



Fra passiv hjelp til aktiv mestring

Kommunedelplan for helse og omsorg

2014-2026

Vedtatt i kommunestyret 02.02.15

Innhold

1	<i>Sammendrag og avgrensning</i>	3
2	<i>Bakgrunn og rammer for planen</i>	5
2.1	Forankring og organisering	5
2.2	Nasjonale styringsdokumenter	6
2.3	Regionale styringsdokumenter	11
2.4	Kommunale styringsdokumenter	12
2.5	Velferd for enkeltmennesker og økonomiske rammer	13
2.6	Forventninger	13
3	<i>Status og utviklingstrekk</i>	14
3.1	Befolkningsutvikling	14
3.2	Hovedutfordringer	16
4	<i>Fra passiv hjelp til aktiv mestring - strategisk perspektiv</i>	21
4.1	Tidlig innsats	22
4.2	Aktiv brukerrolle	23
4.3	Kunnskapsbasert praksis og kvalitet	25
4.4	Innovasjon	25
5	<i>Handlingsdel – mål og veivalg i planperioden</i>	27
5.1	Livsstil.....	28
5.2	Forebyggende arbeid barn, unge og familier	29
5.3	Psykisk helse og rus.....	33
5.4	Bo trygt hjemme	34
5.5	Tjenester til mennesker med utviklingshemming	36
5.6	Boligplanlegging.....	38
5.7	Velferdsteknologi.....	45
5.8	Strategisk kompetanseutvikling	47
6	<i>Oversikt over aktuelle lover og forskrifter</i>	50
7	<i>Litteraturliste/kilder</i>	51

1 Sammendrag og avgrensning

Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2026 skal angi mål og retning for utviklingen innen helse- og omsorgsområdet de neste 12 år. Dette omfatter tjenester som blant annet er forankret i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i lov om folkehelsearbeid.

Utfordringene helse- og omsorgstjenestene i kommunen står overfor er mange og sammensatte, og de økonomiske rammene er stramme. Det vil kreve nytenkning og innovative løsninger. Antall eldre i befolkningen vil om litt øke betydelig, flere unge får psykiske helseplager, rus er et problem for mange innbyggere, en rekke sykdommer har sammenheng med innbyggernes livsstil, og samhandlingsreformen fører til at kommunen får flere og mer komplekse helse- og omsorgsoppgaver innen alle aldersgrupper. Det er og vil fortsatt være en utfordring for kommunen å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse.

Kommunen har ansvar for å tilrettelegge slik at innbyggerne får mulighet til å leve sunne liv. Det er en utfordring for kommunen å dreie ressursinnsatsen, som tidligere har båret preg av reparasjon og behandling, mot mer forebygging og tidlig innsats for å unngå at enkeltindivider eller grupper får plager som begrenser eller ødelegger for et godt liv.

Kommunen vil være avhengig av at innbyggerne i framtiden, og da i større grad enn i dag, er fysisk og sosialt aktive og tar aktivt ansvar for egen helse. Enkeltindividers familie og frivillige nettverk vil være viktige samarbeidspartnere for kommunen i løsning av helse- og omsorgsoppgavene. Innbyggernes behov er sammensatte og det er behov for et mangfold av bomuligheter for at den enkelte skal kunne bo selvstendig i egen bolig. Det vil være nødvendig med samarbeid mellom kommune og private aktører innen flere områder for å kunne møte den enkeltes behov.

Det er kommunens oppfatning at en forebyggings- og rehabiliteringsideologi bør prege alle helse- og omsorgstjenester. Dette understøttes av signalene i de nasjonale styringsdokumentene. På bakgrunn av dette har planen lagt fire sentrale overordnede strategiske perspektiv til grunn for valg av mål og strategier:

- tidlig innsats
- aktiv brukerrolle
- kunnskapsbasert praksis og kvalitet
- innovasjon

Kapittel 4 "Fra passiv hjelp til aktiv mestring – strategiske perspektiv" beskriver og utdyper disse fire perspektivene.

Helse- og omsorgsfeltet er omfattende. Planen omfatter således ikke alle tjenester og aktiviteter innen helse- og omsorgsområdet. Kapittel 5 beskriver mål og veivalg i perioden, og dette er strukturert i følgende områder: livsstil, forebyggende arbeid barn, unge og familier, psykisk helse og rus, bo trygt hjemme, tjenester til mennesker med utviklingshemming, boligplanlegging, velferdsteknologi og strategisk kompetanseutvikling.

Kapittel 2 inneholder bakgrunn og rammer for planen, mens kapittel 3 omhandler status og utviklingstrekk.

Kommunen har et ansvar for at helseperspektivet tas inn i all planlegging og i alle beslutninger. Hvordan by- og boligområder planlegges har stor betydning i forhold til innbyggernes muligheter til aktivitet, sosialt fellesskap, trygghet og trivsel. Hvordan skole og barnehage drives har stor betydning for barn og unges oppvekstvilkår og muligheter. Tilgang til kulturtilbud for alle grupper er avgjørende for trivsel, aktivitet og sosialt nettverk. Dette er områder som i mindre grad omhandles i denne kommunedelplanen, men som hovedsakelig behandles i kommuneplanen og andre kommunedelplaner. Spesielt når det gjelder perspektivet *tidlig innsats* omtales dette også i kommunedelplan for skolesektoren, kommunedelplan for barnehage og kommunedelplan for flyktningeområdet.

2 Bakgrunn og rammer for planen

2.1 Forankring og organisering

Kommunal planstrategi for Grimstad kommune 2011-2015 er vedtatt av kommunestyret og inneholder en rekke kommunedelplaner. Planprogrammet for *Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2026* ble vedtatt i kommunestyret 07.10.13. Det eksisterer ingen gjeldende helhetlig plan for helse- og omsorgsområdene i kommunen. Kommunedelplanen skal angi kommunens utfordringer og kommunestyrets valg de neste 12 år. Planen skal også legge grunnlaget for å skape nødvendig endring innen helse- og omsorgstjenestene. De økonomiske rammene i årene som kommer vil være stramme. Det vil kreve nytenkning og innovative løsninger. En plan for flere tjenesteområder innen helse og omsorg i en periode på 12 år må betraktes som en overordnet og strategisk plan som skal angi utviklingsretning for helse- og omsorgsfeltet.

Kommunedelplanen skal være konkret, men den kan ikke være detaljert. Det tas sikte på å revidere planen hvert 4. år. Gjennom kommunens årlige budsjett og 4-årige handlingsprogram vil strategiene i planen bli konkretisert i mål og tiltak.

Utviklingsretningen for helse- og omsorgstjenestene baseres også på nasjonale føringer.

Arbeidet med kommunedelplanen har vært prosjektorganisert. Det ble valgt å gjennomføre en bred involvering i utarbeidelsen av planen både for ledere og ansatte. Lederne vil ha en avgjørende rolle i fremtidig endringsarbeid. Lederskap handler bl.a. om å skape motivasjon og engasjement og få folk med seg i en retning. I tillegg vil samhandling mellom enheter være viktig for å kunne se løsninger og skape muligheter. Prosessene som ble gjennomført i arbeidsgruppene var viktig for planen, men de hadde også en verdi i seg selv spesielt med tanke på fremtidig samhandling og forankring i organisasjonen. Arenaer der det skapes felles forståelse av utfordringer og endringsbehov bidrar til å legge et godt grunnlag for endring. Eierskap til planen hos ledere og ansatte vil være viktig for å gjennomføre de veivalgene planen legger opp til.

Arbeidet er organisert på følgende måte:

Politisk styringsgruppe

Helse- og omsorgsutvalget

Administrativ styringsgruppe

Rådmannen og kommunalsjefene

Prosjektgruppe

Ass. kommunalsjef helse og omsorg, prosjektleder
Fagleder helsesøster- og jordmortjenesten
Folkehelsekoordinator
Fagleder psykisk helse
Fagleder Boveiledertjenesten

Enhetsleder Bestillerenheten
Leder fag- og utviklingsavdelingen
Enhetsleder Frivolltun bo- og omsorgssenter

Arbeidsgrupper

Forebyggende tjenester barn og unge
Levekår og levevaner
Tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne
Tjenester innen områdene psykisk helse og rus
Tjenester til hjemmeboende
Heldøgnsomsorg
Velferdsteknologi

Mer enn 40 ledere og ansatte har deltatt i gruppearbeidet, enten som faste medlemmer av arbeidsgruppene eller bidratt i forhold til tema og fagområder på enkelte arbeidsmøter. Ansatte i kultur- og oppvekstsektoren, i samfunns- og miljøsektoren og fra Universitetet i Agder har også vært involvert i arbeidsgrupper. I tillegg har boligplanlegging vært tema i prosjektgruppen.

Referansegruppe

Enhetsledergruppen i helse- og omsorgssektoren

Brukermedvirkning

Ungdomsrådet
Eldrerådet
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Kafédialog for innbyggere, ansatte, tillitsvalgte, politikere og andre interesserte ble gjennomført og gav mulighet for medvirkning.

Samtaler med enkelte brukere og pårørende har også gitt innspill til planarbeidet.

2.2 Nasjonale styringsdokumenter

Tjenestene i helse- og omsorgssektoren er i stor grad styrt av lovverk, nasjonale føringer og lokale valg. Kommunedelplanen utformes innenfor disse rammene. Dette er styrende for hvilke tilbud kommunen må ha, hvordan kommunen tildeler tjenester og hvordan tjenestene utføres. Samhandlingsreformen legger opp til økt samhandling med sykehuset, og planer som utarbeides av helseforetaket tar også opp i seg de nasjonale føringene og er med og legger rammene for kommunen. De mest sentrale planer og lover omtales i dette kapitlet. Kapittel 6 viser oversikt over de fleste aktuelle lover og forskrifter for helse- og omsorgstjenestene.

Nye nasjonale planer og meldinger

I 2015 forventes for første gang en nasjonal helse- og sykehusplan, men innholdet i den er ikke kjent. Kommunen følger med på når planen foreligger.

Stortingsmelding om primærhelsetjenesten er også planlagt ferdigstilt i løpet av 2015. Den tar for seg hele primærhelsetjenesten og vil legge føringer for endringer. Meldingen skal vurdere tiltak blant annet i forhold til omsorgstjenestene, legetjenesten, rehabiliteringstjenesten og samhandling med sykehus. Den skal "flytte makt til brukerne og skape pasientens helsetjeneste", den skal legge til rette for robuste, koordinerte og helhetlige tjenester. Den skal vurdere nye roller og samarbeidsformer, som for eksempel teambaserte tjenester.

Ny nasjonal folkehelsemelding kommer våren 2015. Det foregår for tiden en åpen nettbasert høringsprosess der alle kan gi innspill. Folkehelsemeldingen skal legges frem for Stortinget våren 2015. Den skal legge til rette for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser. Det er avgjørende med god lokal politisk forankring av folkehelsearbeidet.

Innsatsområder som er fremhevet:

- psykisk helse i folkehelsearbeidet
- aktive eldre
- helsevennlige valg
- forebyggende arbeid mot barn og unge

Samhandlingsreformen

St. meld nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen (rett behandling - på rett sted - til rett tid) legger opp til en ny kommunerolle og legger føringer for hvordan kommunene skal tilrettelegge tjenestene til beste for brukerne og samtidig legge til rette for bærekraftig utvikling. Dette utfordrer fremtidens helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen ble iverksatt 01.01.12.

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene i større grad skal:

- forebygge sykdom
- forebygge sykehusinnleggelser
- redusere press på helsetjenestene gjennom satsing på helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid
- ha tydelig ansvar for folkehelsearbeidet, ta hensyn til helseperspektivet i alt kommunen gjør (kommunens planverk)
- ha helhetlige pasientforløp gjennom samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- gi en større del av helsetjenestene der folk bor, altså i kommunen

Samhandlingsreformen utfordrer samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, men også internt mellom tjenesteområder i kommunen.

Det er vedtatt to nye lover for å gjennomføre samhandlingsreformen. Det er lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Begge lovene ble gjeldende 01.01.12.

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015

Meld. St. 16 (2010-2011), *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* beskriver den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet i fireårsperioden. Planens hovedstrategi er å utnytte den relativt sett stabile perioden når det gjelder demografisk utvikling, til å gjøre tilpasninger for å møte fremtidige utfordringer. Det som ellers fremheves i planen er:

- helse- og omsorgstjenestene skal ses i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunen har ansvar og oppgaver
- helse- og omsorgstjenestene skal utvikles slik at de gir brukerne mulighet for økt livskvalitet og mestring gjennom mer forebygging og tidlig innsats
- helhetlig pasientforløp skal ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging
- helsestasjons- og skolehelsetjeneste er sentral i det helsefremmende og forebyggende arbeidet
- fastlegeordningen skal utvikles og det skal legges til rette for et mer forpliktende samarbeid mellom kommune og fastleger, bl.a. gjennom ny fastlegeforskrift

Innovasjon i omsorg

Norsk offentlig utredning, NOU 2011:11 utredet nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer.

Utvalget la fem hovedutfordringer til grunn for sitt arbeid:

- nye yngre brukergrupper
- flere eldre med hjelpebehov
- knapphet på frivillige omsorgsytere og personell innen helse- og omsorg
- manglende samhandling og medisinsk oppfølging
- mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov

Utvalget prioriterte å utrede nye grep og løsninger med vekt på:

- teknologi
- alternative bolig- og organisasjonsløsninger
- forskning, innovasjon og næringsmuligheter

"Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag." (Kåre Hagen, NOU 2011:11 Innvasjon i omsorg)

Lov om folkehelsearbeid

Loven gjenspeiler de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeid "helse i alt vi gjør" (*Health in All Policies*). Loven skal bidra til at kommunen skal sørge for en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker helse. Dette skal være grunnlag for all kommunal planlegging. Loven skal sikre at folkehelse prioriteres.

Loven har følgende formål:

- bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, utjevner sosiale helseforskjeller
- fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold
- bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse
- sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte
- legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenestene som ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen (hvis ikke annet følger av loven). Loven sier at helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige, helhetlige, koordinerte, verdige og tilpasset den enkeltes behov.

Loven har følgende formål:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne
- fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
- 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
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdige tjenestetilbud
- sikre samhandling og at tjenestetilbud blir tilgjengelig for pasienter og brukere samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Pasient og bruker har rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Loven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenestene.

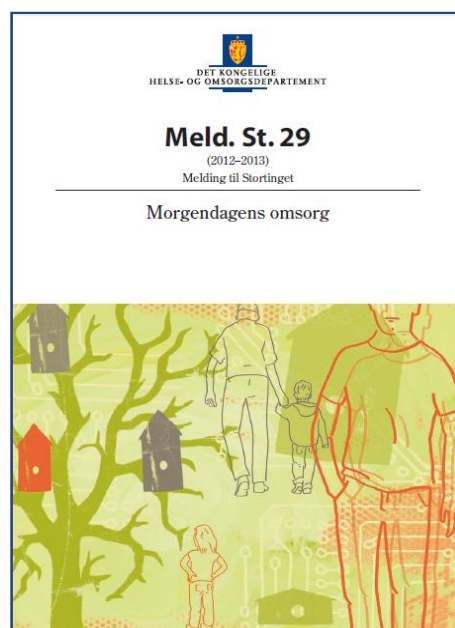
Morgendagens omsorg

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg omtales som en mulighetsmelding til omsorgsfeltet. I stedet for å fokusere på utfordringer ved den demografiske utviklingen, letes det etter nye måter å løse omsorgsoppgavene på.

Morgendagens omsorg skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Den skal også gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet for de som trenger assistanse.

Bl.a. fremheves følgende retninger:

- aktiv omsorg og egenmestring
- endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger
- systematisk arbeid for pårørende og frivillige nettverk
- vridning fra brukermedvirkning til brukerstyring
- innovasjon i omsorgsfeltet



Kommunedelplanen utformes ellers innenfor de rammer som gis gjennom en rekke lover og forskrifter. Disse er styrende for hvilke tilbud kommunen må ha, hvordan kommunen tildeler tjenester og hvordan tjenestene utføres.

Folkehelsemeldingen

Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen (God helse - felles ansvar) fremhever at befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse påvirkes av velferdsutvikling og forskjeller i levekår. Utvikling i helse er nært knyttet til oppvekstvilkår og de forholdene vi lever under. Det handler om å legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse. Spesielt barn og unges oppvekstvilkår trekkes frem. Ansvar er tverrsektorielt. Også folkehelsemeldingen vektlegger økt satsing på forebyggende arbeid i hele helse- og omsorgssektoren for å følge opp samhandlingsreformen. Bl.a. fremheves følgende retninger:

- videreutvikle helse- og omsorgstjenesten i kommunene til en mer tverrfaglig og integrert tjeneste
- videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- fortsette å satse på frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud i kommunene
- opprette flere lavterskeltiltak for gravide, mødre og foreldre som sliter med rusavhengighet og psykiske lidelser

2.3 Regionale styringsdokumenter

Utviklingsplan 2030 Sørlandet sykehus

Utviklingsplan 2030 er under utarbeidelse og skal være en helhetlig og langsiktig plan for Sørlandet sykehus og utvikling av virksomheten. Planen skal beskrive både tjenestetilbud, driftsmodell, organisasjon og infrastruktur. Utviklingsplan 2030 skal være en overordnet plan som angir retningen for sykehuset i årene som kommer. Planen skal danne grunnlaget for sykehusets treårige strategiplaner og alle større investeringer og organisatoriske valg skal være forankret i utviklingsplanen. Planen vil også få konsekvenser for kommunens prioriteringer i årene som kommer. Etter fremdriftsplanen skal planen vedtas i starten av 2015.

Strategiplan 2015-2017 Sørlandet sykehus

Strategiplanen er under utarbeidelse og skal videreutvikle Sørlandet sykehus sin virksomhet, og synliggjøre satsingsfelt og prioriteringer. Strategiplan 2015-2017 står i sammenheng med Utviklingsplan 2030. SSHF sin strategiske plan bygger på nasjonale, regionale og lokale føringer, og tar hensyn til endringer i befolkningens behov og forventninger, utvikling av medisinsk metode og teknologi og endringer i rammevilkår. Planen vedtas i starten av 2015. Planen vil ha følgende strategiske satsingsområder:

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Kultur for helhet
- Samhandling
- Rusbehandling
- Kreftbehandling
- Optimal utnyttelse av planlagt kirurgisk kapasitet

Regionplan Agder 2020

Et av hovedsatsingsområdene i *Regionplan Agder 2020* er "Det gode livet: Agder for alle". Det pekes på at befolkningen i Agder kommer dårligere ut enn landet for øvrig når det gjelder levekår. Tiltak i planen er knyttet til folkehelsearbeid og forebyggende arbeid, utdanningsløp fra barnehage til videregående skole, og overgangene mellom utdanningsnivåene.

2.4 Kommunale styringsdokumenter

Kommuneplanen

Kommuneplan 2011-2023 har visjonen "Grimstad – med viten og vilje" og beskriver hvordan kommunen skal utvikles gjennom målbevisst satsing på kunnskap og skaperkraft for å møte fremtidens behov. Kommuneplanen har mål som legger føringer for kommunedelplanen for helse- og omsorgssektoren.

Satsingsområdet "Levekår og folkehelse" har bl.a. følgende mål:

- Grimstad har gode oppvekstvilkår for alle
- Grimstad legger til rette for at hele befolkningen skal være fysisk aktive

Satsingsområdet "Grimstad er en åpen kommune med innbyggernes tillit" har bl.a. følgende mål:

- Grimstad kommune har god kvalitet på sine tjenester
- Grimstad kommune har aktive helse- og omsorgstjenester som bidrar til å ansvarliggjøre den enkelte bruker



Det har også vært et samarbeid med kommunedelplanene innen barnehageområdet og skole når det gjelder tidlig innsats i forhold til barn, unge og familier.

Andre kommunale føringer for planen

"Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren 2012" ble gjennomført av Rune Devold AS. Det ble tatt utgangspunkt i befolkningsfremskrivning og fremskrivning av antall brukere av ulike tjenester, og kostnadsveksten dette vil medføre. Her konkluderte Devold med at kommunen måtte iverksette en alternativ strategi for å sikre økonomiske bærekraftige tjenester.

Prosjekt "Analyse av avvik mellom budsjett og resultat for Helse- og sosialsektoren i perioden 2009-2012" ble gjennomført av Deloitte i 2013. Oppdraget gikk ut på å analysere årsaker til vedvarende negativt avvik mellom budsjettammer og resultat for sektoren fra 2009-2012. Arbeidet skulle også identifisere og beskrive konkrete tiltak for å redusere gapet mellom tildelte rammer og forventet resultat for sektoren, samt foreslå eventuelle tiltak for å bedre styring av helse- og omsorgssektoren.

Begge disse analysene er en del av grunnlaget for utarbeidelsen av kommunedelplanen.

2.5 Velferd for enkeltmennesker og økonomiske rammer

Hovedintensjonen i fremtidig omlegging av helse- og omsorgstjenestene handler om velferd for enkeltmennesket. Omleggingen skal først og fremst bidra til at brukere av tjenestene gis *"nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse"* (Morgendagens omsorg 2012-2013). Mulighet for et mer selvstendig liv og mestring av hverdagen er god velferd for enkeltmennesker. En må erkjenne at det må skje en omlegging for at tjenestene skal være økonomisk bærekraftige i fremtiden. Analyser og funn presentert i Devoldrapporten og i Deloitte rapporten legges bl.a. til grunn for dette. Begge gjennomgangene peker på at kostnadene i sektoren vil øke kraftig i årene som kommer, dersom tjenestene gis på samme måte som i dag. Det må derfor velges retninger for tjenestene som reduserer veksten i kostnadene for å sikre en økonomisk bærekraftig utvikling. Dette er med og danner rammene for planarbeidet. De økonomiske rammene forventes å bli strammere i planperioden. Gjennom nytenkning, kvalitetsutvikling og tverrfaglig samarbeid er det et mål å sikre en god faglig og økonomisk bærekraftig tjenesteproduksjon.

2.6 Forventninger

Innbyggere, brukerorganisasjoner og interesseorganisasjoner har store forventninger til kommunen. Forventningene kan strekke seg utover det kommunen har plikt til å stille opp med. Det må skape realistiske forventninger til hva kommunen skal løse og hva hver enkelt av oss må ordne og ta ansvar for selv.

Kommunen har plikt til å sørge for at det gis nødvendig helsehjelp og at tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven. Aktiv deltakelse fra brukere og pårørende i prosesser knyttet til utforming av tjenestetilbudet, individuelle behov, tildelingskriterier og serviceerklæringer danner rammene for hvordan kommunen definerer begrepet nødvendig helsehjelp og vil bidra til å avklare forventninger.

3 Status og utviklingstrekk

3.1 Befolkningsutvikling

Grimstad hadde et innbyggertall på 21 829 ved den offisielle registreringen 01.04.14. Dersom befolkningsprognosene til Statistisk sentralbyrå (SSB) slår til, vil kommunen nå 30 000 innbyggere mellom 2030 og 2035. I nye prognoser fra SSB skisseres en forventet årlig vekst for Grimstad på 300-350 innbyggere frem mot 2030, deretter litt lavere. Noe over 60 % av befolkningsveksten henger sammen med at det flytter flere mennesker til enn fra Grimstad. Rundt halvparten av flytteoverskuddet er mennesker fra andre deler av verden.

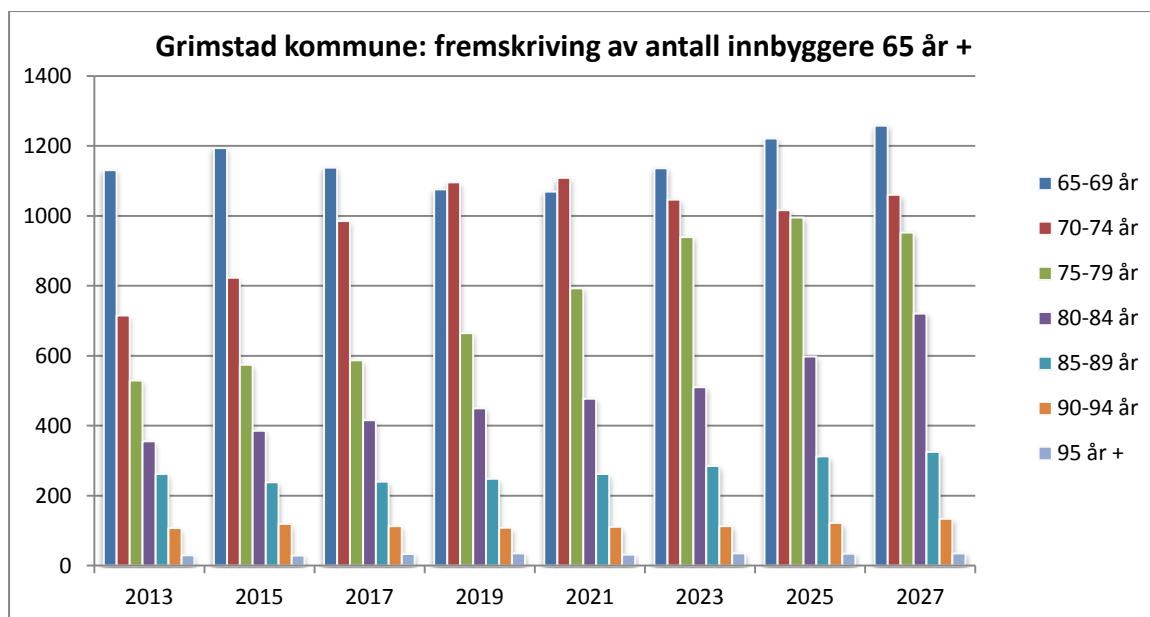
Antall barn	1-5 år	6-12 år	13-15 år
2013	1425	2070	930
2021	1725	2350	1000
2027	1850	2650	1100

Tabell 1: Befolkningsutvikling barnebefolkningen 1-15 år

Kommunen har de siste årene hatt ca. 250 fødsler årlig. I følge prognosene vil barnebefolkningen 1-15 år øke jevnt frem mot 2027. I planperioden er økningen størst for barn i aldersgruppen 1-12 år. Aldersgruppen 1-5 år øker mest frem mot 2021 og 6-12 år øker mest fra 2021 til 2027.

Figuren og tabellen på neste side viser befolkningsutvikling i aldersgruppen over 65 år. I planperioden vil spesielt andelen eldre mellom 70 og 80 år øke kraftig. Veksten er sterkest frem til 2021, og avtar deretter frem mot 2027. Andelen eldre over 80 år vil ha størst vekst mot slutten av planperioden. Andelen eldre over 80 år i 2020 er estimert til å være lavere enn i landet som helhet.





Figur 1: Befolkningsutvikling i Grimstad 2013-2027, 65 år og eldre

	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025	2027
65-69 år	1131	1194	1138	1076	1069	1136	1221	1258
70-74 år	715	823	985	1096	1109	1046	1016	1060
75-79 år	529	574	587	665	793	939	995	952
80-84 år	355	386	416	450	477	510	598	721
85-89 år	262	238	240	248	262	285	312	325
90-94 år	107	119	113	108	111	113	122	134
95 år +	30	29	33	35	31	35	34	35
Sum	3129	3363	3512	3678	3852	4064	4298	4485

Tabell 2: Befolkningsutvikling i Grimstad 2013-2027, 65 år og eldre

Prognosene (tall fra SSB) viser en stadig større eldrebefolkning. Siden den viktigste årsaken til demenssykdom er aldring i seg selv, vil en større eldrebefolkning også medføre en økning i antall personer med demenssykdom. I planperioden er prognosen en økning på rundt 40 personer med demenssykdom fra 2014 til 2020, og en ytterligere økning med rundt 50 personer fra 2020 til 2025. Den største økningen kommer fra 2025 til 2030.

År	2014	2020	2025	2030
Prognose	250	289	341	423

Tabell 3: Prognose for antall personer med demenssykdom i Grimstad for 2014-2030

Det kan være vanskelig å trekke entydige konklusjoner om fremtidige behov ut fra en fremskrivning av befolkningsdata. Det henger sammen med at en ikke har entydige data på hvordan økt levealder vil slå ut i forhold til behov for helse- og omsorgstjenester. Dette vil likevel være en indikasjon på hva en kan forvente de nærmeste årene. Hvordan kommunen lykkes med forebyggende tiltak spesielt i yngre grupper, vil være avgjørende for det fremtidige behovet for tjenester. Imidlertid vil de fleste eldre være friske.

3.2 Hovedutfordringer

Hovedutfordringene i Grimstad baseres på kunnskap om nasjonale og fylkesvise utviklingstrekk, på lokale data, lokal kunnskap og lokal erfaring. Kommunen har ikke utarbeidet oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker helse, men arbeidet er påbegynt.

Levekår

Norge scorer blant de beste land i verden på levekårsindekser. Det er høy forventet levealder, høyt gjennomsnittlig utdanningsnivå, høy inntekt og lav arbeidsledighet. Det er imidlertid store sosiale ulikheter i levekår og helse. De sosiale forskjellene er uavhengige av om man bruker utdanning, inntekt eller yrke som mål på sosioøkonomisk status. (*Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, 2005*).

Aust-Agder fylke har utfordringer knyttet til levekår som gjør at fylket kommer dårligere ut enn resten av landet. Dette gjelder også Grimstad kommune. Grimstad kommune har flere unge uføretrygdede mellom 18 og 44 år enn i landet for øvrig. (*Folkehelseprofil for Grimstad, 2014, Folkehelseprofilen for Aust Agder Fylke, 2014*). 3,8 % av Grimstads befolkning i aldersgruppen er uføretrygdede. Landet for øvrig ligger på 2,5 % og fylket på 4,2 %.

Andelen av befolkningen med videregående skole eller høyere utdanning er høyere enn fylket og i landet for øvrig. Frafallet i videregående skole var 23 % i 2013. Det er lavere enn i fylket (26 %) og i landet for øvrig (25 %). Dette gjelder likevel et stort antall unge mennesker.

Kommunen har en relativt lav andel sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggere, men det er en høy andel som mottar sosialhjelp i mer enn 6 måneder og dermed ikke kommer videre til utdanning eller arbeidsrettet aktivitet.

Mennesker med lav inntekt og utdanning har gjennomgående en mindre gunstig livsstil med tanke på helsetilstand, enn de som har høy utdanning og tjener mer.

Levekårsfeltet er stort og sammensatt. Feltet omtales i liten grad i planen, men en kommer inn på deler av det f.eks. under kapitlene om forebyggende tjenester til barn og unge og psykisk helse og rus.

Livsstil og overvekt

Flere undersøkelser viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og overvekt. Det gjelder både voksne, unge og barn. Overvekt og fedme regnes som en av de største folkehelseutfordringene i den vestlige verden. Vår livsstil er i dag den største utfordringen i forhold til levealder og livskvalitet. Inaktivitet og dårlig kosthold er risikofaktorer i forhold til å utvikle overvekt og fedme og dermed risiko for livsstilssykdommer og livsstilsrelaterte helseplager. Overvekt og fedme er spesielt forbundet med utvikling av hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, enkelte kreftformer og muskel- og skjelettplager. Når tradisjonelle eldresykdommer debutterer tidligere, bidrar det til å skape behov for yngreomsorg. Overvekt vil også kunne medføre sosial isolasjon og psykiske helseplager.

Det er relativt lite data om vektutviklingen blant barn i Norge. Barnevekststudien fra 2012 utført av Folkehelseinstituttet (FHI) viser at knapt 16 % av norske åtteåringer har overvekt eller fedme (14 % gutter og 18 % jenter). Målinger i 2008, 2010 og 2012 tyder på at det ikke er økning i perioden (FHI, 2012).

Veiing på 3. trinn (8-åringer) i Grimstad for kullene født i 2004 og 2005 viser resultater under landsgjennomsnittet. Det er 11 % av guttene og 17 % av jentene som har overvekt eller fedme i Grimstad. Selv om resultatene ligger under landsgjennomsnittet, gjelder dette omtrent 35 barn/familier for hvert kull. Årsakene til utvikling av overvekt og fedme hos barn er sammensatte.

I 15-16-årsalderen er andelen som har overvekt eller fedme om lag 16-17 % (Helsedirektoratet, 2012). Blant 15-åringer er det litt flere gutter enn jenter som har fedme. Det er det motsatte av hva vi ser blant åtteåringer. Vi ser tegn til at vektøkningen blant barn og unge har stoppet opp i Norge, men andelen ungdommer med overvekt er høy.

Det er ikke landsomfattende helseundersøkelser som kan gi tall for utviklingen av overvekt og fedme hos voksne i ulike fylker og landsdeler. Det finnes noen tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og tidligere helseundersøkelser i noen fylker.

Andelen voksne med overvekt og fedme økte i perioden 1985-2008. Undersøkelsene viser videre at:

- menn økte sin vekt med om lag 6,5 kg
- kvinner økte sin vekt med om lag 5,5 kg
- økningen var størst hos de yngste voksne, og særlig hos unge voksne menn

Folkehelseinstituttet hevder at stadig flere voksne passerer grensen for overvekt og fedme, og vektøkningen hos unge voksne øker mest. Denne utviklingen skyldes i stor grad endringer i levevaner.

Psykisk helse og rus

Psykiske helseplager er en folkehelseutfordring. Verdens helseorganisasjon forventer at psykiske helseplager vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. Økning i psykiske helseplager gjelder særlig yngre grupper. Forekomsten av psykiske helseplager er høyere i regionen, og også i Grimstad, enn i landet for øvrig basert på data fra fastleger og legevakt. (Folkehelseprofiler for Grimstad 2014, Folkehelseprofiler for Aust-Agder fylke 2014). Angstlidelser er økende i samfunnet og andelen personer i primærhelsetjenesten med angstlidelser er høyere i fylket enn i landet, og enda høyere i Grimstad kommune. Det er mange unge som har disse lidelsene. Også innenfor gruppen eldre vil psykiske helseplager være økende i årene som kommer. Det viser seg at omkring en av fire uføre har helseproblemer relatert til psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet).

Det var i 2013 totalt 272 brukere som fikk primærhelsetjenester innen psykisk helse i Grimstad, 99 menn og 173 kvinner. 183 av disse var mellom 18 og 49 år (65 menn og 118 kvinner). Gjennomsnittsalderen for samtlige brukere av psykiske helsetjenester er 42 år (Gerica, kommunens fagprogram for helse- og omsorgstjenester).

Barnevernet i Grimstad har de siste årene overtatt omsorgen for en rekke barn, og det har vært en økning i tiltak utenfor hjemmet. Det er klare indikasjoner på at økningen i antall tiltak utenfor hjemmet er knyttet til økt forekomst av foreldre/pårørende med psykiske helseproblemer, gjerne kombinert med rus.

Ungdataundersøkelsen i ungdomskolene i 2013 viste at de fleste ungdommene i Grimstad har et godt liv. De har et godt forhold til sine foreldre, deltar i aktiviteter og er sammen med venner. Likevel er det et relativt stort antall ungdommer i Grimstad, på lik linje med andre kommuner, som opplever psykiske vansker og ubehag i form av bl.a. søvnproblemer og nedstemthet. Eksempelvis hadde 11 % av ungdommene som deltok i undersøkelsen opplevd å være «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» med depressivt stemningsleie siste uke på undersøkelsestidspunktet.

Det er gjennomført få norske studier som viser forekomst av rus og psykisk helseproblem samtidig (ROP-lidelser) og det finnes ikke tall kun for Grimstad. Internasjonale studier viser at jo mer alvorlig rusproblemet er, desto høyere forekomst av psykiske helseproblemer. En hovedtendens er også at risikoen for rusmisbruk øker med hvor alvorlig den psykiske lidelsen er. Denne tendensen er også vist i norske studier (Helsedirektoratet, Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser, 2011). SSB anslår at rundt 40 % av sosialhjelpsmottakere kan ha rusmiddelproblemer. En av de største utfordringene i sosialtjenesten og innen fagfeltet psykisk helse er å hjelpe mennesker som både har rusproblem og psykiske helseproblemer. Jo lengre en venter, jo vanskeligere er det å hjelpe disse.

I 2014 er det 60 brukere som har fått vedtak om oppfølging fra ruskonsulent (44 menn og 16 kvinner, gjennomsnittsalder 39 år) og 25 med vedtak om miljøtjeneste (20 menn, 5 kvinner, gjennomsnittsalder 41 år), noen har begge tjenestene. Rundt 20 brukere er under 25 år. Antall mennesker i kommunen som har et rusmisbruk er sannsynligvis høyere, men det finnes ikke eksakte tall for Grimstad kommune på dette. Undersøkelser viser ellers at alkoholbruken blant eldre øker (KoRus - kompetansesenter rus). Erfaring fra hjemmetjenesten understøtter dette synet.

Grimstad har utfordringer når det gjelder boligsituasjonen for mennesker med rus- og/eller psykiske helseproblemer. Det mangler botilbud på noen nivåer. Kommunen har rundt 30 bostedsløse som i ulik grad har psykiske helseproblemer, ofte i kombinasjon med rusproblemer. Sannsynligvis er det noen av disse som har dårlig boevne. Kommunen har ikke eksakte tall på hvor mange personer dette kan dreie seg om.

Føringene i samhandlingsreformen og de nye lovene gjelder også mennesker med psykisk helseproblem og rusavhengighet, herunder utvidet plikt til øyeblikkelig hjelp fra 2016. Den nye kommunerollen innebærer at mer av helsetilbudet skal ivaretas lokalt. Kommunen må således forberede seg på at omsorgstilbud til personer med alvorlig psykisk helseproblem sannsynligvis må bygges ut.

Yngreomsorg og eldreomsorg

For å beregne fremtidig tjenestebehov har det vært fokusert på befolkningsutviklingen i de eldre aldersgrupper. Det at andelen eldre i befolkningen øker vil også medføre en større andel eldre med sykdommer og sammensatt sykdomsbilde. Fremtidige sykdomsbilde i gruppen eldre antas å være innen demens, hjerte- og karsykdommer, lungesykdom, diabetes, kreft, kroniske smertetilstander, overvekt og fedme.

Spesielt demensutfordringen vil stille krav til de kommunale tjenestene både når det gjelder antallet eldre med demens, kompetanse, tjenestetilbud og boformer. Denne utfordringen er kjent, og det er også en nasjonal prioritering.

Utviklingen de siste årene har imidlertid vist at behov for tjenester blant yngre mennesker har økt. I 2013 var 46 % av brukerne av omsorgstjenester og psykisk helsetjenester i Grimstad under 67 år. Gjennomsnittsalderen var 64 år. I planperioden vil det være viktig å redusere andelen av befolkningen under 67 år som trenger bistand. Bevisstgjøring om ansvar for egen helse og mulighet for å ta hensiktsmessige valg er sentrale.

Det har vært en rivende utvikling innenfor nyfødtdmedisin de siste årene, og stadig flere barn overlever. De premature barna er mer utsatt for senskader enn barn født til termin, spesielt skader i hjerne og lunger. De har også oftere atferdsmessige, kognitive og helsemessige problemer som krever omfattende tjenester til barna og familien fra barndom og inn i voksen alder. Flere av disse vil kunne ha behov for svært ressurskrevende tjenester.

Samhandling

Samhandlingsreformen og nytt lovverk regulerer samarbeidet mellom kommunene og sykehuset. Også intern samhandling er et viktig arbeidsområde. Grimstad sin kommuneplan beskriver gode samarbeidsrelasjoner og prosedyrer for tidlig innsats som svært vesentlig for å avdekke særlige behov og iverksette tiltak tidlig. Dette handler bl.a. om at tjenester har ulike lovverk, ulik kultur og ulik praksis, men man må likevel finne måter å samhandle på til brukers beste. Samhandlingen er ofte knyttet til det som ligger mellom tjenester, enheter og sektorer. Det kan eksempelvis være overganger fra barnehage til skole, barneskole til ungdomskole eller knyttet til pasientforløp fra sykehus til korttidsavdeling eller korttidavdeling til hjemmet. Det handler om ledelse, samarbeidsarenaer og hvilke tilbud kommunen har. Erfaring viser at det bl.a. er utfordringer knyttet til felles forståelse av hvorfor samhandling er viktig, og til å etablere de riktige arenaene med de riktige personene. Intern samhandling er et område som det må arbeides kontinuerlig med.

Bemanningssituasjon i enkelte tjenester

Kommunebarometeret for 2014 (2013-tall) viser at bemanningssituasjonen i helsesøstertjenesten i Grimstad er betydelig lavere enn i andre kommuner. Det samme gjelder bemanningen i barnevernet. *"Fylkesmannens kommunebilde Grimstad kommune 2013"* påpeker i utfordringsbildet for Grimstad at kommunen ligger til dels langt under både landsgjennomsnitt, fylkesgjennomsnitt og kommunegruppe for både helsesøster- og jordmortjeneste. Fylkesmannen sier at *"disse tjenestene er vesentlige i kommunens*

forebyggende arbeid med tidlig innsats for et godt liv, og kommunens ressursbruk gir derfor grunn til bekymring". Lav bemanning gjør at det aktive, forebyggende arbeidet ikke kan ivaretas slik en ønsker og ser behov for og slik samhandlingsreformen legger opp til, og at barn, unge og familier ikke kan følges godt nok opp på grunn av ressurssituasjonen. Deloitte rapporten (KOSTRA-analyse) viser at kommunen bruker langt mindre midler til kommunehelse enn det de statlige myndigheter signaliserer i rammeoverføringene. Forebyggende helsetjenester er en vesentlig del av disse tjenestene. Utfordringen innen barnevern er å klare å omdisponere midler fra tiltak utenfor hjemmet til mer forebyggende tiltak i hjemmet.

Kommunen som arbeidsgiver

Målsettingen er bl.a. å gi tjenester med riktig kvalitet gjennom effektiv ressursbruk, og at brukerne av tjenestene skal være fornøyde. Med de utviklingstrekk og rammebetingelser som er beskrevet, stilles kommuneorganisasjonen overfor en rekke utfordringer. To sentrale utfordringer for kommunen som arbeidsgiver er evnen til utvikling og nyskaping, samt tilgang på og forvaltning av egen arbeidskraft. Det må legges til rette for kompetanseheving og utvikling av medarbeidere som allerede er ansatt i kommunen, bl.a. for å motivere disse til å bli i kommunen. Rekruttering av nye medarbeidere med riktig kompetanse vil være en forutsetning for å kunne møte fremtidige behov, ikke minst innenfor eldreomsorg, der også et sammensatt sykdomsbilde vil prege situasjonen til mange brukere, både hjemmeboende, i omsorgsboliger og i institusjon. Hjemmebaserte tjenester vil øke betydelig i takt med at andelen eldre øker, og bemannings- og kompetansesituasjonen i hjemmetjenestene må følges nøye.

Grimstad ønsker å fremstå som en attraktiv kommune som klarer å rekruttere, beholde og utvikle sine medarbeidere i takt med fremtidige behov.

4 Fra passiv hjelp til aktiv mestring - strategisk perspektiv

En samfunnsutvikling som styrker innbyggernes og lokalsamfunnets mulighet til å ta ansvar for helse, trivsel og mestring, har på kort og lang sikt stor betydning for folks helse. Forebygging og tidlig innsats er i dag et viktig prinsipp for all tjenesteutvikling, uavhengig av alder eller målgruppe. Signalene som fremgår i de nasjonale styringsdokumentene indikerer at en forebyggings- og rehabiliteringsideologi bør prege alle helse- og omsorgstjenester. På bakgrunn av dette legger planen fire strategiske perspektiv til grunn for valg av mål og strategier: tidlig innsats, aktiv brukerrolle, kunnskapsbasert praksis og kvalitet og innovasjon.

Dette innebærer at planen skal bygge opp under en et grunnleggende tankesett som først og fremst handler om velferd for enkeltmennesker. Grimstad kommune innfører nå hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud. Her handler det om å øke den enkeltes muligheter til å mestre hverdagen sin, om å være lengst mulig aktiv i eget liv. Med tidlig og intensiv innsats i en avgrenset periode er målet å styrke brukerens funksjonsnivå og mestringsevne. Når rehabiliteringsprogrammet planlegges, tar en utgangspunkt i brukerens egne ønsker om hvilke funksjoner det er viktig å styrke eller gjenvinne, samt hvilke aktiviteter brukeren ønsker å kunne gjennomføre selv. Det betyr at innsatsen rettes mot mestring av daglige aktiviteter i brukerens hjem og nærmiljø.

Støtte til å styrke brukernes mestringsevne er altså det sentrale elementet i hverdagsrehabiliteringen. Hverdagsrehabilitering representerer således et brudd med de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester. Tidligere spurte kommunen: Hva er problemet du trenger hjelp til? Nå spør kommunen: Hva skal til for at du skal mestre hverdagen?

Den samme tenkningen ligger til grunn for Familiens hus. Modellen for Familiens hus (se også kapittel 5.2) baseres bl.a. på at barnets og familiens egen stemme skal komme frem og bli hørt, og med den grunnleggende holdning at hver og en gjennom sin hverdagskunnskap kjenner sin egen situasjon og sin familie best. Det tas utgangspunkt i hva barnet og familien legger vekt på er viktig for dem og denne kunnskapen benyttes for å finne tiltak for egenmestring. På et tidlig tidspunkt tilbys familiestøttende tjenester som fokuserer på mestring og muligheter, og som tar hensyn til hele familiens ønsker, ressurser og behov. På den måten legges det vekt på å styrke barnets og familiens egne ressurser og evne til å mestre eget liv.

Denne kommunedelplanen legger opp til at ulike kommunale tjenester skal bidra til at det skjer en dreining fra passiv hjelp til aktiv mestring. Det grunnleggende menneskesynet bak hverdagsrehabilitering og arbeidet i Familiens hus går ut på at mennesker ønsker å være mest mulig selvhjulpne og selv mestre sin hverdag i størst mulig grad. På samme måte ønsker kommunen at alle typer tjenester skal bygge på dette grunnlaget. Tradisjonelle helse- og omsorgstjenester kan i sin nåværende form virke passiviserende fremfor aktiviserende overfor brukerne. Mål og strategier i denne planen tar utgangspunkt i brukerens ressurser og brukerens ønsker om hvilke aktiviteter og funksjoner det er viktig å beholde eller gjenvinne. Dette gjelder både i det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge, for mennesker med demenssykdom, mennesker med psykiske lidelser, mennesker med rusmiddelproblemer, barn med overvekt og fedme, osv.

Skal kommunen lykkes i å utvikle helse- og omsorgstjenester som bygger på denne ideologien, må en ta utgangspunkt i brukerens egne ressurser. I tillegg blir det viktig å

aktivisere ressurser i familie, sosiale nettverk, organisasjoner og lokalsamfunn. Videre vil det være avgjørende at kunnskapsbasert praksis og kvalitet og innovasjon preger utviklingen av alle tjenestoområder.

En endring fra "passiv hjelp til aktiv mestring" vil først og fremst kreve en omprioritering av ressurser, ikke at ressurser nødvendigvis tilføres tjenestoområdene. I tillegg vil de endringsprosesser planen legger opp til stille store krav til ledelse og kompetanse.

I det følgende vil en gå nærmere inn på hva som ligger i de fire strategiske perspektivene som skal støtte opp under ideologien *fra passiv hjelp til aktiv mestring*.

4.1 Tidlig innsats

Grimstad kommune legger til grunn følgende forståelse av tidlig innsats:

Tidlig innsats er handlinger på tidligst mulig tidspunkt

- for å unngå at et problem oppstår
- når et problem har oppstått/blitt avdekket

Tidlig innsats retter seg både mot enkeltindivider, grupper, miljø-, kultur- og strukturelle faktorer, og handler både om forebygging, behandling og opplæring.

Tidlig innsats er en måte å tenke på, en innovativ tilnærming som skal utfordre tilvente måter å tenke og handle på. Tidlig innsats handler også om prioritering.

Helse- og omsorgstjenestenes satsing på tidlig innsats bygger på en antakelse om at det er mulig å påvirke utvikling av behov og behovsdekning i befolkningen. I helse- og omsorgstjenestene legges tidlig innsats til grunn både for arbeid med barn, unge og familier og med voksne og eldre. Det er et mål å arbeide for at folk kan hente frem egne ressurser og egen evne til å mestre den livssituasjonen de er i.

Helse- og omsorgstjenestene kan bidra med innsats for å unngå at problemer oppstår gjennom det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Når et problem har oppstått eller blitt avdekket er målet å sikre hjelp på et tidlig stadium, et lavest mulig tjenestenivå og sikre et mest mulig aktivt og selvstendig liv for brukerne. Dette kan gjøres gjennom den praksis og de tiltak som allerede eksisterer. Det kan også gjøres gjennom å endre eller videreutvikle gjeldende praksis eller ved å igangsette ny praksis og nye tiltak.

De mest utfordrende sidene ved tidlig innsats handler om det som er i "mellomrommet" mellom tjenester, sektorer og profesjoner. Tidlig innsats krever samarbeid og utviklingsarbeid på tvers.

Tidlig innsats handler også om samarbeid mellom tjenester i sektoren og på tvers av sektorer, og utvikling av tjenester i samarbeid med andre. Det handler om å rokke ved grensene til de enkelte tjenestene og virksomhetene ved at det er lov å mene noe om andre sine tjenester uten at noen blir fornærmet. Det må arbeides for mykere profesjonslinjer og tøyelige

virksomhetsgrenser, og for å ta felles ansvar for resultatet. I dette arbeidet skapes endring som gjør at barn og unge kan utvikle seg fysisk, psykisk og sosialt uten behov for hjelp, eller at en kan komme tidligere inn med gode tilbud når behov for hjelp oppstår både hos barn, unge, voksne og eldre.

Tidlig innsats i denne planen blir altså en måte å tenke på, et verdivalg, som skal prege tjenestenes praksis og strategier for alle aldersgrupper og på alle nivåer.



4.2 Aktiv brukerrolle

Den veksten som ventes i helse- og omsorgstjenestene de kommende årene, må organiseres slik at den bygger opp under og utløser ressurser hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk i nærmiljøet, organisasjoner og lokalsamfunnet (*Morgendagens omsorg, 2012-2013*). Omsorgsutfordringene i tiårene som kommer kan ikke overlates til de kommunale helse- og omsorgstjenestene alene.

Brukermedvirkning og brukerstyring

God tjenestekvalitet skapes gjennom dialogen mellom bruker og tjenesteutøver, og medvirkningen innebærer først og fremst at brukerens erfaring benyttes for å kunne gi best mulig hjelp.

Forskning viser at brukerne både kan og vil involveres i beslutninger om egen helse. En må anta at fremtidens brukere vil ha ønske og forventning om å medvirke i enda større grad enn i dag (*Morgendagens omsorg, 2012-2013*). Pasienter og brukere har lett tilgang på informasjon og god kunnskap om helsefremmende og forebyggende tiltak, ulike tjenester og fagområder. Det medfører at fremtidens brukere i større grad kan ta ansvar for egen helse. Deres forventninger til kommunen som tjenesteyter vil sannsynligvis også påvirkes av dette, både når det gjelder faglig innhold, grad av medbestemmelse og individualitet. Mange har høyere utdanning, god økonomi og er vant med høyere materielle standarder. Morgendagens brukere vil også ha andre ressurser for å mestre utfordringene. Dette innebærer en overgang fra brukermedvirkning til brukerstyring. Brukerstyring baserer seg i større grad på myndiggjøring av brukerne, og det handler i større grad om å mobilisere og styrke folks egne krefter. En ser for seg at de selv kan endre den situasjonen de befinner seg i ved å delta i beslutninger som berører egen livssituasjon og egne levekår. Brukerstyring gir personer og grupper mer reell innflytelse på tjenesteutøvelsen. Helse- og omsorgstjenestene i Grimstad legger opp til en aktiv brukermedvirkning og en dreining mot økende grad av brukerstyring.

Utvikling av tjenestene i samarbeid med brukerne vil være viktig for at brukerne selv tar ansvar og opplever god kvalitet på tjenestene.

Pårørende og familienettverk

Pårørende legger ned et stort antall årsverk i omsorgsarbeid, og dette arbeidet er verdifullt. Pårørende vil være en viktig fremtidig ressurs. Erfaring viser at pårørende og familie ønsker å gjøre en omsorgsinnsats, og kommunen er avhengig av denne innsatsen. Tilrettelegging av forhold som gir pårørende mulighet for å yte denne omsorgen vil prege tjenestetilbud som omtales i planen. Kommunen må finne gode og systematiske måter å samarbeide med pårørende på. Det må utvikles tiltak som kan støtte opp om den innsatsen pårørende gjør. Det kan være ulike dagaktivitetstilbud, avlastningstilbud og pårørendeskoler.



Frivillighet

Frivillige organisasjoner gjør en stor innsats, og mange av disse driver tjenestetilbud i samarbeid med, eller som supplement til, de offentlige tjenestene. Kommunen har lang tradisjon for samarbeid med frivillige organisasjoner og frivillige personer. Disse vil også være viktige samarbeidspartnere i fremtiden. Folkehelseloven gir kommunene ansvar for å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. De nye folkehelseutfordringene som ensomhet, psykiske plager, fysisk inaktivitet og sosiale helseforskjeller krever nye tilnærminger enn tidligere. Det brede tilbudet av aktiviteter gjør at frivillig sektor utpeker seg som medspillere innen et stort område. Kommunen må i større grad satse på å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner.



Samarbeidet mellom kommunen og frivillige organisasjoner, lag, foreninger og enkeltpersoner må bygges på prinsippet om at frivillig sektor skal supplere og ikke erstatte offentlige tjenester. Den enkelte frivillige må føle at arbeidet de legger ned har betydning, oppleve å bli sett og ha trygge og forutsigbare rammer. Kommunen har knyttet til seg frivillige på mange områder og vil arbeide for å organisere dette arbeidet gjennom et allaktivitetssenter (9te9), Frivilligsentral eller liknende ordning. Samarbeid med frivillige organisasjoner om konkrete tjenester og prosjekter vil også være aktuelt. Frivillig arbeid skjer ikke av seg selv. Det må drives systematisk rekruttering, koordinering, opplæring og veiledning. Strategiene i planen gjenspeiler satsingen på samarbeid med frivillige.

Private aktører

Private aktører er også viktige fremtidige samarbeidspartnere for kommunen. De kan være både ideelle (non-profit) og kommersielle aktører. Det har blitt mer vanlig at kommuner og private organisasjoner samarbeider om konkrete prosjekter. Innenfor området velferdsteknologi, der det er behov for bidrag innen kompetanse, økonomi og praktisk utprøving og erfaring, er det store muligheter for samarbeid med bl.a. private aktører. Her vil

også utdanningsinstitusjoner være en aktuell aktør i et samarbeid. Det er også flere private aktører som gir omsorgstjenester. Det kan eksempelvis være drift av tjenestetilbud eller samarbeid om konkrete prosjekter. Samarbeid med private aktører i planlegging av fremtidige boligtilbud vil være aktuelt. En ser også en fremvekst av sosialt entreprenørskap. Det etableres virksomheter der hovedmålet er å løse et sosialt eller samfunnsmessige problem på en innovativ måte, som kan skape varige forbedringer. Det gjøres bruk av metoder og verktøy fra forretningsverden. Eksempel på dette er stiftelsen *Livsglede for eldre*. Denne tenkningen benyttes også for å skape arbeidsplasser for eksempel til rusmisbrukere, noe ulike gatemagasiner er et eksempel på. Slik virksomhet kan være organisert på ulike måter, men enkelte private aktører arbeider med sosiale entreprenørskap. Det vil fremgå av strategiene i planen at kommunen satser på økt samarbeid med private aktører.

4.3 Kunnskapsbasert praksis og kvalitet

Kommunens visjon er "Grimstad – med viten og vilje". I kommuneplanen står det: "Grimstad skal utvikles gjennom målbevisst satsing på kunnskap og skaperkraft for å møte fremtidens behov". Det vil være behov for økt kompetanse innen flere områder og behov for ny kompetanse på nye områder. Rekruttering og riktig kompetanse vil være avgjørende for å sikre god kvalitet på fremtidige tjenester. Kvaliteten på tjenestene kjennetegnes ved at tjenestene oppleves virkningsfulle, trygge, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, er tilgjengelige og rettferdig fordelt, og at ressursene utnyttes på en god måte. Kunnskapsbasert praksis forstås som å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen.

Kommunens funksjon som utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i Aust-Agder gir kommunen en unik mulighet til å være pådriver for forsknings- og utviklingsarbeid i samarbeid med sykehuset, andre kommuner, Universitetet i Agder og andre utdannings- og forskningsinstitusjoner. Kunnskapsbasert praksis og kvalitet vil prege alle tjenesteområder. I planen omtales strategisk kompetanseutvikling i kapittel 5.8.

4.4 Innovasjon

Innovasjon i helse- og omsorgsfeltet handler om å finne nye og alternative løsninger. Det kan være kjent eller ny viten kombinert på en ny måte eller brukt i en ny sammenheng. Innovasjon er et begrep for forandring og betegner noe som er nytt, nyttig og nyttiggjort. Det kan også beskrive en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd. Det nye som utvikles skal ikke bare være nyttig, men det skal også tas i bruk. Innovasjonsarbeidet i helse- og omsorg må først og fremst foregå i kommunene. Mange av innovasjonsmulighetene oppstår i samarbeid mellom kommuner, kunnskaps- og forskningsmiljøer og private aktører. Innovasjonsarbeidet i kommunene skal bidra til *"utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsformer og boformer som er tilpasset morgendagen"* (*Morgendagens omsorg 2012-2013*).

"Innovasjon er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenestene, og for å skape løsninger som vil gi bærekraftige tjenester i fremtiden."

(Morgendagens omsorg 2012-2013)

Nye og alternative løsninger på fremtidens utfordringer kan for eksempel finnes i det som en i dag omtaler som vekslingsfelt mellom helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenester, familier, frivillige og øvrig lokalsamfunn. Dette er overganger mellom ansvarsområdene til ulike enheter, og her ligger muligheter for økt samhandling. De nye løsningene kan finnes på tvers av faglige skillelinjer, enheter og sektorer og på tvers av formelle og uformelle systemer. Utredningen *"Innovasjon i omsorg"* trekker bl.a. frem helse- og omsorgssektorens behov for teknologisk kompetanse for å kunne ta i bruk velferdsteknologi og behov for pedagogisk kompetanse for å kunne utvikle opplærings- og veiledningsprogram for brukere og pårørende. Denne kompetansen finnes i andre sektorer i kommunen. I tillegg trenger helse- og omsorgssektoren flere frivillige. Disse finnes i nærmiljøet og har allerede samarbeid med brukere og familie og lokalsamfunnet for øvrig.

For å skape innovasjonskultur i offentlig sektor er ledelse viktig. Lederne må være seg bevisst sin rolle i organisasjonen. Lederne må bære frem nye ideer, utvikle dem, motivere medarbeidere til endring og innovasjon, og legge til rette for at organisasjonen jobber systematisk med innovasjon. Gjennom et slikt ledelsesarbeid legges det til rette for, og fremmes, en innovasjonskultur hos alle ansatte i organisasjonen. Innovasjon krever at det er plass til ledelse. I omsorgssektoren er det ofte store driftsenheter og få ledere som hovedsakelig må ivareta driftsmessige oppgaver. Innovasjonsmeldingen fremhever at det er et lederansvar å legge til rette for innovasjonskultur i offentlig sektor. God innovasjonsledelse og kompetanse vil kunne redusere motstand mot nye løsninger og endrede arbeidsrutiner, samt bidra til at de ansatte er med på å utforme nye løsninger. Det er viktig å understreke at god innovasjonsledelse foregår i et samarbeid mellom den politiske og den administrative ledelse. Innovasjon er et viktig strategisk perspektiv for å løse fremtidige utfordringer.

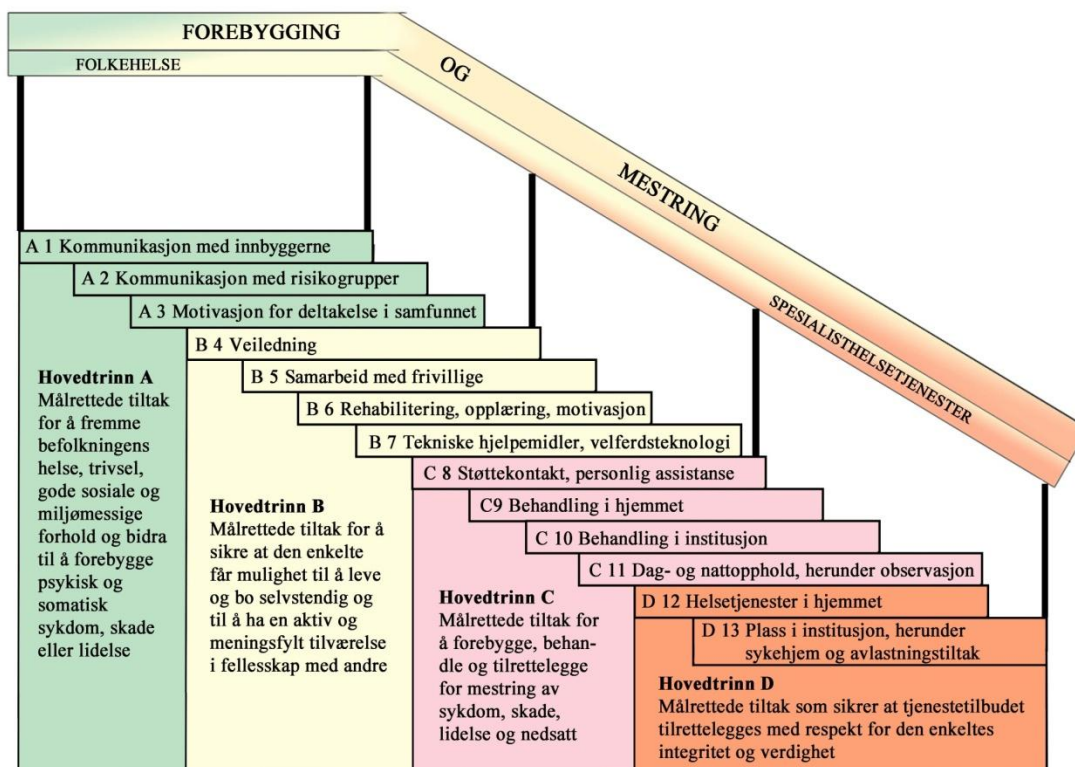
5 Handlingsdel – mål og veivalg i planperioden

De fire strategiske perspektivene tidlig innsats, aktiv brukerrolle, kunnskapsbasert praksis og kvalitet og innovasjon skal prege all utvikling innen helse og omsorg i Grimstad. Denne delen av planen tar opp i seg de strategiske perspektivene når retningene på fremtidige helse- og omsorgstjenester skisseres. Hvilke mål kommunen setter for de enkelte områdene, og hvordan kommunen skal handle for å møte de fremtidige utfordringene (kapittel 3), vil omtales i denne delen av planen.

Fremtidige helse- og omsorgstjenester må altså gis på en annen måte enn i dag. Kommunen har ansvar for å tilrettelegge for mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne, og for å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig.

Dersom en i fremtiden skal redusere forekomsten av psykiske helseplager, rusproblemer, og livsstilsrelaterte helseplager, må arbeidet starte med småbarnsfamilier, tidlig oppvekst og førskolealder. Økningen i antall eldre, og spesielt eldre med demenssykdom, er også med og danner grunnlag for veivalg.

Figuren på neste side illustrerer "forebyggings- og mestringstrappen" (Ressurssenter for omstilling i kommunene, RO). Her vises bl.a. alle tjenestenivå fra det generelle helsefremmende arbeidet rettet mot hele befolkningen, til individuelt utmålte tjenester til mennesker med omfattende tjenestebehov. Dersom en lykkes med målrettet arbeid på hovedtrinn A, B og C, vil det gi økt velferd gjennom et mer aktivt og selvstendig liv for innbyggerne. Ressursbruken rettet mot enkeltpersoner vil være økende fra hovedtrinn A mot hovedtrinn D. Grimstad kommune legger opp til strategier som skal føre til at en større del av den kommunale innsatsen skyves oppover i "forebyggings- og mestringstrappen", mot helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid.



Figur 2: Skjematisk fremstilling av forebyggings- og mestringstrappen (Ressurssenter for omstilling i kommunene, RO).

I det følgende vil planen presentere mål og strategier innenfor områdene livsstil, forebyggende arbeid barn, unge og familier, psykisk helse og rus, bo trygt hjemme, tjenester til mennesker med utviklingshemming, boligplanlegging, velferdsteknologi og strategisk kompetanseutvikling.

5.1 Livsstil

Mål:

Grimstad kommune legger til rette for at alle innbyggere kan være fysisk aktive.

Livsstil handler om hvordan enkeltmennesket forholder seg til eget levesett i relasjon til eksempelvis kosthold, fysisk aktivitet, røyking, rusmidler og sosiale relasjoner til andre mennesker. I denne planen har en prioritert å ha hovedfokus på fysisk aktivitet (jf Kommuneplan 2011-2023), bl.a. fordi en av de største fremtidige folkehelseutfordringene er overvekt. Det er også godt dokumentert at fysisk aktivitet har god effekt på lettere psykiske helseplager. Fysisk aktivitet foregår ofte i grupper og gir mulighet for å bygge sosiale nettverk.

Barn og familier med overvekt og fedme skal prioriteres for oppfølging. Denne problematikken er sammensatt og hele familien trenger tverrfaglig oppfølging over tid, ofte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- legge til rette for livsstilsendringer for utsatte grupper ved å videreutvikle lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet, kosthold, lærings- og mestringstilbud
- ha rutiner og tilbud for oppfølging av barn/familier med overvekt og fedme, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- legge til rette for at innbyggere som er helt eller delvis ute av

arbeidslivet får tilbud om fysisk aktivitet på veien tilbake til yrkeslivet

- styrke det generelle frisklivs- og mestringsarbeidet
- samarbeide med frivillige lag og foreninger og enkeltpersoner

Antall deltakere i *Frisklivssentralens* (FLS) ulike tilbud og i tilbud i *Aktiv på dagtid* registreres fortløpende. Når det gjelder FLS, arbeides det nasjonalt for å utvikle system for å registrere hvordan det går med folk som har deltatt i tilbud i FLS.



5.2 Forebyggende arbeid barn, unge og familier

Mål:

Barn og unge i Grimstad skal oppleve å ha god fysisk og psykisk helse.

Brukerundersøkelser utført våren 2014 viser at foreldre er svært godt fornøyd med barnehagene i Grimstad. Resultatene ligger på eller over landsgjennomsnittet. Det er voksne som svarer, men det gir sannsynligvis en indikasjon på at de fleste barna trives og har det godt i barnehagen.

Trivselsundersøkelser på 10. trinn viser at ungdom i Grimstad trives på skolen på lik linje med ungdom i andre kommuner (*Folkehelseprofil for Grimstad, 2014*). Det samme gjelder for 7. trinn. Trivsel på skolen fra 1.-4. trinn undersøkes med lokale trivselsundersøkelser på skolene, og disse viser at det er forskjeller mellom skolene. Oppfølgingen skjer lokalt på hver skole.

Ungdataundersøkelsen (kapittel 3.2 "Hovedutfordringer", psykisk helse og rus) viser resultater for ungdommen i Grimstad på lik linje med landet for øvrig, og de fleste ungdommene har det bra. De 11 % av de som besvarte undersøkelsen som oppga å oppleve psykiske vansker og ubehag, utgjør 25-30 ungdommer.

Forskningsprosjektet "En vanskelig start" ble i juni 2014 publisert av Universitetet i Agder og Agderforskning. Prosjektet bygger på intervjuundersøkelse med lærere, rektorer, helsesøstre, NAV-ansatte og ansatte i barneverstjenesten i fire fylker, deriblant Aust-Agder.

"Åtte av 10 informanter viser til at barn som sliter i skolen gjør det som følge av forhold i familien"

(Torunn S. Olsen.
Forskningsprosjekt En vanskelig start, 2014.)

Prosjektet konkluderer med at selv om det har vært økt fokus på forebygging de senere årene, er det hull for aldersgruppen 6-9 år. Både den nasjonale og den kommunale satsingen har i vesentlig grad konsentrert seg om små barn (0-5 år) og ungdom (13 år og eldre). Andre forhold som kommer frem, er at det fremdeles er mange tette skott mellom tjenestene, vegring mot å ta den nødvendige samtalen med foreldre, og lite fokus på systemarbeid når det gjelder hvordan en handler for å hjelpe risikoutsatte barn. Dette er gjenkjennelig også for Grimstad.

I arbeidet Deloitte gjorde i sin "Analyse av avvik mellom budsjett og resultater for helse- og sosialsektoren i perioden 2009-2012" trekkes det frem at det i fremtiden bør satses mer på tiltak i familien enn det gjøres i dag.

Helsestasjonen og jordmortjenesten er tett på alle nye familier. De fleste gravide er i kontakt med jordmortjenesten under svangerskapet. I løpet av et år kan det også komme nye barn og familier til kommunen som er flykninger, eller de kan komme for familiegjenforening. Noen av flykningene som kommer har med seg opplevelser som kan medføre helseplager og de trenger bistand fra helsetjenesten. Barn og unge kan bo med foreldre som kan ha både fysiske og psykiske helseplager og det kan gå utover livskvaliteten deres. Disse kan få oppfølging av helsesøster, skolehelsetjenesten og psykisk helsearbeider tilknyttet flykningetjenesten.



Så å si alle barn og unge oppholder seg i barnhagen og på skolen. Helsepersonell deltar på disse arenaene i ulike sammenhenger og det er her en kan opparbeide tillitsforhold til dem. Sårbare barn, unge og familier fanges i større grad opp på tverrfaglige arenaer. De forebyggende helsetjenestene sammen med ansatte i skoler og barnehager utgjør langt på vei det forebyggende barnevernet. For å følge opp barn og unge på de arenaene de oppholder seg, bør tjenestene i større grad trekkes inn i barnehage og skole. Det bør være enkelt for ansatte i barnehagen og på skolen å få hjelp fra tjenestene når de er bekymret for barn og unge. Det er også viktig at alle som arbeider med barn og unge kjenner sin plikt til å melde fra til barnevernet dersom barn ikke får den omsorgen de skal ha. En god praksis for dette handler også om voksne som har mot, og som oppdager tidlig når barn har det vanskelig.

Barn og unge er i stor grad overlatt til voksne på de arenaene de er, og de opplever ikke alltid å bli sett og hørt. Det er de voksnes ansvar å hjelpe barn som trenger det. Hva dette

ansvaret går ut på, og hvordan det skal følges opp, bør fokuseres på i alle tjenester. Forskning viser at barn i skolen blir krenket (mobbet) også av voksne ("De voksnes ansvar", kronikk av Jostein Alberti-Espenes publisert på NRK Ytring 29.05.14). I arbeidslivet er det rutiner for varsling og hvordan dette skal følges opp. Det er det ikke i samme grad der barn oppholder seg. Her kan kommunen forbedre seg.

Grimstad kommune opprettet høsten 2013 Familiens hus lokalisert til Dømmesmoen, bl.a. for å legge godt til rette for tidlig innsats i arbeidet med barn, unge og familier. Familiens hus består av helsesøster- og jordmortjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten, familiesenteret, psykisk helsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevernet. Sosialtjenesten er knyttet opp mot arbeid i Familiens hus. Helsetjenestene er lokalisert til Dømmesmoen, mens de andre tjenestene er på rådhuset. Barnevernet og ppt er til stede i Familiens hus ukentlig. Det er utarbeidet modell for hvordan tjenestene i Familiens hus skal arbeide. Modellen fremhever at Familiens hus skal arbeide for å fremme trivsel og god helse hos barn, unge og familier og styrke barn og unges oppvekstvilkår. Kommunen skal ha lavterskeltilbud som er tilgjengelige for alle barn, unge og familier. Med samlokalisering og fysisk nærhet mellom tjenestene og gode rutiner for tverrfaglig samarbeid, kan brukerne ved behov lett loses videre i tjenesteapparatet. Tilsvarende kan samhandling mellom tjenestene lett mobiliseres når barn, unge og familier trenger rask og helhetlig hjelp.

Ansatte i ulike tjenester har i stor grad forskjellig utdanningsbakgrunn. Ulike kulturer (verdier, normer) og problemoppfatninger kan være hemmende for samarbeidet. Samarbeid fremmes av at ansatte har god samarbeidskompetanse, god kunnskap og oversikt over andres kompetanse, og av tidligere erfaringer. Sterk ledelse og god styring på tvers av tjenester vil gjøre det lettere å lykkes med tverrfaglig samarbeid og samhandling.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet i Familiens hus, inklusive skolene og barnehagene, slik at barn skal få den hjelpen de trenger tidligst mulig
- utvikle verktøy som gjør at voksne som arbeider med barn har et kritisk blikk på egen praksis
- ha ansatte som oppdager tidlig når barn, unge og familier trenger hjelp, og som har mot til å handle raskt
- bemanningen i jordmortjenesten, helsestasjonen, skolehelsetjenesten og barnevernet skal ligge over landsgjennomsnittet
- samarbeid mellom helsestasjonen og familien skal forbedres
- styrke foreldre i foreldrerollen gjennom foreldreveiledning/rådgivning
- ha rutiner og tverrfaglige arenaer som bidrar til tidlig innsats i overgangene mellom barnehage og skole, barneskole og ungdomskole og ungdomskole og videregående skole
- innføre daglig fysisk aktivitet på 1. til 4. trinn i alle grunnskolene
- samarbeide med frivillige lag og foreninger for å stimulere til fysisk aktivitet

Ungdataundersøkelsen i ungdomskolen skal gjennomføres annethvert år. Undersøkelsen gir en pekepinn på hvordan ungdom i Grimstad har det, og den gir viktig informasjon med tanke på hvordan tjenestene bør arbeide.

5.3 Psykisk helse og rus

Mål:

Personer med psykiske helseplager og rusproblemer skal være i utdanningsløp, arbeid, arbeidsrettet aktivitet og/eller delta i annen sosial aktivitet.

Ressursbruken på dette området skal primært rettes mot forebygging og rehabilitering, og ikke mot passive omsorgstjenester. En hovedoppgave de kommende årene vil derfor være å arbeide for å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer. Dette skal sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet. Grunnlaget legges primært i det forebyggende arbeidet rettet mot barn, unge og familier.

Integrert tenkning i forhold til helse og arbeid/aktivitet vokser frem som en mer hensiktsmessig tilnærming til de utfordringene personer med psykiske helseplager og rusproblemer har. Det er fullt mulig å være i utdanning, arbeid eller annen aktivitet selv om en har psykiske helseplager eller utfordringer knyttet til rus. Deltagelse i samfunnet gjennom arbeid og annen aktivitet i fellesskap med andre bidrar til å gi mestringsopplevelser. Det fører også til at folk i større grad klarer seg selv, tar ansvar for egen situasjon, og kan leve et selvstendig liv.

Det er viktig for brukerne at det er et tett samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og rusfeltet. Mange brukere har både psykisk helseproblem og rusproblemer, og det er viktig for brukerne at kommunens tjenester arbeider sammen for at de skal oppleve å ha et helhetlig tjenestetilbud.

Retningen i samhandlingsreformen gjelder også for psykisk helsetjeneste og rusfeltet. Hvordan nasjonale myndigheter konkret ønsker å løse dette i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene følges nøye gjennom interkommunalt samarbeid i Østre Agder, og med de andre kommuneregionene i Agder.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- ressursbruken skal ytterligere dreies fra passive omsorgstjenester til forebygging, rehabilitering og ettervern
- ha arena for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene, skolene og PPT når elever står i fare for å gi opp skolegang
- legge til rette for sosialt entreprenørskap
- nedfelle økt satsing på arbeids- og arbeidsrettet aktivitet i partnerskapsavtalen med NAV
- rask psykisk helsehjelp til personer under 30 år
- legge til rette for at unge med psykiske helseplager og/eller rusproblemer kan delta på sosiale arenaer bl.a. gjennom samarbeid med frivillige lag og foreninger
- ha forutsigbare og koordinerte tjenester
- systematisk samarbeid med lokale brukerorganisasjoner
- utvikle samarbeidsarena med næringslivet og NAV

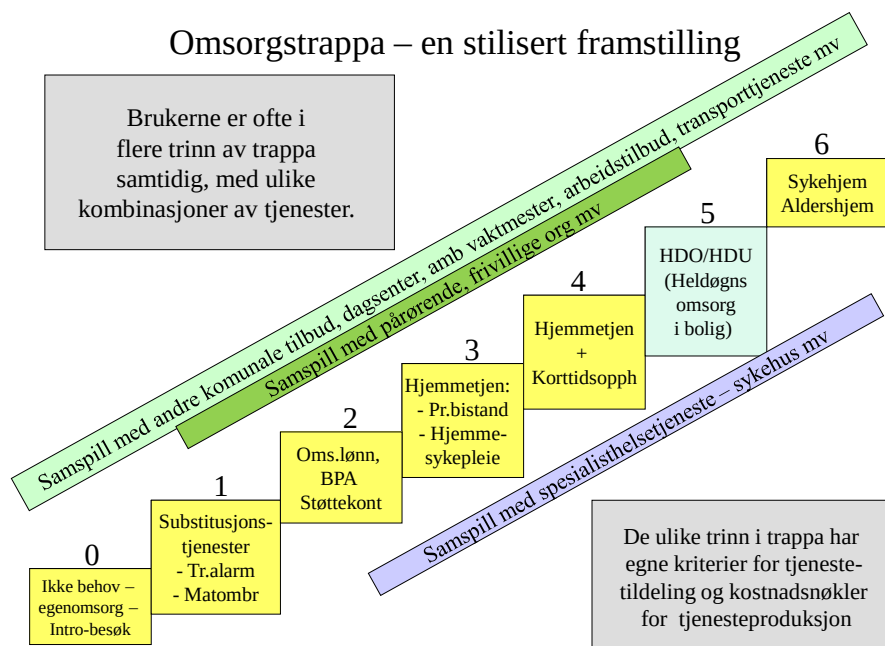
Andelen unge uføre vil kunne indikere om kommunen lykkes. Samarbeid med skole, NAV og spesialisthelsetjenesten vil være viktig for at kommunens helsetjenester skal lykkes med strategiene.

5.4 Bo trygt hjemme

Mål:

Personer som søker om helse- og omsorgstjenester skal ha mulighet for å bo lengst mulig i eget hjem med størst mulig grad av selvstendighet.

Omsorgstrappa under viser de ulike nivåene for omsorgstjenestene. I Grimstad er det samlet sett god balanse i omsorgstrappa når det gjelder befolkningens behov og det tilbudet kommunen gir (Devold). Imidlertid kunne en større andel av brukerne få tjenester på et lavere nivå og til en lavere kostnad enn i dag. I et slikt perspektiv står hjemmetjenesten sentralt.



Figur 2: Omsorgstrappa, etter Rune Devold AS

Oppsummering av omsorgstrappa for Grimstad:

- kapasiteten er effektivt dimensjonert totalt sett
- svært effektiv for hjemmetjenesten sin del
- noe mindre effektiv innen heldøgns omsorgstjeneste (HDO) og sykehjem

Med dette menes at kapasiteten kunne vært mindre på toppen av trappa (sykehjem og HDO) dersom kapasiteten var større i hjemmetjenesten. Erfaring fra andre kommuner viser at en stor andel korttidsplasser er viktig for å redusere etterspørselen etter omsorgsbolig og sykehjems plass. Omleggingen som skal føre til en forskyvning av tjenesteytingen nedover i

trappa er i gang ved at det midlertidig er lagt ned 19 plasser i institusjon. Omgjøring av langtids plasser til korttids plasser er i gang. I løpet av 2014 er målet at kommunen skal ha 70 langtidsplasser, 27 korttidsplasser (avlastning, rehabilitering, enkel utredning, observasjon) og 2 visningsleiligheter for velferdsteknologi (disse er etablert). Parallelt med dette arbeidet skal også andre tjenester til hjemmeboende prioriteres, eksempelvis dagaktivitetstilbud.

Kommunen er pliktig til å opprette kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) innen 01.01.16. KØH er tilbud til personer som har fått en forverring av kjent sykdom eller trenger enkel utredning og observasjon, og det ikke er behov for sykehusinnleggelse. Grimstad deltar i Østre Agder samarbeidet om dette tilbudet, og ulike modeller er utredet. I dag er det opprettet 8 KØH-plasser for Østre Agder på Myratunet i Arendal. Dette antallet skal utvides til 12, og det er vedtatt at 2 plasser skal opprettes på Fevikun i 1. kvartal 2015, i tilknytning til korttidsavdeling.

Helse- og omsorgstjenestene skal understøtte at folk kan leve et mest mulig selvstendig liv i egen bolig og mestre sin hverdag. Det ligger et stort potensial i en sterkere satsing på utbygging av hjemmetjenester. Økt satsing på hjemmetjenester kan forebygge funksjonssvikt og sykdomsutvikling. Dette kan bidra til å utsette behov for institusjonsplass og gi den enkelte et bedre liv. De fleste mennesker ønsker å bo lengst mulig i sitt eget hjem (Ressurssenter for omstilling i kommunene). Selvstendighet og mestring av egen livssituasjon er viktig for alle. I et slikt perspektiv er økt satsing på hverdagsrehabilitering en sentral strategi.

Antall mennesker med demenssykdom vil øke i årene som kommer. Grimstad har allerede arbeidet systematisk med demensarbeidet i flere år, og kommunen har utviklet en egen demenspakke som også er lagt merke til av nasjonale myndigheter. Tjenester til mennesker med demenssykdom må prioriteres i årene som kommer.

Målet er å redusere andelen av befolkningen som trenger bistand med 25 % per 1000 innbyggere fra 2020. Dagens nivå vises i tabellen under, og kommunen må velge strategier som fører til reduksjon i denne veksten.

Antall brukere - aldersgrupper	Økning 2012-2016	Økning 2016-2020	Økning 2020-2030	Økning 2030-2040	Økning 2012-2040
0-66 år i hj.tj.	32	65	73	45	215
67-79 år i hj.tj.	28	46	20	56	150
80 år og over i hj.tj	10	38	194	136	378
Sum hjemmetjenesten	71	150	287	238	745

Tabell 4: Oversikt over nye brukere i hjemmetjenesten med dagens nivå for tildeling av tjenester

I 2013 viser uttrekk fra GERICA at totalt 668 personer (270 menn og 398 kvinner) hadde hjemmesykepleie eller praktisk bistand. Gjennomsnittsalderen var 71 år (67 år for menn og 74 år for kvinner). Dette er 31 personer per 1000 innbyggere (21 781 innbyggere 01.01.14). I 2020 skal dette tallet være omtrent 23 personer per 1000 innbyggere dersom kommunen lykkes med alternativ strategi.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- avklare forventninger om tjenesteinnholdet hos brukere og pårørende
- rutiner for samarbeid med brukere og pårørende i prosessene rundt tildeling av tjenester og i oppfølging av vedtak (brukermedvirkning)
- intensivt satsing på hverdagsrehabilitering
- utvikle varierte dagaktivitetstilbud
- høy andel korttidsplasser med variert tilbud
- videreutvikle "Demenspakken"
- arbeide for økt samarbeid med frivillige, f.eks. i regi av 9te9
- legge til rette for samarbeid med private leverandører av omsorgstjenester
- boligtilpasning av private hjem
- styrke pårørende i rollen som ressurspersoner gjennom relevant informasjon, veiledning og opplæring

Velferdsteknologi er også en viktig strategi for å bo trygt hjemme. Velferdsteknologi omtales i kap.5.7.

5.5 Tjenester til mennesker med utviklingshemming

Mål:

Personer med utviklingshemming deltar i samfunnet på lik linje med andre, og lever et aktivt liv ut i fra egne forutsetninger.

Dette kapittelet omhandler tjenester som hovedsaklig ytes av boveiledertjenesten. Det er i underkant av 90 personer som får disse tjenestene, og de aller fleste har en utviklingshemming.

Forløpet fra fødsel og til og med videregående skole er relativt fastlagt. Helsestasjonen, skolehelsetjenesten og de andre tjenestene i Familiens hus er der for alle barn, unge og familier. I tillegg kommer omsorgstjenester som hovedsakelig er omsorgslønn, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og avlastning. Mange familier har store omsorgsoppgaver. Koordinator for individuell plan (IP) er en tjeneste som for mange er viktig for å orientere seg i et komplisert tjenestesystem og for å bidra til koordinerte og helhetlige tjenester. Overgangene fra barnehage til grunnskole og fra grunnskole til videregående skole medfører utfordringer for mange, og det er viktig at tjenestene er tilgjengelige og har nærhet til brukerne.

I perioden fra videregående skole er avsluttet og til pensjonsalder har de fleste mennesker med utviklingshemming også behov for arbeidsaktiviteter/dagaktiviteter og fritidstilbud. Trenden de siste årene er at utviklingshemmede i større grad faller ut av det vanlige arbeidslivet. Tilrettelagte arbeidsplasser (NAV) som tidligere var forbeholdt personer med utviklingshemming benyttes i dag i stor grad til mennesker med høyere funksjonsnivå. Krav til effektivitet i arbeidslivet er en årsak til dette. NAV har ansvaret for arbeid, kommunen har

ansvar for dagtilbud. Kommunen har de siste årene fått ansvar for å finne arbeid eller annen dagaktivitet til et stadig større antall mennesker med utviklingshemming.

Det er utfordrende å rekruttere støttekontakter og følge opp vedtak om bistand til fritidsaktiviteter. Samtidig oppleves det også som vanskelig å få til integrering med andre når det gjelder fritidsaktiviteter. Tilbudet er begrenset. Folkehelseutfordringene knyttet til overvekt og fedme må også tas på alvor blant utviklingshemmede, og fysisk aktivitet bør være en integrert del av arbeids- og aktivitetstilbudet.

Plikten kommunen har til å gi nødvendig og forsvarlig helsehjelp og bistand til en meningsfull fritid er førende for tjenester som innvilges. Mennesker som kan mestre oppgaver og gjøremål på egen hånd skal få mulighet for dette. Mulighet for å ta ansvar for egen situasjon, utføre selvstendige gjøremål og mestring av oppgaver er også perspektiv som tas med i vurdering av behov for tjenester for denne brukergruppen.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- etablere og følge opp arena for dialog med pårørende som grunnlag for videreutvikling av kvaliteten på tjenestene
- sikre god informasjon om tjenestene
- avklare forventninger om tjenesteinnholdet hos brukere og pårørende
- ha forutsigbare og koordinerte tjenester
- ha rutiner og tverrfaglige arenaer som bidrar til tidlig innsats ved overganger på ulike skoletrinn
- ha tilstrekkelig kapasitet på tjenester som ivaretar pårørende, eksempelvis avlastningstilbud
- styrke støtteordninger for ulike former for privat omsorg
- ha variert dagaktivitetstilbud
- styrke samarbeidet med kulturtjenesten om tilbud i kulturskolen og i tilknytning til Ung Arena
- styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner for økt integrering
- utvikle ordningen om bistand til fritidsaktivitet

I hvilken grad kommunen lykkes i å nå målet kan bl.a. måles ved å holde oversikt over antall arbeidsplasser som opprettes, antall personer som får tilbud om dagsenter eller annen dagaktivitet (ikke arbeid,) og hvor mange som deltar i organiserte fritidsaktiviteter.

5.6 Boligplanlegging

Mål:

Grimstad kommune skal ha et variert utvalg av boliger, for å kunne gi et tilpasset botilbud til de som innvilges bolig.

Kommunen har plikt til å bistå med å skaffe bolig til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Kommunens ansvar og plikter på dette området er regulert i lov om sosial tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven). Personer som tildeles denne type bolig er som regel vanskeligstilte. Det kan være bostedsløse som har eller har hatt psykisk helseproblem, ofte i kombinasjon med rusproblemer. Boliger som tildeles er kommunale boliger.

Kommunen tildeler omsorgsboliger til personer med et omfattende hjelpebehov. Kommunen har plikt til å gi nødvendig helsehjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for å innvilge omsorgsbolig er som regel at nødvendig helsehjelp ikke kan gis i brukers egen bolig. Grad av tjenestebehov og type tjenester det er behov for vil ha betydning for hvordan botilbudet utformes. Det kan eksempelvis være ulike former for bofellesskap der en kan ha personell på stedet i et heldøgns omsorgstilbud (HDO).

Kommunen har også sykehjemsplasser til eldre mennesker med omfattende behov for tjenester. Den største gruppen som tildeles disse plassene er mennesker med demenssykdom. Kommunens plikt til å gi nødvendig helsehjelp ligger også til grunn for å innvilge langtidsplass i sykehjem.

Kommunen har et utvalg av boliger til ulike grupper av brukere. Det er likevel brukere som ikke har et tilfredsstillende botilbud i dag. Det er spesielt tilbud til bostedsløse som er en utfordring, og dette bør prioriteres spesielt i første del av planperioden.

I dag er ansvar for boliger og tildeling av boliger plassert i flere enheter og dette oppleves som fragmentert. Det vil være viktig å se alle typer boliger i sammenheng, både for å kunne utnytte boligressursene kommunen har i dag, og for å kunne gi et tilpasset botilbud til de som innvilges bolig. Ved å samordne arbeidet vil en også legge til rette for en mer helhetlig planlegging av fremtidige boligtilbud.

Boliger til mennesker med utviklingshemming

I dag har kommunen totalt 30 boenheter til mennesker med utviklingshemming; 14 boenheter i Markveien, 5 i Tønnevoldsgate, 6 på Landviktun og 5 i Holteveien. I tillegg er det 7 avlastningsplasser på Landviktun i deler av lokalene som opprinnelig er bygget som 16 omsorgsboliger til eldre med demenssykdom. 5 personer bor i privat bofellesskap (selveier) med kommunen som tjenesteyter.

I planperioden vil omtrent 40 personer fylle 18 år og ha behov for egen bolig. Det er for tidlig å si nøyaktig hvor mange av disse som har behov for bolighjelp av kommunen, og om hvilken type bolig det vil være snakk om. En må blant annet ta i betraktning at noen utviklingshemmede bor lengre i foreldreboligen enn andre, og brukernes framtidige ønsker om eventuelt å eie egen bolig er i dag ukjent. Dette bildet er imidlertid i endring og det er trolig færre familier som ønsker en slik omsorgssituasjon fremover. Slike forhold kan påvirke

brukernes framtidige boligbehov og kommunens engasjement i dette. Det kan antydes at behovet for kommunal boligbistand til brukergruppen vil være som følger:

- ca. 20 vil ha behov for omsorgsbolig med heldøgns omsorg (HDO)
- ca. 20 vil ha behov for ulik grad av tilsyn og det må vurderes hva som er hensiktsmessig når det gjelder boformer

Behovet for HDO til mennesker med utviklingshemming vil være størst fra 2020 og utover. Det vil være behov for to-tre boliger med 6-8 boenheter rundt 2020-2026, jevnt fordelt i perioden. Det er imidlertid behov for boliger allerede nå. I Boligsosial handlingsplan 2011-2014 er det antydnet et behov for å planlegge to nye boliger med 5-6 boenheter innen 2014. Gjennomgang fra Boveiledertjenesten og kontakt med pårørende den siste tiden viser at det er behov for å planlegge og etablere to boliger med 5-6 boenheter i nær fremtid (1-3 år).

En må påregne at enkelte brukere ønsker å eie egen bolig. Kommunen kan, hvis ønskelig, bistå i en slik planlegging. Kommunen vil være tjenesteyter selv om boligen er privateid. Den enkelte velger selv boform, men erfaring viser at de aller fleste velger boformer der de bor sammen med andre. Størrelsen på bofellesskapene vil være avhengig av tjenestebehovet. Sett fra et ressursmessig ståsted, er bofellesskap med 5-8 beboere å anbefale.

Boliger til mennesker med psykiske helseplager

Kommunen har i dag 21 boliger til mennesker med psykisk helseplager; 8 rehabiliteringsboliger i Vossgate, 8 boliger på Bergetun lavbygg, 2 i Storgaten og 3 i Randvikveien. Rehabiliteringsboligene tildeles i en avgrenset tidsperiode og målet for de som tildeles disse boligene er å komme ut i egen bolig. Boligene på Bergetun, i Storgaten og i Randvikveien er tildelt som omsorgsboliger.

Kommunen har behov for boliger til mennesker med psykiske helseplager og krevende atferd. Kommunestyret har vedtatt oppføring av bolig med 6 boenheter til denne brukergruppen. Kommunestyret har også vedtatt å utrede dette i et interkommunalt samarbeid, men det er avklart at et samarbeid om denne type tilbud ikke lar seg realisere på kort sikt.

Kommunen har per dato ikke heldøgns botilbud til mennesker med alvorlig psykisk helseproblem, og det er heller ikke planlagt. Disse har dårlig boevne og har i dag hyppige innleggelser i sykehus. Kommunen må forholde seg til den nye kommunerollen i samhandlingsreformen, og være forberedt på at omsorgstilbud til personer med alvorlig psykisk helseproblem må bygges ut. Sørlandet sykehus har gitt signaler på at institusjonsplasser skal legges ned og at polikliniske tilbud og ambulerende team skal rustes opp. Heldøgns omsorgsboliger kan i den sammenhengen bli aktuelt. Forberedelser til iverksettelse av samhandlingsreformen innen dette området gjøres i et interkommunalt samarbeid i Østre Agder.

Boliger til vanskeligstilte

Kommunen har 42 boliger til vanskeligstilte; i Ekelunden er det 4 akuttboliger, 5 midlertidige boliger for rusmisbrukere og 6 boliger for mennesker med utfordrende atferd. I tillegg er det 8 boliger i Ebelsgate, 4 i Levermyrveien, 4 i Storgaten og 4 i Torvåsen. Det er også en boenhet i Tønnevoldsgate og en i Myrsvingen som benyttes som boliger for vanskeligstilte. Kommunen har ettervernstilbud i Randulf Hansensvei med 5 plasser.

Det er rundt 30 bostedsløse i kommunen. Mange av de bostedsløse har eller har hatt psykiske helseproblemer, ofte i kombinasjon med rusproblemer. Kommunen er etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* pliktig til å skaffe midlertidig botilbud for de som ikke klarer dette selv.

Det er vedtatt å få på plass 4 akuttboliger i 2014 (blir etablert i 2015). Det er også vedtatt å oppføre 4 Småhus ("Fra bostedsløs til sjef i egen bolig") til bostedsløse med mer permanent behov for bolig, i 2015. I *Boligsosial handlingsplan 2010-2014* ble det foreslått å oppføre 3x4 boenheter i ulike deler av kommunen. Disse boligene er ikke oppført, og behovet inn i planperioden har økt ytterligere.

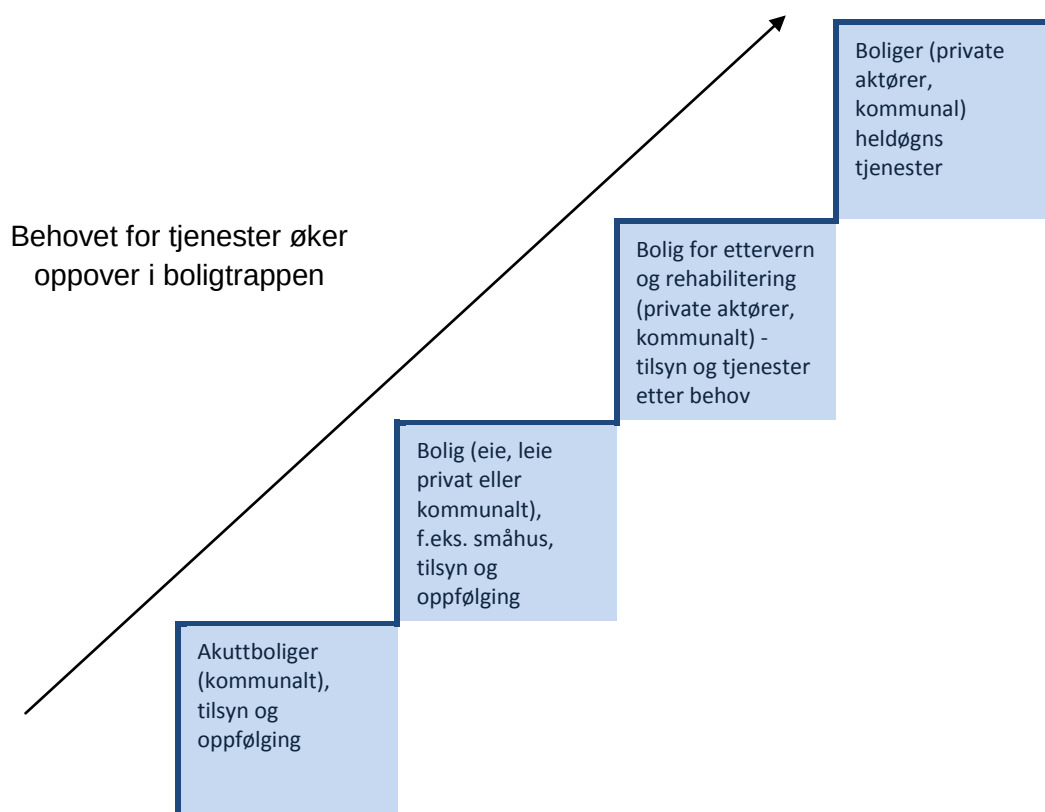
Det ser ut til at det vil være tilstrekkelig for Grimstad kommune med 4 akuttboliger totalt dersom de som flytter inn bor der maksimalt 3 måneder. Forutsetningen er at det er nok kommunale boliger å tildele de som trenger det, slik at bostedsløse ikke blir værende i akuttboligene. Mange av disse brukerne har problemer med å skaffe bolig i det private boligmarkedet, og det kan bli kommunes ansvar å skaffe bolig. I dag må personer i perioder tildeles plass i hotell/campingplass og lignende. Det er også utfordrende å ta i mot personer som skal ut fra institusjon (eksempelvis fengsel) fordi det ikke er ledige boliger. I første halvdel av planperioden anbefales det å oppføre 5x4 boenheter. Det er gunstige økonomiske tilskuddsordninger for dette gjennom Husbanken. Det kan bidra til å gi kommunen økonomisk handlingsrom til å bedre boligsituasjonen for denne gruppen. Noen av disse boenhetene bør være småhus ("Fra bostedsløs til sjef i egen bolig"), og noen bør være leiligheter. Det anbefales ikke å samle for mange boenheter på ett sted. Mer enn 4 boenheter på samme tomt er ikke å anbefale.

På bakgrunn av dette bør Ekelunden avvikles slik disse boligene benyttes i dag. Det vil i så fall påvirke behovet for oppføring/etablering av nye boliger. I tillegg til behovet som er beskrevet må de 15 boligene som i dag er i Ekelunden erstattes. Fremtidig bruk av Ekelunden bør i så fall ses i sammenheng med behov for andre boliger i kommunen, for eksempel boliger til flyktninger. Et alternativ kan også være salg av Ekelunden.

Alle kommunale boliger kan vurderes for alternativ bruk og om de eventuelt kan bygges om for å dekke fremtidige behov. Hvis de ikke er egnet for å dekke fremtidige behov kan en vurdere salg, bl.a. for å finansiere nye og bedre egnede boliger.

For flere vanskeligstilte er boligbehovet stort, mens tjenestebehovet er svært variabelt. Behov for omfattende tjenester gjelder kun få personer. Disse kan ha behov for omsorgsbolig.

Figur 3 på neste side er en enkel fremstilling av en boligtrapp til vanskeligstilte. Trinnene illustrerer også ressursbehovet. Behovet for tjenester øker oppover i boligtrappa og er størst på øverste trinn.



Figur 3: Oversikt over boligtyper og tjenestebehov til mennesker med rusproblemer

Det kan være aktuelt for Grimstad kommune å samarbeide med private aktører (kommersielle og ideelle) både når det gjelder tilbud om bolig, og tjenestetilbudet som gis i boligen.

Boliger til voksne/eldre

Kommunen har plikt til å gi nødvendig helsehjelp, etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dersom det ikke kan gis nødvendig helsehjelp i brukers bolig, tilbys bruker tilrettelagt omsorgsbolig eller sykehjemsplass. Dette gjøres etter en grundig vurdering av brukers helsetilstand, økonomi og eventuelle andre faktorer som påvirker brukers mulighet til selv å skaffe seg egnet bolig.

RO anbefaler at kapasiteten på HDO og sykehjemsplasser ligger på ca. 25 % av befolkningen over 80 år. Denne dekningsgraden kan oppfattes som et uttrykk for hva som er tilfredsstillende behovsdekning på landsbasis, under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester. Dette er ikke et normtall, men kan brukes som et tall på antatt behov. En må også ta i betraktning at noen brukere under 80 år sannsynligvis vil ha behov for heldøgns omsorg. I de videre vurderinger av framtidig behov for HDO og sykehjemsplasser som her blir gjort, er det viktig å understreke at bruken av korttidsplasser, hverdagsrehabilitering,

dagaktivitetstilbud, forebyggende hjemmebesøk, velferdsteknologi og andre tiltak under definisjonen tidlig innsats vil kunne påvirke dette behovet. Lykkes en med disse tiltakene, vil sannsynligvis behovet for HDO og sykehjemsplasser bli lavere enn de framskrivninger som blir gjort her.

Totalt har Grimstad kommune 191 plasser i sykehjem og HDO; 70 langtidsplasser i sykehjem og totalt 118 plasser i HDO (Grom 42, Berge Gård 46, Bergetun høybygg 22, Bergetun lavbygg 8), der det primært bor eldre mennesker med behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det i dag 3 plasser på Bølgen på Frivolltun. Dette gir en dekningsgrad på i overkant av 25 % av befolkningen over 80 år.

I tillegg har kommunen ytterligere 69 boliger som har blitt tildelt som omsorgsboliger; 21 boliger i Storesandsveien, 20 i Grooseveien, 17 i Storgaten og 11 på Landvik. Det er ikke tilknyttet bemanning til disse boligene. Tjenestebehovet til beboerne varierer sterkt. Noen har behov for betydelig hjelp av hjemmetjenesten, men flere har lite eller ingen behov for tjenester. En del av disse beboerne har hatt vanskeligheter med å komme inn på boligmarkedet, og burde antagelig heller hatt kommunal bolig enn omsorgsbolig. En bør bort fra en praksis der disse tildeles omsorgsbolig. En del av disse boligene bør derfor vurderes omgjort til kommunale boliger.

Brukergrupper som i fremtiden vil ha et omfattende tjenestebehov, og dermed trenger sykehjemsplass eller heldøgns omsorgsbolig, vil primært være:

- personer med demens
- alvorlig syke og døende
- personer med alderspsykiatriske lidelser
- personer med nevrologiske skader og sykdommer
- personer som av ulike årsaker har svært stort funksjonstap

Voksne og eldre som ikke kommer inn under disse kriteriene vil kunne tildeles kommunal bolig dersom de ikke kan skaffe bolig selv.

I det følgende legges det ikke opp til at andelen nye brukere med behov for HDO eller sykehjemsplass skal reduseres, men at det skal skje en omfordeling der en større andel tilbys HDO framfor sykehjemsplass. Av de som trenger HDO eller sykehjemsplass i dag har rundt 62 % plass i HDO og 38 % plass i sykehjem. Bl.a. på bakgrunn av anbefalinger fra Devold legges det til grunn at andelen skal være 75 % HDO og 25 % sykehjem etter 2020, for nye brukere over 80 år. Det vil føre til en lavere kostnadsvekst sammenliknet med dagens praksis.

Antall brukere	Økning 2012-2016	Økning 2016-2020	Økning 2020-2030	Økning 2030-2040	Økning 2012-2040
HDO	7	18	123	86	234
Sykehjem	5	12	84	59	160
Totalt	12	30	207	145	394

Tabell 5: Utdrag fra tabell fra Devoldrapporten som viser økning i antall brukere med behov for sykehjemsplass og HDO etter dagens standard for tildeling av plasser.

De nye strategiene for å bo trygt hjemme (kapittel 5.4), reduksjonen i langtidsplasser og omgjøring av langtidsplasser til korttidsplasser som gjennomføres i 2014, tilsier at kommunen har nok sykehjemsplasser til begynnelsen av 2020-tallet. I følge tabell 5 vil 30 brukere ha behov for HDO eller sykehjemsplass i perioden 2016-2020. Det er frigjort 12 plasser på Berge Gård og 7 plasser på Fevikun. Disse kan reetableres frem mot 2020. I tillegg kan Storgaten 51 med til sammen 19 boenheter omgjøres til HDO. Her er det mulig å etablere fast personalbase.

Kommunen har i tillegg 16 omsorgsboliger på Landviktun. En del av disse disponeres i dag til avlastning for utviklingshemmede. Det må derfor gjøres en totalvurdering av hva det er mest gunstig å bruke de 16 boenhetene på Landviktun til i fremtiden. Dersom disse ikke skal benyttes til omsorgsboliger, må det sannsynligvis etableres et tilsvarende antall nye omsorgsboliger på begynnelsen av 2020-tallet. Kommunen har derfor kapasitet til å møte behovene som er beskrevet i tabellen til Devold fram mot 2020.

Fra 2020-2030 er det samlet behov for 207 nye plasser i HDO og sykehjem med dagens tildelingspraksis (tabell 5). Med en andel på 75 % HDO og 25 % sykehjem tilsier dette 155 omsorgsboliger og 52 sykehjemsplasser i denne perioden. Økningen i antall personer over 80 år øker fra 2020, og økningen er sterkest mot slutten av planperioden (SSB). Det største behovet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser vil derfor bli fra slutten av planperioden og mot 2030.

Legger vi dette til grunn vil behovet for nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser sannsynligvis være som følger:

- 60 omsorgsboliger fra 2020-2026
- 20 sykehjemsplasser fra 2020-2026

Det bør legges til rette for å oppføre ulike typer bofellesskap både i privat og kommunal regi. Stortingsmelding 29, *Morgendagens omsorg*, anbefaler små boenheter godt tilrettelagt for velferdsteknologi. Bofellesskap med privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal er anbefalt som et grunnleggende prinsipp i fremtidige boligløsninger til eldre. Disse løsningene kan utvikles i samarbeid med private aktører.

Morgendagens omsorg skisserer også at en i fremtiden kan tenke seg andre måter å drive sykehjem på enn i dag, og tradisjonelle sykehjemsinstitusjoner kan fases ut. De nye løsningene som vokser frem har mer preg av private boliger, og er i større grad tilpasset den enkeltes behov. Dagens omsorgsboliger bygges sammen på en slik måte at de kan brukes som supplement og alternativ til sykehjem. Det blir sykehjem med boligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Ved å bygge mindre boenheter med privat areal, felles areal, offentlig areal og tjenesteareal kan tjenestene i større grad tilpasses den enkeltes behov.

Omsorgsboligene som i dag er uten heldøgns omsorgstjenester, og som ikke egner seg for dette i fremtiden, bør omgjøres til kommunale boliger eller selges. Salg av boliger kan inngå i finansieringen av ulike boliger som egner seg til fremtidig bruk.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- sikre arealer for boliger til vanskeligstilte og omsorgsboliger
- helhetlig organisering av boligområdet i kommunen, med tydelig ansvars plassering og ledelse
- etablere samarbeidsarenaer mellom kommunen, private aktører og brukergrupper for å etablere variert botilbud
- delta i interkommunalt samarbeid om botilbud til krevende brukere
- gjennomgang av kommunens totale boligmasse for å vurdere hvilke boliger som egner seg til fremtidig bruk, hvilke som kan selges og hva som eventuelt må bygges nytt
- benytte Husbankens tilskuddsordninger

For å kunne gjennomføre disse strategiene blir det viktig å beslutte hvordan arbeidet med boliger skal organiseres i kommunen.

5.7 Velferdsteknologi

Mål:

Velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene i 2020.

Når innbyggerne skal bo hjemme lenger, må hjemmene være egnet for dette. Velferdsteknologi er et område i utvikling. Teknologi kan brukes til å løse helt konkrete problemer og dermed møte behov brukerne har. Teknologi vil aldri kunne erstatte nærhet og omsorg, men være et supplement til disse tjenestene.

"Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker"

(Morgendagens omsorg, 2012-2013)

Grimstad har inngått samarbeid med andre kommuner i Østre Agder, Universitetet i Agder (UiA) og med private aktører når det gjelder velferdsteknologi. Kommunen er først ute som et av 10 prosjekter i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Det er god erfaring med velferdsteknologi på flere arenaer i kommunen. Visningsarena for velferdsteknologi er etablert på Frivolltun. Kjøkkentjenesten bruker teknologi i oppfølgingen av ernærings situasjonen. Hjemmetjenesten bruker aktivt GericamobilPleie som dokumentasjonssystem, og elektronisk samhandling med legekontorer og sykehus er innført. Denne delen av velferdsteknologisatsingen bidrar til å skape mer effektive- og mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

For å nå målet om at velferdsteknologi skal bli en integrert del av kommunens tjenestetilbud er samarbeid med IKT avgjørende. Løsninger som velges må være driftssikre, brukervennlige og kompatible. IKT-systemer som innføres må støtte opp om de velferdsteknologiske løsningene.

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

Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.

Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon."

(Hagenutvalget NoU 2011:11 Innovasjon i omsorg).

Innføring av ny teknologi reiser en rekke etiske spørsmål. Noen velferdsteknologiske løsninger har moderate etiske sider, mens andre løsninger reiser flere spørsmål. For eksempel er overvåkning av personer alltid forbundet med etiske perspektiver. Overvåkning strider på ene siden mot for eksempel prinsippene om autonomi og velgjørenhet. På den andre side vil en moderat begrenset overvåkning i mange tilfeller heller være en måte å våke over sårbare grupper. Det kan bety større frihet, bevegelsesmulighet og trygghet for den enkelte.

Varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenestene er aktuelle områder å arbeide med. Det kan eksempelvis være i forhold til personer med demenssykdom og ved nattilsyn både i private hjem og på kommunale omsorgsarenaer. Dagens lovverk er ikke godt nok tilpasset innføring av denne teknologien. For å legge til rette for ny teknologi som kan gi den enkelte større mulighet til selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet, arbeider departementet med lovendringer som vil gjøre det lettere for kommunen å innføre teknologi innen disse områdene.

For å oppnå effekter ved bruk av velferdsteknologi, er det behov for samarbeid mellom ulike aktører som stat, kommuner, forskningsmiljøer, brukergrupper, frivillige organisasjoner og næringslivet. Godt etablerte samarbeidsfora må benyttes til å utveksle erfaringer og kompetanse, og til å utvikle gode løsninger sammen. Samarbeidet med Østre Agder, Sørlandet sykehus HF, UiA og Helsedirektoratet gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet er viktige arenaer.

Grimstad kommune må definere tydelig hva slags velferdsteknologi det er ønskelig å satse på de nærmeste årene og informere innbyggerne om dette. Aktuelle løsninger må prøves ut i prosjekter som evalueres og eventuelt implementeres. Det er behov for kunnskap om hva som fremmer og hemmer bruk, og hva som oppleves nyttig både for bruker, ansatte og administrasjonen. Tett dialog med UiA gjennom følgeforskning er viktig. Det må være tett dialog med leverandører av teknologi, og teknologien må være håndterbar og effektiv for helse- og omsorgstjenestene. Kost/nyttevurderinger må utføres.



Innføring av teknologi vil medføre nye oppgaver og det blir behov for endringer i dagens arbeidsprosesser. Erfaringer fra Danmark viser at innføring av velferdsteknologi ofte må virke sammen med en faglig omstilling fra passiv hjelp til en mer aktiv hjelp av brukerne i hverdagen. Det er derfor viktig å se innføring av velferdsteknologi i sammenheng med for eksempel aktiv brukerrolle og innføring av hverdagsrehabilitering. På samme måte som for tankegangen bak hverdagsrehabilitering, kan velferdsteknologi bidra til at brukerne blir bedre i stand til å ta ansvar for sitt eget liv og opprettholde relasjoner til andre mennesker i det daglige (Morgendagens omsorg, 2012-2013).

Innføring av velferdsteknologi må også ses i sammenheng med organisering av helse- og omsorgstjenestene og omlegging av ansvar og arbeidsoppgaver. Informasjon til og medvirkning fra blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene og brukerne er derfor viktig for å lykkes. Uttesting i liten skala ved kommunens testarena på Grom (Grimstad omsorgsboliger, Frivolltun) er viktig for informasjon, kunnskap og erfaring i dette arbeidet.

Hvordan velferdsteknologi på kommunalt nivå skal finansieres er et uavklart spørsmål per i dag. Det er behov for klare linjer når det gjelder hvilke hjelpemidler kommunen skal finansiere som del av helse- og omsorgstjenester, og hva som skal dekkes av folketrygden. Bruk av velferdsteknologi vil også kunne bli delfinansiert med egenbetaling. I noen tilfeller vil det være aktuelt å søke om statlige tilskudd og aktuelle prosjektmidler.

Nasjonale styringsdokumenter viser at velferdsteknologi har potensial til å effektivisere tjenester, men i en overgangsfase er det viktig å sette av nok ressurser til å etablere ny praksis. De økonomiske rammene vil virke inn på resultater og måloppnåelse.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- ansatte skal få kunnskap om velferdsteknologi gjennom at det iverksettes et opplæringsprogram
- samarbeide aktivt med andre kommuner, utdanningsinstitusjoner og private aktører (leverandører) om å utvikle relevant velferdsteknologi
- benytte prosjekter til å teste ut og vurdere aktuelle velferdsteknologiske løsninger
- det skal investeres i langsiktige og lønnsomme velferdsteknologiske løsninger
- ha lett tilgjengelig informasjon til innbyggerne om mulige velferdsteknologiske løsninger
- alle som søker om helse- og omsorgstjenester skal kartlegges/vurderes for velferdsteknologiske tiltak
- tverrfaglig samarbeid om velferdsteknologiske løsninger innenfor ulike tjenesteområder

5.8 Strategisk kompetanseutvikling

Mål:

Brukerne skal få gode helse- og omsorgstjenester som er forankret i kunnskapsbasert praksis

Kompetansebehov

For å følge opp samhandlingsreformen og utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden trengs en faglig omstilling. Dette vil kreve endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Den faglige omstillingen er først og fremst knyttet til at fremtidige tjenester i større grad legger vekt på rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid og veiledning av pårørende og frivillige, og på innføring av velferdsteknologi. Kompetanse innefor demensfeltet, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt må også vektlegges. Et økende antall både unge og eldre vil ha sammensatte behov og kompetanse på koordinering av tjenester, kommunikasjon og samhandling mellom tjenester vil være viktig. Alle pasientgrupper kommer tidligere hjem fra sykehuset, fra nyfødte til eldre, og personer med rus- og psykiske helseproblemer. Det vil også være et økende antall eldre med minoritetsbakgrunn, selv om det i planperioden er et lavt antall i Grimstad.

Kompetente ledere med evne til å motivere og få med seg ansatte i en retning er vesentlig for å skape endring og utvikling. Lederne må delta i prosesser for å skape endring. Fagledelse er spesielt viktig for tjenesteutvikling, innovasjon og utnyttelse av ressurser. Samtidig forutsettes det at medarbeidere tar ansvar og kontinuerlig forbedrer egen praksis, for å lykkes med utviklingsarbeid og innovasjon i en ny tid. Sektoren har i flere år hatt fokus på etisk refleksjon. Refleksjonsarenaer er viktig for å reflektere over egen praksis. Medarbeidere med høy etisk bevissthet og evne til refleksjon vil kunne lære av erfaringer og omdanne dette til ny kunnskap og ny praksis.

Rekruttere og beholde

Rekruttering av nok personell og personell med tilstrekkelig og riktig kompetanse innen de områdene kommunen har utfordringer, vil være avgjørende for å sikre god kvalitet på tjenestene. I 2013 hadde 87 % av de ansatte innen pleie- og omsorgsfeltet fagutdanning. Dette er en høy andel sammenliknet med fylket og landet. Kommunen må fortsette med å rekruttere personer med fagutdanning, og det må arbeides systematisk med rekruttering av faggrupper og personer med riktig kompetanse. For at kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass er det også viktig å legge til rette for kompetanseutvikling for ansatte. Det kan være mulighet for hospitering og etter- og videreutdanning, og det kan være mulighet for å arbeide med fagutvikling og innovasjon både i et interkommunalt samarbeid, i samarbeid med sykehuset og med utdannings- og forskningsinstitusjoner. Kommunen må også tilby større stillinger enn i dag. Det er et mål at ingen stillinger skal være under 60 %. Det å vinne kampen om arbeidskraften handler også om å beholde ansatte.

Forskning, opplæring og utvikling

Meld. St. 18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter (Forskningsmeldingen) understreker betydningen av å sikre at det forskes på de områdene der behovene er størst, og at resultatene tas i bruk og spres. For å få høy forskningskvalitet, gode utdanninger, effektiv ressursutnyttelse, sikre rask innføring av ny kunnskap og nye løsninger og kunnskapsbaserte tjenester, er det nødvendig med et godt samarbeid om forskning, utdanning og innovasjon mellom helse- og omsorgssektoren, utdanningsinstitusjoner og private aktører. Det er behov for å styrke forskning og innovasjon i og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennom forskning, innovasjon, ny teknologi og kompetanse legges grunnlaget for utvikling av tjenester og tiltak som kan møte fremtidens utfordringer.

Et eksempel på en innovasjonsprosess i Grimstad er samarbeidsprosjektet mellom Universitetet i Agder, J.B. Ugland eiendomsutvikling AS og Grimstad kommune, om *Campus Grimstad helsesenter*. Prosjektet dreier seg om etablering og utvikling av et høyteknologisk og fremtidsrettet helsesenter på Campus Grimstad. Gjennom å legge til rette for samarbeid mellom akademia, offentlig sektor og næringslivet er hensikten at partene kan oppnå bedre utviklingsmuligheter ved å dra nytte av hverandres kompetanse. Hvis det med basis i helsesenteret kan utvikles ny teknologi, nye systemer og boligkonsepter, kan det gi nye bærekraftige løsninger innenfor helse- og omsorgstjenestene. Det kan også medføre at Campus Grimstad blir mer attraktiv som studie- og arbeidsplass. Samtidig kan det stimulere til nye virksomheter og næringsutvikling relatert til helsesenteret og Campus forøvrig.

Kommunen har utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i Aust-Agder. Oppdraget går ut på å være et regionalt ressurscenter for fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling tilknyttet kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingssenteret for sykehjem er lokalisert til Fevik, men det er kommunen som har oppdraget. Utviklingssenteret skal initiere og implementere utviklingstiltak og arbeide for spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Utviklingssenteret skal være pådriver for kunnskap og kvalitet i hjemmetjenester og sykehjem i fylket. Grimstad har muligheten for å videreutvikle denne funksjonen. Det vil medføre en videre styrking av det interkommunale samarbeidet og et økt samarbeid med Universitetet i Agder og andre utdannings- og forskningsinstitusjoner.

Slik vil Grimstad kommune lykkes:

- være pådriver for interkommunalt samarbeid og samarbeid med utdannings- og forskningsinstitusjoner
- være arena for gjennomføring av forskningsprosjekter
- legge til rette for kompetanseutvikling
- ha arenaer for fagutvikling
- rekruttere tilstrekkelig personell med riktig kompetanse
- tiltak for å motivere og beholde ansatte

6 Oversikt over aktuelle lover og forskrifter

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011](#)

[Lov om folkehelsearbeid 2011](#)

[Lov om pasient og brukerrettigheter 1999](#)

[Lov om helsepersonell 1999](#)

[Pasientjournalloven 2014](#)

[Forvaltningsloven 1967](#)

[Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen 2006 \(NAV-loven\)](#)

For 2002-12-15 nr 1456: Forskrift til forvaltningsloven

For 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester

For 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

For 2010-11-12 nr 1426: Forskrift om en verdig eldreomsorg

For 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal

For 2011-12-16 nr 1254: Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator.

For 2011-12-16 nr 1254: Forskrift om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner

For 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

For 1988-12-11 nr 1018: Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie

For 2011-12-16 nr 1348: Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

For 2011-12-16 nr 1349: Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

For 1992-12-04 nr 915: Forskrift til lov om sosiale tjenester mv

For 2003-04-03 nr 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

7 Litteraturliste/kilder

[St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) Samhandlingsreformen](#)

[St. meld. nr. 7 \(2008-2009\) Et nyskapende og bærekraftig Norge \(Innovasjonsmeldingen\)](#)

[Meld. st. 16 \(2010-2011\), Nasjonal helse- og omsorgsplan \(2011-2015\)](#)

[Meld. St. 34 \(2012-2013\) Folkehelsemeldingen](#)

[Meld. St. 29 \(2012-2013\) Morgendagens omsorg](#)

[Meld. St 18 \(2012-2013\) Lange linjer - kunnskap gir muligheter \(Forskningsmeldingen\)](#)

[St. meld. nr. 7 \(2008-2009\) Et nyskapende og bærekraftig Norge \(Innovasjonsmeldingen\)](#)

[Utviklingsplan 2030 Sørlandet sykehus](#)

[Strategiplan 2015-2017 Sørlandet sykehus](#)

[Regionplan Agder 2020](#)

[Grimstad kommune Kommuneplan 2011-2023](#)

[Grimstad kommune, Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren 2012, Rune Devold AS](#)

[Grimstad kommune, Analyse av avvik mellom budsjett og resultat for Helse- og sosialsektoren i perioden 2009-2012, Deloitte](#)

[Grimstad kommune, Boligsosial handlingsplan 2011-2014](#)

[Grimstad kommune, Ungdata undersøkelsen 2013](#)

[En vanskelig start, Agderforskning og Universitetet i Agder 2014](#)

[NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, Hagenutvalget](#)

[Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, 2005](#)

[www.ssb.no/kostra](#)

[Folkehelseprofil for Aust-Agder 2014, Folkehelseinstituttet](#)

[Folkehelseprofil for Grimstad 2014, Folkehelseinstituttet](#)

[Barnevekststudien, Folkehelseinstituttet 2013](#)

[Nasjonale faglige retningslinjer for personer med ROP-lidelser, Helsedirektoratet 2011](#)

[Ressurssenter for omstilling i kommunene, RO](#)

[KoRus, kompetansesenter rus Borgestadklinikken](#)

[Fylkesmannen i Aust-Agder, Kommunebilde for Grimstad kommune 2013](#)

De voksnes ansvar. Kronikk av Jostein Alberti-Espenes publisert på NRK Ytring 29.05.14

Gerica – kommunens fagprogram for helse- og omsorgstjenester

