelig nedgang i antall 80 og 90-åringer frem til år 2026.

Dagens sykehjems- og omsorgsleilighet beboere. Fordelt på alders og kjønn

Alder	0-50	50-66	67-74	75-79	80-84	85-89	90+	Kvinner	Menn	Sum
Sykehjem	1	5	6	8	14	16	28	65	13	78
Omsorgsboliger	8	21	14	9	15	25	20	82	30	112
Sum totalt	9	26	20	17	29	41	48	147	43	190

Tabellen viser aldersfordelingen pr.7.7.2014 på de som da har sykehjems plass og omsorgsbolig. Sykehjemsplassene omfatter kun langtids plasser på Hægelandshheimen og Venneslaheimen. Omsorgsboliger omfatter Venneslatunet, Venneslagården, Venneslaveien, Hægelandshheimen omsorgssenter. (Det må tas høyde for at dette er en manuell telling, og at ikke alle omsorgsleilighetene er talt med).

Tabellen viser at hovedtyngden av de som bor på sykehjem er de eldste eldre, samt at det er flest kvinner. Det henger sammen med at kvinner statistisk lever lengre enn menn. Tallene underbygger at det vil bli behov for sykehjemsplasser/ omsorgsboliger med heldøgnsomsorg i slutten av perioden når vi får en stor økning av aldersgruppen 80-89 år.

Framskrivning av antall mennesker med demens, 65-90 år fra 2014-2030

År	65-69 år	+/-	70-74 år	+/-	75-79 år	+/-	80-84 år	+/-	85-89 år	+/-	90 +	+/-	Sum	+/-
2014	658	0	463	0	329	0	273	0	185	0	94	0	176	0
2015	675	0	473	0	347	1	266	-1	184	-1	88	-2	173	-3
2020	649	0	616	3	411	5	271	0	164	-7	92	0	176	0
2025	744	1	595	2	539	13	325	9	177	-3	86	-3	195	19
2030	841	2	687	4	527	12	431	26	217	9	95	1	231	55

Tabellen over viser framskrivning av forventet antall personer med demenssykdom fordelt etter 5-årsgrupper i perioden fram til 2030. Framskrivningen bygger på dagens befolkningsgrunnlag fra 65 år til 90 år +. Disse gruppene er ganget med nasjonal prognose for demenssykdom i de ulike aldersgruppene. Tabellen viser at fra 2020 – 2030 kan vi vente en økning i antall demente. I første periode, fra 2015 – 2020, forventes det en økning av yngre demente, men samtidig en reduksjon av de eldste innbyggerne slik at totalsummen ikke forventes å øke. Yngre mennesker med demenssykdom vil trenge andre tjenester enn eldre, og det er ekstra viktig at vi i kommunen tilrettelegger for gode avlastningstiltak for pårørende til demente. Her vil det være behov for individuelt tilrettelagt tilbud, gjerne i form av hjemme-avlastning på timesbasis.

Samhandlingsreformen

I 2012 startet «Samhandlingsreformen». Den har hatt stor betydning for kommunene med endringer og økning i både ansvarsområde og oppgavefordeling mellom sykehusnivået og kommuner. Fra 1.1.2012-1.1.2015 har kommunene hatt en kommunal medfinansieringsplikt for somatisk sykehusbehandling på 20 % av sykehuskostnadene. Samtidig har kommunene fått overført tilsvarende midler via statlige overføringer. Målet med dette finansieringssystemet var å motivere kommunene til å jobbe mer forebyggende. Hvis kommunen klarte å redusere antall sykehusopphold ved å forebygge bedre og/eller bygge opp egne kommunale tilbud, ville det kunne gi en økonomisk gevinst for kommunene.

Nå har ny regjering vedtatt at medfinansieringsplikten skal opphøre fra 1.1.15. For Vennesla kommune er det en ulempe da vi fram til nå har oppnådd en økonomisk gevinst av denne ordningen.

Målene for samhandlingsreformen

- Gi økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Dempet vekst av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Samhandlingsreformen, ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester stiller store krav til kommunens omsorgstjenester.

Kommunen har i 2012 inngått en overordnet samarbeidsavtale, samt 13 delavtaler med Sørlandet sykehus (SSHF). Gjennom disse avtalene er kommunen og sykehuset forpliktet til tett samhandling. Dette medfører endrede rutiner, endrede og nye oppgaver som har stor betydning for utviklingen. For Vennesla og Iveland kommune er det etablert to plasser for kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) på Venneslaheimen. Fram til 1.1.16 har disse plassene vært finansiert med betydelige statlige midler (3,2 mill). Fra 2016 er det uvisst hvordan disse plassene skal finansieres videre.

Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) har utarbeidet en langsiktig plan, kalt Utviklingsplan 2030, som er på høring i kommunen høsten 2014. Denne skisserer oppgaver som sykehuset planlegger å redusere og som vil bety oppgaveoverføring til kommunene. Vi vet blant annet at innen rehabilitering og psykiatri vil mye av dagens sykehustilbud bygges ned og det vil kreve økt kommunalt tilbud. Oppgaveoverføring gjelder også for flere andre oppgaver som i dag utføres av sykehuset. I tillegg er det planlagt en ny nasjonal Helse og sykehusplan høsten 2015, og en primærhelsemelding, som vil legge føringer for kommunehelsetjenesten.

Vi må derfor forvente større omstillinger innen helse og omsorgstjenestene og strammere prioriteringer enn det som følger av den demografiske utviklingen i planperioden. Det vil være avgjørende å skape kostnadseffektive tjenestetilbud som fortsatt sikrer innbyggerne et trygt og kvalitetsmessig godt tilbud. Innenfor de mest spesialiserte kommunale helsetjenestene bør vi i planperioden ha større fokus på å vurdere interkommunalt samarbeid om tjenestetilbudet og tjenesteutvikling. I St. meld 29 er frivillighet omtalt som en viktig aktør i morgendagens omsorg. Dette innebærer økt fokus på hvilke behov som kan ivaretas av frivillige og hva som er det offentlige tjenestetilbud sine primære oppgaver.

Brukergruppene

Brukere i denne planen er personer som mottar helse og omsorgstjenester i Vennesla kommune. Til grunn for alle tiltak ligger det et helhetlig syn på brukerne, og et fokus på den enkeltes ressurser. Alle brukere har egne ressurser og skal være aktive deltakere i eget liv så lenge som mulig.

Et økende antall eldre i slutten av planperioden vil øke behov for tjenester til denne gruppen. Et fokus på demens, psykiske lidelse hos eldre og sammensatte lidelser er nødvendig. Vi vet at helse og sykkelighet henger nøye sammen med alder. For de fleste er det sånn at jo lenger en lever, desto flere sykdommer må en leve med. Fremtidens eldre vil i større grad ha høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre helse enn dagens eldre har. De vil også være mer teknologivante og vil bestemme mer på egenhånd. Det er derfor rimelig å

forvente at de eldre i stor grad planlegger sin egen alderdom samt er aktive deltakere i lokalmiljøet i større grad.

Det har i Vennesla vært en sterk vekst av yngre brukere av omsorgstjenester de senere år. Nye problemstillinger i forhold til psykiske lidelser og rus er en av årsakene til dette. Antall brukere innen Enhet for psykisk helse har økt med 42 % fra perioden fra 2009-2013. Hovedtyngden er unge kvinner mellom 18-49 år. Det er i tillegg grunn til å tro at et stigende antall rusavhengige vil medføre behov for ytterligere økning av omsorgstjenester.

Yngre med forskjellig type atferdsproblematikk har vært økende. Det samme gjelder for personer med store funksjonshemninger etter ulykke eller sykdom.

Personer med utviklingshemming har vært en gruppe med et forholdsvis stabilt antall, samtidig er antallet høyere i Vennesla enn landsgjennomsnittet. Høyere levealder, ny helseutfordringer og større overlevelsesgrad de senere år har medført økning av omsorgstjenester for yngre brukere.

Foreldrene har omsorgsplikt for sine barn. Omsorgstjenester fra kommunen gis i de tilfeller der omsorgsbehovet er betydelig større enn omsorgsarbeid foreldre generelt har. Det er viktig å få holdninger som ikke "sykeliggjør" hele grupper. Videre er det viktig for alle brukere å være aktive deltakere og ikke bare være passive mottakere. Vi må få frem ressursene også hos dem som er i faresonen for å bli mottakere av tjenester og de som allerede er mottakere av tjenester/pensjon/trygd. Dette bør og kan utgjøre et betydelig bidrag til den private/frivillige omsorgen.

Opplæring og informasjon til brukerne om deres egen sykdom og hvilke metoder og tiltak som er aktuelle, og opplæring i hvordan mestre egen livssituasjon (LMT- Lærings og mestringstilbud) vil være et viktig forebyggende tiltak framover. Dette vil være med til å skape trygghet for situasjonen, forebygge forverring av sykdom og/eller unngå økte lidelser. Dette er lavterskeltilbud som vi vil videreutvikle i samarbeid med Knutepunktet og sykehuset.

Brukermedvirkning

En forutsetning for reel individuell brukermedvirkning er at en har god relasjon og kommunikasjon mellom bruker og helsepersonell. Brukernes forståelse og innsikt i egen sykdom og helse er en unik kunnskapskilde som skal benyttes for å forberede og tilpasse tjenestene best mulig. Brukermedvirkning er både en formell rettighet, en etisk og juridisk forpliktelse for helse og omsorgspersonell og et helt nødvendig virkemiddel for god behandling/helsehjelp. Der brukeren ikke selv kan medvirke må pårørende involveres tilsvarende.

For at brukerne skal ha mulighet til og delta må de få en informasjon som de forstår og de må bli tatt tidlig med inn i planprosessen. Det ble foretatt et fokusgruppeintervju med sju personer over 60 år på Venneslastua i februar 2014. De ble blant annet spurt om hvordan de kunne medvirke til brukermedvirkning i planlegging av omsorgstjenestene. De mente at å bli innkalt til møte i grupper på 10 -15 stk der de samtalte om temaet og prøvde å se løsninger ville være en god måte å få medvirket på. Dette ble gjennomført i mai 2014. Tre grupper for eldre og en gruppe pårørende til utviklingshemmede. Resultatet fra disse ligger som vedlegg til planen. En bør være innovativ på dette felt og søke nye metoder og måter for medvirkning som er i tilpasset dagens utvikling. Ved større endring i medvirkning fra brukerne er det viktig med fokus på en holdningsendring hos ansatte.

Det skal være brukermedvirkning på beslutningsprosessene som gjøres innen omsorgstjenesten. Beslutningene skal bygge på en helhetsvurdering ut fra personalets vurdering og brukers kunnskap og erfaring om egen livssituasjon.

Vi skiller her mellom brukermedvirkning på systemnivå og på individnivå:

- ✓ Individnivå: Planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenester til den enkelte skal foregå i et samspill mellom bruker og tjenesteyter. For brukere som ikke har ressurser til brukermedvirkning på eget tjenestetilbud, må dette sikres gjennom nært samarbeid med pårørende. Personalet må benytte metoder/måter å utføre tjenesten på som ivaretar den enkeltes ønske så langt det er mulig. Individuell plan skal tilbys der bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester. (*jf. Helse- og omsorgstjenesteloven, § 7-1*). For at bruker skal kunne ivareta egenmestring må den enkelte ha kunnskap om egen sykdom og funksjonssvikt. Det bør satses på informasjon og brukeropplæring.
- ✓ Systemnivå: Brukerorganisasjonene skal behandle saker som er særlig viktige for personer med nedsatt funksjonsevne (unntatt på individnivå) ([jfr. Rundskriv Q-21/2012](#)). Sakene legges skriftlig fram for rådet og rådets uttalelse skal vedlegges saksdokumentene som skal politisk godkjennes ([Jf. § 5 i Lov om råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Kommunelovens § 59](#))
- ✓ Brukerorganisasjonene er representert på ulike nivåer for å ivareta brukernes interesser, og med basis i brukerkompetansen skal de bidra til å utvikle gode tjenester i kommunen.
- ✓ Brukerstyring av ordninger eller virksomheter bør vurderes i flere sammenhenger.
- ✓ Utvikle nye måter for medvirkning, både på individuelt og systemnivå.

Ansatte

Mål:

- Være en attraktiv arbeidsgiver som klarer å rekruttere nok arbeidskraft, samt ha kvalifiserte og motiverte ansatte.
- Vennesla kommune ønsker at kommunens ansatte skal gjenspeile befolkningens sammensetning.

En forutsetning for nytenkning og innovasjon er at ansatte sees på som medspillere og ressurser. Endringsprosesser som ikke er forankret hos ansatte er sjelden vellykket.

Opplæring på felt som forebygging, brukermedvirkning, samhandling må ha fokus.

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen, vil det bli knapphet på kvalifisert arbeidskraft utover i perioden. Vi må derfor være særlig opptatt av å søke både nye og erfaringsbaserte løsninger for å sikre nok og kvalifisert arbeidskraft.

Fokus på kompetanseheving, likestilling, deltid/heltid, fleksible arbeidstidsordninger, likelønn, arbeidsmiljø og effektiv bruk av velferdsteknologi er stikkord. Se også [Kommuneplanen 2011-2023 - Samfunnsdel](#) (pkt. 6.1. og 6.2).

Helse og omsorgstjenestene

Mål:

- Helhetlige og effektive helse- og omsorgstjenester.

Kommunens omsorgstjenester står ovenfor stadig nye utfordringer som er spennende, krevende og stadig i endring. Nye brukergrupper kommer til. Eksisterende brukergrupper endres i omfang og størrelse. Utfordringene ligger i evne og mulighet til å utføre oppgavene i et krysningspunkt mellom brukernes behov, juridiske retningslinjer nedfelt i lovverket, og de ressurser som er tilgjengelige til en hver tid – både personalmessig og økonomisk.

Strategi:

- Helse og omsorgstjenestene skal gis på et faglig forsvarlig nivå, tilpasset den enkelte bruker
- Hjemmetjenesten skal prioriteres. Det skal legges til rette for at brukeren skal kunne være mest mulig selvhjulpent og kan bo i sitt eget hjem.
- Ny teknologi skal ta i bruk og utnyttes slik at vi får en mest mulig effektiv tjeneste
- Tjenestene kan ikke utføres av kommunen alene. En må søke å styrke frivillig engasjement fra familie, lokalsamfunn, organisasjoner o.a.
- Ha fokus på den enkeltes behov og komme tidlig inn med tilrettelegging i hjemmet
- Legge til rette for at brukere kan delta med sine ressurser.
- Øke heldøgntilbudet tilpasset den demografiske utvikling i befolkningen.
Jfr. Kommuneplanen 2011-2023 – Samfunnsdel (pkt. 5.1.5).

Generelt om helse- og omsorgstjenestene

Morgendagens omsorgstjeneste skal skape tjenestetilbudet sammen med brukerne, samhandle med pårørende, ta i bruk velferdsteknologi og mobilisere lokalsamfunnet på nye måter. Nytenkning og innovasjon må føre til utvikling av nye modeller, metoder og organisering av tjenestene. Vi er i et samfunn i endring. Det krever at vi oppretter nye tjenester tilpasset nye behov, mens tjenester som er blitt overflødige går ut. Flexibilitet er nødvendig.

Frivillige inn i tjenestene

Det er viktig å engasjere flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område. Dette skjer imidlertid ikke av seg selv, men må dyrkes og vedlikeholdes. Her er det viktig med systematisk rekruttering, god organisering, koordinering og opplæring.

For å motivere flere frivillige til å bidra inn mot helsetjenestene vil det være viktig at de opplever å bli verdsatt og at de får nødvendig veiledning og påfyll. Det er viktig at helse og omsorgsenhetene hele tiden tenker nytt innen dette feltet for å beholde og utvikle samarbeidet med enkeltpersoner og eller organisasjoner.

Pårørendesamarbeid må styrkes

Pårørende og de nærmeste til brukerne i de kommunale tjenestene er mange og har ulike livssituasjoner. De utgjør en stor del av omsorgen for brukerne uten at en finner konkrete tall på det i statistikker. Denne «skjulte tjenesten» har fått lite oppmerksomhet, men er av vesentlig verdi både for den enkelte bruker og for omsorgstjenestene. Det må utvikles tiltak som støtter, veileder og avlastar pårørende og en må finne gode og mer systematiske måter å samhandle med pårørende på.

Forebygging og helsefremming i omsorgstjenestene

Tjenestene må tilrettelegges slik at den enkelte hjelpetrengende er mest mulig selvhjulpen og kan bo i eget hjem. For å fremme bedre helse, mer deltakelse og større selvhjulpenhet hos eldre må en endre samfunnet så det blir mer aldersvennlig. Tjenesten må formes slik at den enkelte får mer målrettet hjelp til å klare seg selv lengre og det må prioriteres tiltak som forebygger sykdom og som identifiserer og behandler kronisk sykdom tidlig i forløpet.

Et sosialt liv, en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, er viktig for alle. Det bør legges vekt på aktivisering både sosialt og fysisk, gjennom mer tverrfaglige tilbud og økt oppmerksomhet på brukernes sosiale, eksistensielle og kulturelle behov. Dette forebygger ensomhet og også andre plager.

Rehabilitering etter brudd og operasjoner må prioriteres i større grad i kommunen.

Hverdagsrehabilitering og forebygging skal være grunnleggende. Velferdsteknologi gir folk mulighet for å bedre mestre eget liv og helse, og bidrar til at folk kan bo lenger i eget hjem på tross av nedsatt funksjonsevne. På dette felt er det stor utvikling og det er viktig og videreutvikler tjenesten med tanke på å kunne utnytte ny teknologi.

God kvalitet på tjenestene

Kommunen skal sikre at det er god kvalitet på tjenestene ved å ha tilstrekkelig kapasitet, fokus på individuell tilrettelegging av tjenestene, brukermedvirkning og god kompetanse hos tjenesteyterne. Det skal være en objektiv, faglig og juridisk vurdering som utløse den enkeltes rett til tjenester fra kommunen.

Helse og omsorgstjenesten består av en tjenestekjede der det er viktig at alle ledd fungerer like godt. For å nå målsettingen om at den enkelte skal kunne bo hjemme med store fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse, må det satses på tilstrekkelig tverrfaglige hjemmetjenester. Det må være muligheter for tilrettelagt bolig, oppfølging av helsetjenester og omsorgstjenester, rehabilitering o.l. i eget hjem når du trenger det. I tillegg må det gis mulighet for avlastning både på dagtid, kveld og på døgnbasis. Dette er viktig for at pårørende ikke blir utslitt og at vi bidrar til å forhindre at de selv får behov for hjelp. Bare de som av helt ekstraordinære helsemessige grunner ikke kan bo hjemme eller i tilrettelagt bolig, skal være på sykehjem over lengre tid. Tjenester spesielt tilrettelagt for demente må prioriteres. Det er i dag mangel på hjemmetjenester, dagtilbud og avlastning tilrettelagt for denne gruppen.

Jordmortjeneste og barselomsorg

Kort liggetid på føde/barselavdelingen stiller større krav til tett oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Det er et betydelig gap i dagens barselomsorg fra utskrivning og til helsestasjonen overtar, med store variasjoner i innhold og kvalitet på tjenesten.

Barselomsorgen må styrkes og ses i sammenheng med svangerskapsomsorgen. Våren 2014 kom derfor Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, IS-2057. Sentrale anbefalinger er hjemmebesøk av jordmor til alle og en forutsigbar oppfølging. Risikoutsatte kvinner, familier og nyfødte barn, tilbys en individuelt tilpasset oppfølging i barseltiden som en videreføring av svangerskapsomsorgen. Jordmortjenesten vil videreutvikle tjenesten til også å innbefatte barselomsorgen.

Befolkningsutvikling og folkehelseprofil

Vennesla passerte nylig 14 000 innbyggere. Kommunen har en jevn befolkningstilvekst og store levekårsutfordringer. Folkehelseprofilene fra folkehelseinstituttet viser at Vennesla ligger høyt på statistikken i forhold til KOLS, diabetes, overvekt og hjerte og karsykdommer. Muskel og skjelettplager er også en stor diagnose gruppe i Vennesla kommune (Regionplan Agder, 2014). Dette samsvarer med nasjonale tall i forhold til overvekts-problematikk, livsstilssykdommer og inaktivitet.

Det foreligger ingen tall på barn og unge innenfor Folkehelseprofilene, men nasjonale tall påpeker at ca. 15 % av barn og unge er i risikofaktor for overvekt (Nasjonale retningslinjer, barn og unge, Helsedirektoratet, 2010). Tall fra vektmålinger på 3. og 8. klasser i Vennesla kommune 2013/2014 viser at 17.3 % er overvektige i 3.klasse og 17.5 % er overvektige i 8 klasse. Overvekt er en risikofaktor for andre livsstilssykdommer og er derfor viktig å forebygge. For å hindre konsekvensene av overvekt er det viktig å starte med forebygging tidlig. Et helsefremmende tilbud for barn med familie vil derfor være viktig forebyggende arbeidet i kommunen

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er kanskje det aller viktigste i forhold til å utvikle et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og sunn livsstil. For eksempel vet vi at kulturell og sosiale deltakelse er svært viktig og helsefremmende, samt at endringer til et mer usunt kosthold og mindre fysisk aktivitet er en stor helse-utfordring.

Forebygging er en prioritert oppgave i samhandlingsreformen og i Folkehelseloven. Folkehelseloven skal gjelde for alle områder i den kommunale virksomheten. Vennesla kommune vil arbeide etter Folkehelselovens krav og intensjoner.

Selv om helse i stor grad bestemmes av faktorer som ligger utenfor helsesektoren, foregår det mye viktig folkehelsearbeid også i helse og omsorgstjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i det brede befolkningsrettede folkehelsearbeidet, for eksempel å avdekke problemer, intervensere tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvisning til andre instanser. Studier viser at tjenesten benyttes uavhengig av sosial status.

Tjenesten kan derfor bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Helsestasjonsvirksomheten skal ivareta det helhetlige, forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot alle barn og unge 0 -20 år, og til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjonen. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud.

Planlegging av boliger / tomter

Kommunen må allerede på planstadiet sikre at det blir tomter i nye byggefelt for personer som trenger tilrettelagt bolig. Kommunen må styre denne utviklingen. Det bør være tomter som kan benyttes av private, kommune eller boligstiftelse, og det må være store tomter som det for eksempel kan bygges bokollektiv på. Dette må inn i kommuneplanens arealdel nå. Enhet for byggforvaltning er den instans i kommunen som har ansvar for at arbeidet blir samordnet og oversiktlig. Samme instans bør også følge opp vedtak som blir gjort. Dette er uavhengig av om det bygges i kommunal eller i privat regi.

Handlingsplan / tiltak

Rådmannen er ansvarlig for å utrede og utvikle tjenestene i samsvar med planens intensjon ved å sette fokus på følgende felt:

- Forebygging: Brukernes egne ressurser, samt aktivitet og deltakelse. Dette fokus skal være grunnleggende for alle tjenester.
- Brukermedvirkning: Vurdere og evt. innføre nye metoder for økt brukermedvirkning og opplæring ansatte.
- Opplæring og informasjon til brukere: Lage en strategi for informasjon og opplæring av brukere for å mestre egen livssituasjon.
- Pårørende: Utvikle systematiske måter å samhandle med pårørende på. Styrke samarbeidet i den enkelte enhet.
- Frivilligmelding. Lage en Frivilligmelding for Vennesla kommune. Denne skal vise strategi for arbeidet opp mot og for frivillige organisasjoner og enkeltpersoner fremover.
- Samhandling: Følge opp og videreutvikle tjenestene ved å tilrettelegge internt i kommunen for å nå målene med reformen, samt følge opp og samhandle med sykehuset, legetjenesten og andre som måtte være aktuelle. Planlegge for overføring av ansvar for psykisk helse fra 2016.
- Tverrfaglig samarbeid: Vurdere nye løsninger.
- Barn og unge: Styrke det psykiske helsearbeidet blant barn og unge i kommunen. Videreutvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke, og eller barn med foreldre som misbruker rusmidler- og barn og unge som utsettes for vold og overgrep.
- Barseloppfølging: Utrede ordningen i forhold til avtale med SSHF.
- Utrede og utvikle tjenester tilrettelagt for demente.
- Rehabilitering. Vurdere behov, etter utviklingsplan for SSHF.
- Hverdagsrehabilitering: Utvikle og innføre denne metoden i hjemmetjenesten.
- Utvikle retningslinje for systematisk oppfølging av personer med psykiske lidelser og rusutfordringer.
- Ruspolitisk handlingsplan for Vennesla kommune: Følge opp tiltakene.
- Velferdsteknologi: Oppfølging og gjennomføring av tiltakene i ny plan for velferdsteknologi.
- Sykehjemstjenesten: Opprettholde nok korttidsplasser. Vurdere bruken av sykehjemsplasser og behovet for rehabiliteringsplasser. Det bør sees på helhetlig, særlig i forhold til utsettelsen av boligbygging for demente og sykehusets planlagte reduksjon av døgnplasser innen rehabilitering og psykiatri.

- Omsorgsboliger: Vurdere behov for nye omsorgsboliger.
- Støttekontaktordningen: Videreutvikle denne ordningen i tråd med ny forskning.
- Utrede muligheter for samordning av tjenestene på Måneglytt og Lomtjønn.
- Utvikle samarbeidet mellom fysioterapitjenesten og frisklivssentralen.
- Plan for fastlegetjenesten.

Prioriterte tiltak - utbygging/ansatte:

År 2015– 2018

- Planlegge nye boliger (16-24) og dagsenter (15 plasser) for demente. Sikre egnede arealer.
- Planlegge, og bygge ut, nye boliger for personer med psykiske lidelser og rusutfordringer. 46 boliger forutsatt dekket innen gjeldende budsjetttramme.
- Planlegge, og bygge, nye boliger og avlastningshjem for personer med utviklingshemming. 10 – 16 nye boenheter.
- Styrke hjemmetjenesten. Ta høyde for økningen i aldersgruppen 70-79 år. Hovedsatsning på forebyggende innsats innen hverdagsrehabilitering og tilrettelegging for hjemmeboende med demenssykdom.
- Utvide dagtilbud og avlastning for hjemmeboende personer med demenssykdom.
- Vurdere å opprette psykologtilbud i kommunen.

År 2018– 2025

- Bygge nye boliger (24) og dagsenter for demente (15). Dette skal fungere som aktivitetstilbud og avlastningstilbud for både hjemmeboende og de som bor i boligene.

År 2025– 2030

- Det vil bli behov for ytterligere boliger (24) til demente mot 2030. Disse kan bygges i siste del av perioden.