



Kommunedelplan for helse og omsorg 2015-2026

Sammen for mestring

Vedtatt av Lindesnes kommunestyre 23.04.15



Innhold

1	OM PLANEN	3
1.1	KORT OPPSUMMERING MED LESEVEILEDNING	3
1.2	HVA ER EN KOMMUNEDELPLAN FOR HELSE OG OMSORG?	3
1.3	OM ARBEIDET MED PLANEN	3
1.4	TIDSHORISONT	4
2	HOVEDUTFORDRINGENE	4
2.1	SAMHANDLINGSREFORMEN	4
2.2	DEMOGRAFI	4
2.3	DEN MEDISINSKE UTVIKLING	4
2.4	FOLKEHELSE OG FOREBYGGING	5
2.5	ØKONOMI OG REKRUTTERING	5
3	VISJON, MÅL, VERDIER	6
3.1	VISJON, HOVEDMÅL OG VERDIER FOR KOMMUNEN	6
3.2	VISJON OG MÅL I HELSE – OG OMSORGSETATEN	6
4	HOVEDSTRATEGIER OG MODELL	7
4.1	STRATEGI 1: TIDLIG INNSATS	7
4.2	STRATEGI 2: HVERDAGSREHABILITERING	8
4.3	MODELL: HELSE- OG MESTRINGSLØPET	8
5	FOKUSOMRÅDER	10
5.1	LEVEKÅR, FOREBYGGING OG TIDLIG INNSATS	10
5.2	INNBYGGERNE SOM RESSURS OG HJELP TIL SELVHJELP OG REHABILITERING	11
5.3	BRUK AV SYKEHUSTJENESTER, LEGETJENESTER SAMT OMRÅDER FOR REGIONALT SAMARBEID	12
5.4	FRAMTIDSRETTET ORGANISERING OG DIMENSJONERING AV TJENESTENE FOR Å NÅ MÅLENE	13
6	NOEN UTVALGTE OMRÅDER	16
6.1	BARN OG UNGE	16
6.2	PSYKISK HELSE- OG RUS	17
6.3	FORVALTNING OG RESSURSSTYRING	18

1 Om planen

1.1 Kort oppsummering med leseveiledning

Dokumentet er bygd opp slik den begynner med det overordnede for så å bli mer konkret. Fra og med kapittel 5 finner man oppstilling av tiltak i egne bokser, disse boksene utgjør planens handlingsdel.

Planen sier ikke hvor mye ressurser og bemanning kommunen må bruke på dette området i planperioden totalt sett. I stedet sier planen hvilke strategier kommunen bør ha for å dempe tjenestebehov og bemanningsbehov framover, samtidig som kvaliteten holdes oppe. Det betyr at ressurs-behovet framover vil avhenge av hvor godt kommunen lykkes med disse strategiene.

Det er i liten grad angitt tidspunkt / årstall for innføring av de forskjellige tiltakene, heller ikke der det er angitt behov for bemanningsøkning. Det er tenkt at dette skal komme fram ved rullering av handlingsdelen og tilhørende budsjettbehandling hvert år.

Det er 11 vedlegg til planen. Her finnes bakgrunnsrapporter samt skriftlige innspill og tiltak som er kommet inn, disse vil også bli brukt ved senere rullering av handlingsdelen.

1.2 Hva er en kommunedelplan for helse og omsorg?

Dette er en strategisk plan for nytenking innen planområdet helse og omsorg for perioden 2015 – 2026. Utgangspunktet for planen er at kommunen må tenke nytt for hvordan kommunes befolkning blir tilbudt helse- og omsorgstjenester, samtidig som det er viktig å videreføre alt det gode arbeidet som blir gjort. Planen utarbeides som en kommunedelplan, med hjemmel i Plan og bygningsloven. Dette gjøres for å gi den legitimitet og tyngde, og for å sette den i sammenheng med kommunens øvrige planverk. Loven gir også føringer for involvering mm i planarbeidet. Det vises til vedtatte Planprogram (se vedlegg).

Dersom ikke annet bestemmes av kommunestyret i Kommunal Planstrategi, tas det sikte på å rullere denne planen hvert 4. år, evnt hyppigere ved behov. Handlingsdelene rulleres hvert år, i forbindelse med budsjettarbeidet på høsten. Første rullering av handlingsdelen vil bli allerede høsten 2015.

1.3 Om arbeidet med planen

Politisk vedtak om å lage ny kommunedelplan for helse og omsorg ble fattet høsten 2012. Arbeidet har vært ledet av ei styringsgruppe med 5 medlemmer; rådmannen, 2 fra etatens ledelse og 2 tillitsvalgte. Planprogrammet ble vedtatt 19. juni 2014. Det har vært to offentlige høringer og arrangert folkemøter / dialogmøter knyttet til planarbeidet. Tre arbeidsgrupper med ansatte har arbeidet med fokusområdene i Planprogrammet. I tillegg har det vært møter på regionalt nivå og med spesialisthelsetjenesten, for å få inn innspill og synspunkter. Det har vært et krevende og spennende arbeid, med mange involverte og parallelle prosesser. 2 konsulenter fra Agenda Kaupang har vært engasjert til å bidra i arbeidet.



1.4 Tidshorisont

I utgangspunktet har planen en tidshorisont på 10 år, fram til 2026. Det er som kjent vanskelig å spå om framtida, og i tillegg blir planen utarbeidet i oppstarten av Kommunereformen. I løpet av de nærmeste årene er det derfor sannsynlig at Lindesnes kommune ikke eksisterer lenger, men er blitt en del av en ny og større kommune. Det vil være ekstra viktig å ha en klar formening om hva som er klokt å gjøre på helse- og omsorgsområdet, i en eventuell sammenslåingsprosess. Jo sterkere og mer tydelig Lindesnes kommune er på dette området, jo mer vil kommunen kunne bidra med inn i slike prosesser.

2 Hovedutfordringene

Fra media kan man få inntrykk av at det er den demografiske utviklingen med flere eldre som vil være hovedutfordringen framover. Den faktoren vil være viktig om snau 10 år, men innen den tid er det andre faktorer som vil være vel så utfordrende. Denne planen forsøker å forholde seg til alle disse faktorene.

2.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som en uttalt målsetting å overføre flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Denne utviklingen har skutt fart siden reformen startet i 2012, og også Lindesnes merker dette godt. Det har ført til økt press på tjenestene. Det har også ført til økt samarbeid interkommunalt og inn mot spesialisthelsetjenesten. Slikt samarbeid har mange gode sider, men er også svært ressurskrevende. Det forventes at denne utviklingen vil fortsette.

Samhandlingsreformen omhandler en rekke andre forhold, men oppgaveoverføring og samarbeid med spesialisthelsetjenesten har vært det dominerende.

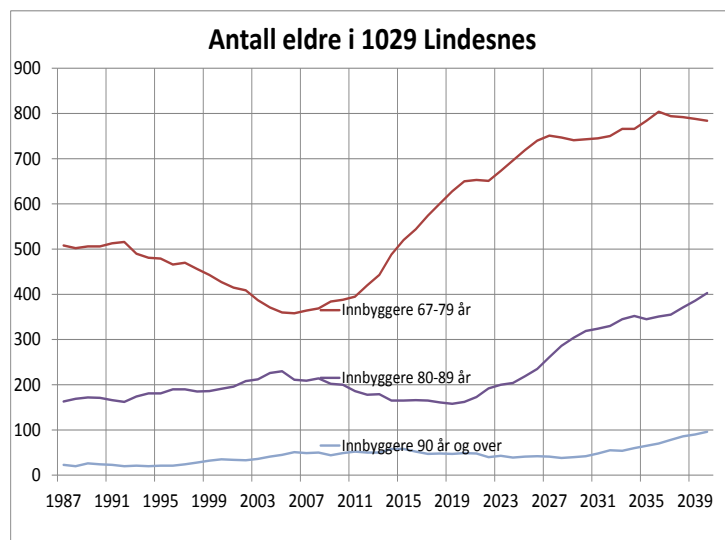
2.2 Demografi

Kommunen er inne i en periode med sterk vekst i aldersgruppen 67-79 år. Antallet eldre over 80 år vil være stabilt noen år. Fra ca 2020 vil aldersgruppen 80-89 år øke. Den sterke veksten for gruppen mellom 67 til 79 år de første årene er et argument for å styrke den hjemmebaserte omsorgen i årene som kommer.

Trolig vil flere eldre være friske og aktive i framtida,

og det vil utgjøre en potensiell ressurs. Demenssykdommer vil sannsynligvis utgjøre den største utfordringen på noe sikt.

Hvert år tar kommunen i mot flyktninger, en del av dem bærer på traumatiske opplevelser og har stort behov for hjelp, spesielt innenfor psykisk helse.



2.3 Den medisinske utvikling

Sykdommer som vi døde av tidligere, lever vi nå videre med takket være moderne

medisin, men vi vil da oftere ha behov for omfattende hjelp i det daglige. En avansert redningstjeneste redder mange der de involverte tidligere ville ha omkommet i ulykker, og ofte må det omfattende innsats til fra primærhelsetjenesten i lang tid etterpå. Personer med psykisk utviklingshemming har hatt kortere livsløp enn andre, dette er i ferd med å jevne seg ut blant annet pga bedre medisinsk oppfølging. For tidlig fødte eller skadede barn som tidligere døde blir nå reddet, og lever videre med bistand fra det kommunale hjelpeapparat. Alt dette er fantastiske effekter av den medisinske utviklingen, men stiller også hjelpeapparatet overfor utfordringer, kanskje større enn de som følger av den demografiske utviklingen.

2.4 Folkehelse og forebygging

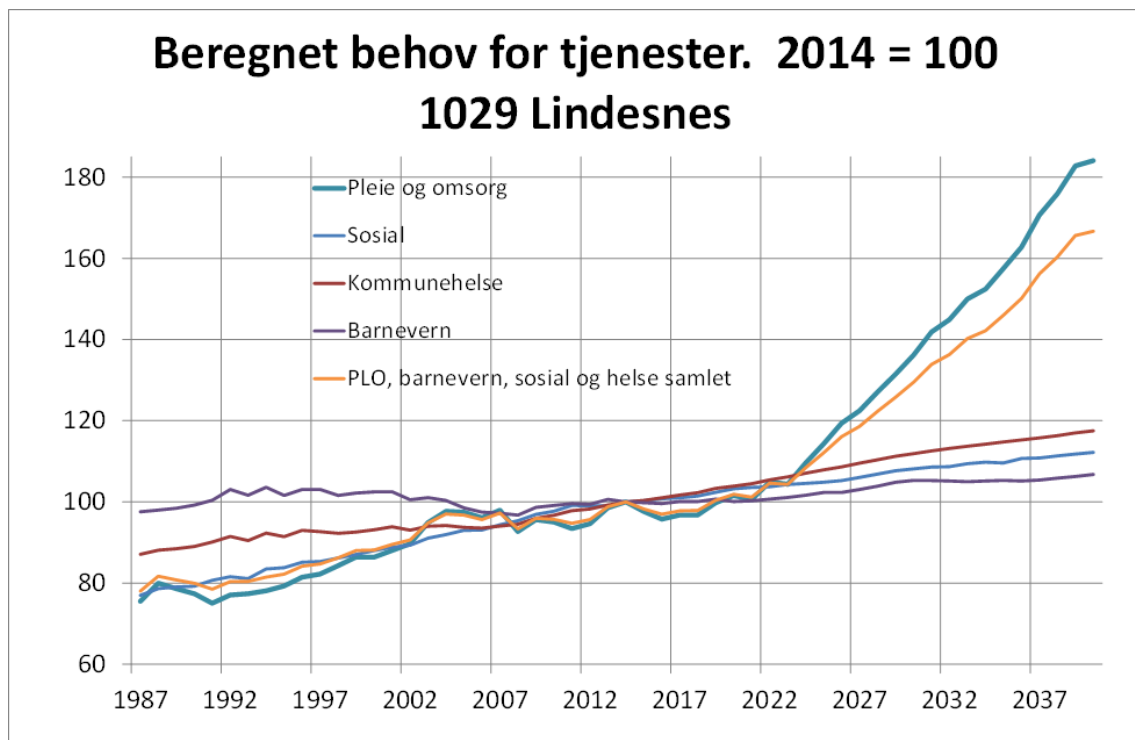
Det er en kjent sak at Lindesnes kommune har utfordringer innen folkehelse, utviklingen innen barnevernet er et talende symbol på dette. Gjeldende Kommuneplan har en samfunnsdel fra 2007, som sterkt vektlegger folkehelsearbeid. Kommunen har pr i dag ingen egen folkehelseplan og har utfordringer i forhold til Folkehelseovens krav. I 2015 skal det komme en ny stortingsmelding om primærhelsetjenestene, signalene foreløpig tilsier at det blir noe mer vekt på forebyggende helsetjenester, og på at tjenestene skal være helhetlige og koordinerte.

2.5 Økonomi og rekruttering

Utfordringene nevnt ovenfor vil sannsynligvis føre til et kraftig økt behov for flere ansatte, spesielt dersom det ikke gjøres kloke grep. Dette vil gjelde de fleste kommuner, og gi økt konkurranse om arbeidskraft og kompetanse.

Lindesnes bruker i dag relativt sett mye ressurser til pleie og omsorg og barnevern, ikke spesielt mye til funksjonshemmede eller psykisk helsearbeid, og relativt sett lite ressurser til helse og sosial. Det blir en utfordring å jevne dette ut.

Det brukes lite ressurser til tjenestetildeling, dette vanskeliggjør god ressursstyring.



Figuren over viser behov for tjenester ved å fortsette dagens måte å gi tjenestene på, og bygger kun på demografisk utvikling (se punkt 2.2). I tillegg kommer andre faktorer

som driver opp behovet (se punkt).

X-aksen angir prosent økning, mens y-aksen angir årstall.

Den tradisjonelle *pleie og omsorg* øker mest, og markant fra ca 2024. Innen 2027 har behovet her økt med 20 %.

Kommunehelse, sosial og barnevern har jevn økning.

Det vises ellers til vedlegg 2 for nærmere analyser av utfordringer, og sammenligninger med andre kommuner.

3 Visjon, mål, verdier

3.1 Visjon, hovedmål og verdier for kommunen

Kommuneplanens samfunnsdel (2007 – 2018) har følgende visjon eller hovedmål:

Lindesnes kommune- et fyrtårn for helse og trivsel.

I Lindesnes innretter kommune, næringsliv, lag og foreninger sine aktiviteter og tjenester slik at det fremmer trivsel, tilhørighet og god helse .

- 1. Alle innretter sin virksomhet slik at vi kompenserer for sosiale ulikheter.***
- 2. Likestilling mellom kjønn og likeverd mellom mennesker gjenspeiles i all virksomhet.***
- 3. Alle innretter seg slik at det fremmer mulighet for deltagelse og medbestemmelse i eget liv og lokalsamfunnet***

Kommuneplanen er en verdiplan der helse knyttes til det å mestre. Andre verdier som vektlegges i Kommuneplanen er

- deltakelse og inkludering – opplevelse av tilhørighet og aktiv medvirkning
- likeverd og likestilling – frihet til å være seg selv
- mangfold og bærekraft – gi grobunn for sosial og kulturell verdiskapning
- myndiggjøring og respekt – oppleve å bli sett og hørt
- raushet og toleranse – forståelse for andres uforståelige valg

3.2 Visjon og mål i Helse – og omsorgsetaten

Etaten har med utgangspunkt i Kommuneplanens mål utviklet 3 hovedmål som henger sammen:

Helse- og omsorgsetaten skal utvikle tiltak og tjenester som fremmer

- 1. innbyggernes mulighet og evne til selv å utvikle og ivareta egne livsfunksjoner, gleder og lyster,***
- 2. innbyggernes trygghet for at man skal få nødvendig hjelp til å mestre eget liv,***
- 3. kvalitet med vekt på rettssikkerhet, verdighet, brukarmedvirkning og forutsigbarhet.***

Visjon:

Sammen for mestring

Med det menes at etaten må stå sammen med alle gode krefter i kommunen for å fremme mestringsstrategier og legge til rette for at innbyggerne kan leve et selvstendig liv. Til grunn for dette ligger en sterk tro på at det gode liv innebærer å klare seg mest mulig selv, og at det kommunale hjelpeapparatet skal være innrettet slik at dette lykkes i størst mulig grad.

4 Hovedstrategier og modell

Arbeidet med planen har vist at Lindesnes kommune har en god helse og omsorgstjeneste på de fleste områder, og spesielt har tjenesten mange dyktige medarbeidere. Vi er gode på å gi pleie og omsorg, etter hvert som behovene kommer.

Med de massive utfordringene vi står overfor de nærmeste årene vil ikke dette være nok. Vi må komme mer på offensiven for å unngå å bli «overkjørt» av stadig nye behov. Tjenesten må være mer framoverlent, stille krav og være tydeligere. For å få dette til må det satses på mange områder, og de fleste kan sammenfattes i to hovedstrategier:

1. **Tidlig innsats**
2. **Hverdagsrehabilitering**

Flest mulig av tiltakene framover skal støtte opp om disse to hovedstrategiene. Det betyr også at en del tiltak som ikke passer inn i dette, vil bli valgt bort eller prioritert ned. Da er det viktig at ansatte, politikere, frivillige og andre involverte har en felles forståelse av hva dette betyr.

Begge strategiene innebærer

- Utstrakt samarbeid på tvers av avdelinger, etater, andre kommuner, spesialisthelsetjenesten og «4. sektor» (pårørende, frivillige, foreninger osv).
- Tverrfaglighet. Det handler først og fremst om å ha arbeidsmåter som oppmuntrer til tverrfaglighet, og det handler om å få større innslag av faggrupper som fokuserer på trening og tilrettelegging. Det handler også om å ha kultur for å respektere og bruke hverandres kompetanse, og om å få inn flere mannlige ansatte.
- Helseteknologi tas i utstrakt bruk. Dette gjelder elektroniske hjelpemidler for helsearbeiderne, og ikke minst velferdsteknologi for innbyggerne. Lindesnes kommune er ganske god på det første, og må gjøre et krafttak på det andre.

Nedenfor her er de to hovedstrategiene forklart nærmere.

Så presenteres en enkel visuell modell som illustrerer visjonen vår.

4.1 Strategi 1: Tidlig innsats

Dette handler om å få oversikt over helseutfordringene i befolkningen og sette inn innsats før det utvikler seg til varige problemer. Det handler om å få oversikt over og styrke mestringsstrategier i befolkningen.

Hovedfokus skal være barn, unge og barnefamilier, sett i generasjonsperspektiv, og et tett samarbeid mellom barnehage, skole, kultur og helse. Også overfor eldre innbyggere må det inn gode tiltak for tidlig innsats.

Stikkord for denne strategien er

- Folkehelseplan
- Samarbeid helse og skole / barnehage
- Familierådgivning
- Frisklivssatsning
- Gode avlastningsordninger
- Forebyggende hjemmebesøk
- Tverrfaglighet



Babymassasje på vesle Erian med mamma Sarah Ann Lohnaas Eriksen og fysioterapeut Nina Kerim

4.2 Strategi 2: Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en godt utprøvd metodikk med uvanlig gode resultater. Metodikken kjennetegnes ved å være tverrfaglig, tidsavgrenset, brukerstyrt og det hele foregår der hverdagslivet leves - i hjemmet. Det handler om å ta innbyggeren på alvor, stille krav og ha forventninger. Det handler om å gå fra pleie til trening. Hele tjenesten, fra ansatte til politikere, må omstille seg og få fokus over på den enkeltes ressurser framfor hjelpebehov. Dette er en grunnleggende endring som griper rett inn i helsearbeiderens og politikerens innebygde ønske om å hjelpe andre, og som krever ny kompetanse.

Lindesnesmodellen for hverdagsrehabilitering skal være preget av at

- Den er virksom i alle deler av tjenesteapparatet
- Velferdsteknologi er et sentralt virkemiddel
- Den er tverrfaglig

For å få dette til må vi ha

- Ny kompetanse om mestringsstrategier, om effektmåling, om frivillighet, om velferdsteknologi, om innbyggernes ønsker og om brukermedvirkning
- Incentiver som oppmuntrer til selvstendighet for innbyggerne
- Helhetlige forløp, tjenestestedene må spille på lag og oppleves som samstemte
- Styrking av koordinerende ledd, dvs forvaltningskontoret.



Disse bildene viser Ingeborg som er i ferd med å trene seg opp etter et hoftebrudd, ved hjelp av hverdagsrehabilitering. Utgangspunktet for treningen er de målene som er viktig for henne!

4.3 Modell: Helse- og mestringsløpet

Modellen nedenfor er valgt for å synliggjøre visjonen «Sammen for mestring» og hvordan Lindesnes ønsker å tilby innbyggerne sine rett behandling på rett sted til rett tid uavhengig av alder og hjelpebehov.



Figur 4-1 Modell for helse- og mestringsplanen i Lindesnes kommune for alle brukergrupper, kilde Agenda Kaupang

Modellen illustrerer at den enkelte innbygger selv har hovedansvaret for å mestre eget liv, ved hjelp av egne ressurser, familie og nettverk. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for at dette kan skje, og fastlegen, legevakten og helsesøstertjenesten er sentrale aktører i kommunen som vil være tilgjengelige for å bidra. Modellen illustrerer også prinsippet om at tjenestene skal tildeles og utøves på Beste Effektive OmsorgsNivå (BEON- prinsippet); selv om man har behov for mer helsetjenester i perioder er det alltid et mål å klare seg selv, helt eller delvis.

Folkehelseloven fremholder at kommunen har et ansvar for å ta i bruk hele sitt tjenestespekter og alle sine sektorer i det forebyggende arbeidet, for å fremme egenmestring på kort og lang sikt.

God helse er en individuell opplevelse, og mange vil oppleve god helse selv med store hjelpebehov. Vi ønsker å innrette tjenesten slik at dette skjer.

Selvhjelp står for det gode hverdagslivet der innbyggeren klarer seg selv med egne ressurser, familie og nettverk. Kommunens bidrag vil blant annet være tilrettelegging av bomiljø i nye områder, servicetilbud, kollektivtilbud, helsefremmende tiltak og folkehelsearbeid, lavterskeltilbud og forebyggende tjenester, avlastning, opplæring, veiledning og støtte m.m. Kommunen ønsker å ha en god dialog med innbyggerne i ulike livsfaser og i roller som brukere, pårørende og frivillige.

Ved behov for helsehjelp ønsker kommunen i all hovedsak å legge til rette for å kunne gi tjenester hjemme hos innbyggerne. Unntaksvis kan det være nødvendig med tidsbegrenset opphold på korttidsplass eller avlastningsplass på institusjon. Dersom dette heller ikke er tilstrekkelig, kan det være aktuelt med en tilpasset bolig/ omsorgsbolig med tilsyn eller heldøgns bemanning. Det korteste forløpet skal som hovedregel være et sykehusopphold eller et institusjonsopphold i kommunen, dette løpet er kun forbeholdt de alvorligst syke eller barn som opplever omsorgssvikt og er det dyreste tilbudet man tilbyr.

Kontor for tjenestetildeling / forvaltningskontoret vil ha en sentral plass på veien inn til og ut av det kommunale hjelpeapparatet og representerer ”en felles dør” til hele helse- og omsorgstjenesten. Kontoret forutsettes å få en utvidet og mer offensiv rolle i en ny organisering av helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Hjemmetjenester er en samlebetegnelse for alle tjenester som ytes i brukerens eget hjem. Punktinnsetts (“hjelp av og til”) fra hjemmetjenesten kan være et viktig bidrag til at den enkelte klarer å bo lengre i eget hjem og opprettholder sitt funksjonsnivå.

Tilpasset bolig/omsorgsbolig er her benyttet som samlebetegnelse for alle kommunale tilpassede boliger/omsorgsboliger til eldre, mennesker med nedsatt funksjonsevne og mennesker med psykiske lidelser. En slik bolig vil kunne bidra til trygghet og fremme opplevelsen av mestring. Utgangspunktet vil alltid være at det er den enkeltes eget ansvar å ordne med egen bolig.

Institusjon er her benyttet som det øverste omsorgsnivået i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være sykehusopphold, sykehjemsopphold eller opphold på en barnevernsinstitusjon. Det er et mål at det skal være minst mulig behov for slike plasser.

Pilene i modellen viser at innbyggerne ikke nødvendigvis forblir på et fast nivå i tjenestekjeden, selv om man tildeles tjenester der. Eksempelvis kan

en bruker med tjenester i hjemmet av og til ha behov for et korttidsopphold på institusjon/sykehjem for så å reise hjem og klare seg videre med eller uten hjemmetjenester.

5 Fokusområder

I Planprogrammet som kommunestyret vedtok i juni 2014 er det listet opp 5 fokusområder, som planarbeidet har tatt utgangspunkt i. Disse omtales her:

5.1 Levekår, forebygging og tidlig innsats

Det er behov for en strategi for å sikre løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og levekår. Det bør avklares bedre hva helse- og omsorgssektoren skal og kan bidra med på området, hva andre skal ha ansvar for, og hvilken prioritet det skal ha. Dette gjelder spesielt tiltak overfor utsatte unge.

Kommunen som helhet trenger en samlet oversikt over befolkningens helsetilstand, og en strategi for å fremme god helse i befolkningen. Oversikten bør danne grunnlag for ny Planstrategi og for å gjøre folkehelsestrategiske valg når det skal utarbeides ny samfunnsdel i kommuneplanen.. Gjeldende kommuneplan har mye fokus på folkehelse, men den mangler konkrete tiltak. Det er også behov for å få presisert hvem som har ansvar for hva innen folkehelsearbeid, og hvordan det skal prioriteres.

I Helse og omsorgsetaten er det spesielt Helsestasjonen som har fokus på barn og unge. Ressursene her må økes, og det er viktig at en slik ressursøkning settes inn slik at det gir mest effekt.

Andre som jobber mye med barn og unge i etaten er spesielt Avdeling for psykisk helse og rus, NAV og fysioterapitjenesten. Funksjonshemmede barn får avlastning på Solkroa Avlastning.

I arbeidet skal disse prinsippene følges:

- Det gis tilbud primært i grupper og på eksisterende arenaer.
- Det tenkes tverrfaglighet med fokus på den enkeltes ressurser.
- Det er enighet om hvilke metoder og tiltak som skal benyttes, og disse prioriteres av alle involverte. Metodene og tiltakene skal støtte opp om egenmestring og primært skal effekt kunne måles.

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
Oversikt over befolkningens helsetilstand	Det utarbeides et oversiktsbilde over innbyggernes helsetilstand, jfr Folkehelselovens § 5, til bruk for utarbeidelse av ny Planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel.	I hovedsak uten nye ressurser.
Dagtilbud demente	Nye lokaler for dagtilbud for eldre, spesielt for demente, tilrettelagt for flere brukere og virksomhet 5 dager i uka.	Krever investeringer, må planlegges nærmere.
Friskliv	Tilbudene i regi av Frisklivssentralen utvides, i samarbeid med Frivilligsentralen og andre aktører.	I hovedsak tilskuddsmidler
Nav; økonomisk stønad	System for arbeidsrettede aktiviteter for unge sosialhjelps- mottakere der det er aktuelt, via en dedikert kontaktperson / ungdomsarbeider knyttet til kultur / teknisk. Etter modell fra Kvinesdal.	Krever lønnsmidler.

Nav; samarbeid med lokalt næringsliv	Øke antall bedriftskontakter og dermed styrke samarbeidet for å hindre frafall av ansatte og bidra til tilsetninger.	Egne midler, krever noe endring i organisering og rutiner.
Den kulturelle spaserstokken	Videreutvikle dette samarbeidet med Kulturkontoret, Frivilligsentralen, lag og foreninger.	Tilskuddsmidler



Gravide Linn Vivi Skuland på kontroll hos jordmor, og fysioterapeuter som forbereder terapibassenget for bruk.

5.2 Innbyggerne som ressurs og hjelp til selvhjelp og rehabilitering

Det er behov for en tettere allianse med brukere, pårørende, frivillige og andre for å lære, informere, skape trygghet og samarbeide om praktiske oppgaver. Dette må settes i system.

Ny erfaring og kunnskap om avansert og effektiv rehabilitering må tas i bruk, inkludert ny velferdsteknologi for å fremme selvstendighet. Kapasiteten på ulike former for avlastning og dagtilbud må ses på, for å sikre gode virkemidler til å fremme egenmestring og utsette hjelpebehov.

Dette dreier seg mye om å dempe det stadig økende hjelpebehovet i den voksne delen av befolkningen, ved hjelp av

- tettere og mer forpliktende samarbeid med innbyggerne, særlig brukere, pårørende og frivillige
- bruk av hverdagsrehabilitering i størst mulig grad i tjenesten, og i større grad unngå å gi tjenester der det er mulig å trene opp til selvhjelp og mestring.
- bruk av nye løsninger innen teknologi, for å fremme mestring og gi nye muligheter for sosial kontakt.

En slik omstilling er krevende og vil ta tid, men er helt nødvendig. Det er i tråd med sentrale styringssignaler, og vi tenker at vi skal rendyrke dette i betydelig grad.

Avlastning og dagtilbud vil ofte være gode tilbud som gjør at behovet for mer omfattende tjenester blir mindre.

Vi ønsker også å bli mer offensive før hjelpebehov oppstår, ved å mer aktivt informere og gi råd ved hjelp av forebyggende hjemmebesøk og på andre måter.

Vi er med på et landsomfattende prosjekt for å få inn rutiner og holdninger som sikrer at brukeren opplever et sømløst og helhetlig tjenestetilbud, spesielt i overgangene mellom tjenestestedene. Dette er et viktig område for å sikre god effekt av det som gjøres.

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
Brukerråd	Inntil 3 faste brukerråd, med et system som sikrer innflytelse.	Noe midler til møtegodtgjørelse ol.
Brakerundersøkelser	Gjennomføres for minst ett område 2. hvert år.	Egne midler
Kontaktperson for frivillige	Egen kontaktperson fra Aktivitetsavdelingen. Fast system for samarbeid med pårørende og frivillige	Egne midler
Brakerinnflytelse innen psykisk helse og rus	Forsøksordning med brukerrepresentasjon i innledende fase i ansettelsesprosess. Det lages egne retningslinjer for dette som omhandler taushetsplikt mm.	Egne midler
Hverdagsrehabilitering	Styrking av teamet, sentralt for å lykkes med hovedstrategi 2 (inkluderer praktisk bruk av velferdsteknologi)	Inntil 2 årsverk.
Velferdsteknologi	Etablere kontakt og samarbeid med bedrifter som kan levere slik teknologi, få til lokale demonstrasjonsmuligheter.	Egne midler, evt tilskuddsmidler
Digital informasjon	Hjemmesida: Informasjonen oppdateres og hjemmesida brukes mer aktivt til helseråd. Cafeen på Omsorgssenteret: Info-skjerm med relevant informasjon.	Noe midler til skjerm og programvare.

5.3 Bruk av sykehustjenester, legetjenester samt områder for regionalt samarbeid

Sykehuset er pålagt å overføre oppgaver til kommunene. Dette krever mer samarbeid med sykehus, leger og region, og ikke minst økt helsefaglig kompetanse. Det må bli avklart hva kommunen selv skal gjøre og hva som skal skje i regional / interkommunal regi.

Helse- og omsorgssektoren har et formalisert samarbeid med de andre kommunene i Lindesnesregionen gjennom Helsennettverket, med Sørlandet Sykehus HF gjennom OSS (Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg) og med begge gjennom Regionalt Samarbeidsutvalg. Samarbeidet med SSHF er i stor grad styrt gjennom juridisk bindende avtaler som evalueres årlig. Det løpende samarbeidet med SSHF vil sannsynligvis få økende betydning framover, spesielt for å sikre gode pasientforløp og innen forebyggende beredskap. Arbeidet med smittevern er et godt eksempel på det siste, der Smittevernplanen utarbeides i et samarbeid.

I desember 2014 startet LRMS (Lindesnesregionens Medisinske Senter) opp, som et interkommunalt samarbeid med eget styre. LRMS har legevakt og senger for kommunal øyeblikkelig hjelp, og er tenkt som et regionalt ressurscenter innen helse på sikt. Helsennettverket ønsker å styre mest mulig av samarbeidet med SSHF inn i LRMS. Dette vil spesielt gjelde mer avanserte helsetjenester og undervisning.

Områder som bør vurderes i forhold til interkommunalt samarbeid er tiltak innen depresjonsmestring, voldsmestring, belastningsskader, slagpasienter, avansert rehabilitering, KOLS, dialyse, avlastningstilbud/barnetilbud, rus og psykiatri, ATV (alternativ til vold) og pårørendeskoler (foregår i dag innen demens). Beredskap peker seg også ut som høyaktuelt.

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
LRMS	Styrke det regionale senteret med røntgentjeneste, og med andre avanserte tjenester. Utvikle senteret til et kompetansesenter på utvalgte områder.	I hovedsak innenfor de rammer senteret har.
Kommune - overlege	Formalisere regionalt samarbeid om enkelte kommuneoverlegeoppgaver	Krever ikke nye midler.
Beredskap	Videreutvikle regionalt samarbeid innen beredskap, særlig innen planarbeid, kriseteamarbeid, utstys- lagring, ressurskoordinering og kompetansebygging	Kan kreve noe midler til opplæring
Brukerutvalg	Styrke rollen til det regionale brukerutvalget, knyttet til LRMS	Krever ikke nye midler.
Velferds- teknologi	<ul style="list-style-type: none"> Lokal ressurs for implementering og koordinering, for å komme på offensiven. Være med i pilotprosjekt på Agder, i regi av Helsedirektoratet, fra 2015, for konkret utprøving av trygghetspakker mm. 	Friske midler + tilskuddsmidler.
ALMO	Kommunen må gå fra analoge til digitale trygghetsalarmer og mottak. Regionalt prosjekt i samarbeid med DDV, start 2015	Det må investeres i dette innen 2018.
eHelse	Tilrettelegge for e-læring regionalt, på LRMS	Krever noe investering av LRMS



5.4 Framtidsrettet organisering og dimensjonering av tjenestene for å nå målene

Fra vedtatt Planprogram:

Framtida vil stille betydelig større krav til kompetanse, ledelse, forvaltning, samarbeid og omstillingsevne enn i dag, som et resultat av oppgaveforskyvning fra sykehus til kommune og på sikt demografiske endringer. Framtidig behov for bygg og arbeidskraft / kompetanse må avklares. Likestillingsarbeid og økt andel store stillinger skal være en del av strategien framover».

Rekruttering og kompetanse

Vi tror at den beste måten å rekruttere de rette medarbeidere på, er å ha et attraktivt arbeidsmiljø preget av høy kompetanse og god tilrettelegging av arbeidsforholdene. Kompetanseplanen, og spesielt handlingsdelene, skal støtte opp om de mål som settes i Helse og mestringsplanen. Den vil derfor vektlegge kompetanse innen

- ✓ tidlig innsats,
- ✓ hverdagsrehabilitering

- ✓ velferdsteknologi
- ✓ tverrfaglighet og riktig kompetanse på rett sted
- ✓ avansert helsehjelp jfr samhandlingsreformen
- ✓ forvaltning og juridiske forhold

Framtida vil kreve flere ansatte, jfr avsnitt 2. Det verserer mange dramatiske anslag på nasjonalt nivå. Alle konkluderer med at vi må legge om tjenesten for at den skal være bærekraftig. Framtidig behov for bemanning vil derfor også avhenge av hvordan vi lykkes med strategien i denne planen.

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
Tidlig innsats og hverdagsrehabilitering	Årlig, internt kurs/seminar med fokus på de to hovedstrategiene tidlig innsats og hverdagsrehabilitering (inkl etikk, endringsarbeid, holdninger).	Vil kreve noe midler til kursholdere ol
Livsglede	Livsgledeprosjektet, sertifisering og videre drift.	Tilskuddsmidler
Videreutdanning og større kurs	Prioriterte områder: Velferdsteknologi, rehabilitering, forvaltning, demens, geriatri, avansert sykepleie og rusarbeid.	I hovedsak tilskuddsmidler
Kompetanse om hverdagsrehabilitering	Målet er at prinsippene i hverdagsrehabilitering skal gjennomsyre hele etaten.	Krever midler til Kompetansebygging. Fortrinnsvis tilskudd.
Flerfaglighet	Ved ledighet i stillinger vurderes alltid om det er behov for andre faggrupper.	Krever ikke nye midler.

Bygninger

Dette dreier seg om behov for nye plasser, eller behov for å rehabilitere gamle plasser. Med «plasser» menes institusjonsplasser, omsorgsleiligheter og andre boenheter, plasser for avlastning og korttidsopphold, plasser for dagtilbud og for tilrettelagt arbeid.

Følgende prinsipper skal gjelde:

- ✓ Det skal primært tilrettelegges for at kommunens innbyggere selv eier sin bolig.
- ✓ Kommunale boliger og andre plasser skal plasseres sentralt i kommunen (Vigeland).
- ✓ Boliger beregnet for innbyggere som trenger mye hjelp på natt skal være på eller i nærheten av Lindesnes Omsorgssenter.
- ✓ Institusjonsplassering av innbyggere skal kun skje dersom ikke andre løsninger er mulig.

Kommunen har sikret seg verdifulle tomter i nærheten av Lindesnes Omsorgssenter, dette gir godt handlingsrom for de viktigste behov i planperioden, spesielt for eldre. Det kan innvendes at det allerede er stor konsentrasjon av kommunale pleie- og omsorgstiltak i området, og at det kan virke uheldig å øke dette ytterligere.

Dette er krevende å planlegge, og det må lages en plan som tar for seg kommunens samlede behov på området. For Helse- og omsorgssektoren er det disse forholdene det spesielt må planlegges for:

- ✓ Nye lokaler for dagtilbud for eldre, spesielt for demente, tilrettelagt for flere brukere og virksomhet 5 dager i uka (se tiltak under punkt 5.1).
- ✓ Inntil 35 nye omsorgsleiligheter på området bak Solkroa Avlastning, inn mot fjellet. Bygningsmassen skal være maksimalt fleksibelt utformet, og spesielt

tilrettelagt for demente og funksjonshemmede. Det forutsettes at de 10 leilighetene som ligger der i dag saneres.

- ✓ Botilbud for inntil 11 unge i alderen 8-18 år med psykisk utviklingshemming, som vil kunne ha behov for kommunal hjelp til boligetablering.
- ✓ Inntil 4 nye boliger spesielt tilrettelagt for «hard» bruk og som nødboliger.
- ✓ Mulig behov for egne boliger for innbyggere med psykiske vansker.
- ✓ Det vurderes om Solkroa avlastning på sikt bør flyttes og bygget omgjøres til boliger.



Solkroa Avlastning feiret 20 års jubileum i 2011. Kjell Elvis og Jostein Lysestøl fant rytmen på jubileumsfesten



Organisering

Etaten hadde en større omorganisering i 2011/12, der målet var færre ressurser til ledelse/administrasjon, og færre/ mer oversiktlige enheter.

Det er nå behov for å gå gjennom organiseringen for å tilpasse denne til de mål og strategier som følger av denne planen. Spesielt dette skal vektlegges i ny organisering:

- ✓ Oppgradering av forvaltningskontoret, for å sikre prioritering av rehabiliteringstiltak, koordinering av tjenestene (inkludert IP-ressurs), best mulig ressursstyring gjennom riktig tjenestetildeling, og nødvendig evaluering av tjenester. Dette punktet vil være kritisk for å lykkes med strategien vår.
- ✓ Helhetlige (sømløse) tjenester, for eksempel når tjenester veksler mellom hjemmet og institusjon, eller mellom sykehus og kommune.
- ✓ Større vektlegging av tidlig innsats
- ✓ Ressurser til faglig utviklingsarbeid
- ✓ En mest mulig enhetlig og tydelig lederstruktur
- ✓ Tilrettelegging for større stillinger og bedre kjønnsbalanse blant ansatte

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
Plan for boliger og plasser for dagtilbud	Iverksettes på rådmannsnivå i løpet av 2015, ferdigstilles innen sommeren 2016 (boliger, plasser)	Vil kreve noe friske midler
Organisering	Ny organisering, tilpasset mål og strategier i denne planen, utredes i 2015 og implementeres i 2016.	Krever ikke friske midler
Solkroa Avlastning	Oppgradering av Solkroa Avlastning til en mer tilrettelagt standard, i løpet av 2016.	Krever egen finansiering
Omsorgsleiligheter for funksjonshemmede	Oppgradering av omsorgsleiligheter i Solkroa-området til en mer tilrettelagt standard (gjelder 6 leiligheter), i løpet av 2016.	Krever egen finansiering

Tre & Tekstil	Det planlegges for at Tre & Tekstil skal kunne ta imot inntil 10 nye arbeidstakere.	Krever noe ombygging og oppbemanning.
---------------	---	---------------------------------------



Frivillige og aktiviteter på Lindesnes Omsorgssenter

6 Noen utvalgte områder

Her omtales 3 områder som egne arbeidsgrupper har jobbet spesielt med:

6.1 Barn og unge

Helse- og omsorgsetaten og Oppvekst- og kulturetaten driver begge forebyggende arbeid overfor barn og unge. For at dette skal fungere optimalt er det viktig å

- samkjøre mål og strategier i de to etatene
- klargjøre ansvarsfordeling mellom etatene / enhetene
- prioritere tiltakene.

Arbeidet overfor barn og unge skal følge kommuneplanens mål, målene i «OK utvikling» og målene i denne planen.

Helse – og omsorgsetaten jobber med barn og unge i hovedsak gjennom Helsestasjonen, Psykisk helse, Barnevern Sør og fysioterapitjenesten.

Sammenlignet med andre kommuner er det få ressurser på Helsestasjonen og mange fosterhjems plasseringer.

Prinsipper:

Kommunen ønsker først og fremst at det forebyggende arbeidet skal foregå på universelle arenaer, dvs arenaer som i utgangspunktet omfatter alle kommunens innbyggere. Dette er i tråd med gjeldende kommuneplan. Det er Oppvekst og kulturetaten som har hånd om kommunens viktigste universelle arenaer for å drive forebyggende arbeid overfor barn og unge i kommunen – barnehager, skoler og Kulturtorvet. Etaten har også en rekke kulturtiltak med barn og unge som generell målgruppe. Helse- og omsorgsetaten har særlig en arena som i denne sammenhengen er universell; Helsestasjonen, som omfatter alle barnefamilier.

Kommunen ønsker at forebyggende arbeid skal ta utgangspunkt i den enkeltes egne verdier, mål og ønsker, så langt dette er mulig. Dette oppnås best ved at den enkelte selv tar ansvar for eget liv, og alt vårt arbeid skal innrettes slik at sjansen for dette øker. Dette er i tråd med moderne rehabiliteringstenkning, spesielt slik det kommer til uttrykk i hverdagsrehabilitering.

For aldersgruppen opp til 6 år vil hovedfokus være foreldremestring, dvs å bygge opp om foreldrenes mestringsevne overfor barnet. Det skal vektlegges tidlig innsats, gjerne før fødsel.

For aldersgruppen 6 – 16 år vil hovedfokus være tverrfaglig samarbeid på skolen, spesielt med økt nærvær av helsepersonell på skolen for å gi barnet flere muligheter for mestring.

Mer om strategier:

For å sikre felles verdigrunnlag og mål, avklare ansvar og roller, dele kompetanse og forebygge misforståelser skal det etableres faste samarbeidsarenaer på ledernivå i de to etatene, med møter minst en gang i halvåret.

For systematisk innhenting av informasjon fra de unge skal det brukes standardiserte kartleggingsverktøy. Som et ledd i dette skal det minst hvert 3. år gjennomføres en brukerundersøkelse, der dataene er sammenlignbare med andre kommuner.

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
Friskus	Friskus - Regionalt prosjekt over 3 år knyttet til barn/unge og fedme/inaktivitet, i regi av Frisklivssentralen	Eksterne tilskuddsmidler
Medvirkning fra barn og unge	Aktivt bruke elevråd og kontaktperson for barn og unge der det er naturlig. Gjennomføre undersøkelsen Ungdata hvert 2. år sammen med andre kommuner, i regi av SLT koordinator.	Eksterne tilskuddsmidler
Helse	<ul style="list-style-type: none"> Styrke bemanningen på Helsestasjonen opp til snitt for kommunegruppe 2 i Kostra. Helse i skolen, økning til totalt 1 årsverk. NFP – hjemmebesøk med veiledning. Utprøvd metodikk for å redusere generasjonsoverføring av helseproblemer. Skal gi færre fosterhjems-plasseringer. 	Total økning på 1 + 0,4 + 0,5 = 1,9 årsverk, opptrapping over en periode
Foreldre nettverk	Digitalt nettverk, i hovedsak drevet av foreldre / frivillige, for styrking av foreldrerollen og nettverksbygging. Etter modell fra Søgne.	Egne ressurser
Friskliv i skolen	Styrke samarbeidet mellom Frisklivssentralen, skolene og barnehagene for å fremme aktiviteter i det daglige.	Eksterne tilskuddsmidler
Familie-veiledning	Knyttes til Kvello prosjektet. Måltrettet inn i familier med spesielle behov knyttet til barn og unge.	0,4 årsverk styrking, til totalt 1 årsverk familiekonsulent

6.2 Psykisk helse og rus

Kommunens spesialiserte tjeneste på dette feltet ble omorganisert i 2014 etter et tilsyn om påpekte manglende sammenheng i rus – tjenesten. Det samlede ansvaret ble da lagt til Avdeling for psykisk helse som skiftet navn til Avdeling for psykisk helse og rus. Denne avdelingen vil nå koordinere arbeidet og holde løpende oversikt, i tillegg til å jobbe direkte med målgruppa. Dette er et krevende arbeidsområde der man møter

mennesker i svært sårbare situasjoner, og mange i lokalsamfunnet har sterke meninger om hva som bør gjøres. I en slik sammenheng er det krevende å fokusere på forebyggende arbeid, slik vi ønsker. Vi ønsker også å vri tjenesten fra langvarige individuelle tilbud til gruppetilbud med selvhjelpsperspektiv.

I tillegg til dette er det et økende behov for å styrke det døgnbaserte hjelpeapparatet på dette området. Etaten har en gruppe ansatte som jobber primært med unge funksjonshemmede med sammensatte behov, de har funnet en god måte å jobbe på som er noe annerledes enn tradisjonell hjemmetjeneste. Gruppen kalles «miljøgruppa», og vi ønsker å styrke den med ressurser og kompetanse, slik at de kan gi hjelp til innbyggere som har psykiske vansker og/eller rusproblemer på døgnbasis.

Et fåtall innbyggere har så store psykiske problemer kombinert med rus at de ikke mestrer egen boplass, boligen blir ødelagt og livet blir ekstra uverdigg. Dette var utgangspunktet for et forsøk med en «miljøvaktmester» i 2014. Målet var å kunne hjelpe denne utsatte gruppa innbyggere til et verdiggere liv, og samtidig ta vare på kommunale bygg på en bedre måte. Erfaringene med dette er gode, og tiltaket bør fortsette.

Psykisk helse har mye erfaring med brukermedvirkning, særlig den delen som driver med dagtilbud (Senter for psykisk helse). Vi ønsker å videreutvikle dette, og prøve ut nye måter å engasjere og lære av brukere.

Regjeringen har varslet en opptrappingsplan på psykisk helse og rus- området.

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
Miljøgruppe	Styrke eksisterende gruppe kapasitetsmessig og kompetansemessig for å kunne gi hjelp til innbyggere med behov innen psykisk helse og/eller rus på døgnbasis.	2 årsverk over en periode, friske midler
Miljøvaktmester	Utvidelse av eksisterende tiltak, målgruppe: De mest sårbare og utsatte unge innbyggerne med problemer innen rus og kriminalitet.	Trappe opp til 1 årsverk
Flyktninger	Takling av traumatiske opplevelser, mestring av en ny hverdag. Krever spesiell kompetanse.	Tilføre Avdeling for psykisk helse og rus 0,5 årsverk
Akutt psykisk hjelp	Jobbe for å få et regionalt akutt-team knyttet til LRMS, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Vil avhenge av innretning
Erfaringskonsulent	Prosjekt – engasjere erfaringskonsulent i deltidsstilling på Senter for psykisk helse	Tilskuddsmidler

6.3 Forvaltning og ressursstyring

Forvaltningskontoret har i mange år bestått av 1,2 årsverk som behandler så å si alle søknader som kommer inn. Det innebærer hjemmebesøk hos søkeren for dialog, kartlegging og vurdering av behov, saksutredning, vedtak, evaluering av vedtak med nye hjemmebesøk osv. Dette er samlet i ett kontor for å sikre likebehandling, og få nødvendig avstand til utøvende ledd. Saksbehandling på dette feltet er også blitt komplekst, man kan si det er et eget fag som krever spisskompetanse. Det betyr at dette kontoret i praksis styrer mye av det etaten gjør, de er dermed helt sentrale i å styre ressursbruken. De vil også i stor grad være etatens ansikt utad, den første søker møter og det leddet som sikrer reell brukermedvirkning.

Kontoret har også andre oppgaver, de er lovpålagt koordinerende enhet for tjenesten, og leverer en del statistikk og oversikter. De samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten, og har et formalisert faglig samarbeid med andre kommuner.

Økt oppgavemengde og et mer komplekst lovverk fører til at klart behov for å styrke Forvaltningskontoret. Svikt i dette leddet vil forplante seg ut i enheten, og føre til dårlig kvalitet og dyre tjenester. Særlig evaluering av løpende tjenesteproduksjon er et kritisk punkt, som det i dag er for lite ressurser til.

Vi ønsker å utvikle kontoret til å være et ressurscenter, som ligger i forkant av faglig og teknologisk utvikling, og styrer tjenesteproduksjonen tydelig i retning av visjoner og mål i denne planen. Det gjøres ved å samle noen flere eksisterende faglige ressurser i dette kontoret, men det må også friske ressurser til. I tillegg må lederfunksjonen i kontoret styrkes, jfr kapittel 5.4.

Handlingsdel pr 23.04.15:

Tiltak	Beskrivelse	Finansiering
Tildelingskriterier	Revisjon av tjenestetildelingskriterier, i regi av forvaltning, start 2015.	Egne ressurser
Styrking av kontoret	Gjøre kontoret i stand til å forvalte, koordinere og utvikle etaten, samt bedre ressursstyring. Innføre forebyggende hjemmebesøk. Egen leder for kontoret.	Tilføre kontoret 1 årsverk + noe omorganisering



Gruppetrening hos fysioterapeuten