

Innholdsfortegnelse

1. Helse og omsorgstjenesten som samfunnsaktør i Larvik.....	3
2. Lovgrunnlaget	4
3. Ny planperiode; nye utfordringer	5
3.1. Temaplanens avgrensninger	6
3.2. Planprosessen, forankring og involvering	7
4. Nasjonale føringer, regional utvikling, og lokalpolitiske ambisjoner	8
5. Styringsinformasjon og lokalt kunnskapsgrunnlag.....	10
5.1. Flere eldre; utfordring og ressurs	13
5.2. Alle har en psykisk helse.....	15
5.3. Visste du at?	16
5.4. Tjenesteutvikling	18
5.5. Plan for framtidens helse og omsorgstjenester; hva synes du er viktigst?	19
5.6. Best sammen! Kloge grep for involvering og bedre tjenester	21
6. Inn i glasskula.....	22
6.1. Endringsfaktorer og handlingsrom.....	26
6.1.1. Faktorer som øker behovet for kommunale helse og omsorgstjenester.....	27
6.1.2. Faktorer som kan redusere behovet for kommunale helse og omsorgstjenester.....	28
7. Veivalg.....	32
7.1. Veivalg 1. Tilrettelegge for mestring	33
7.2. Veivalg 2 Nærmest mulig, så lenge som mulig.....	34
7.3. Veivalg 3 Sentraliserte tjenester til spesielle behov.....	35
7.4. Veivalg 4 Trygge overganger	36
7.5. Veivalg 5 Fra storbruker til superbruker (redusere ulikhet i helse)	37
7.6. Veivalg 6 Seniorskraft i eldrebølgen	38
7.7. Veivalgene i et lokaldemokratisk perspektiv.....	38
8. Fra plan til gjennomføring.....	40
8.1. Roller og relasjoner i endring	40
8.2. Objektiv og subjektiv kvalitet	43
8.3. Virker det?	45

1. Helse og omsorgstjenesten som samfunnsaktør i Larvik

Larvik kommune har et mangfold av tjenester innenfor tjenesteområdet helse og omsorg. Fra aktiviteter og tiltak som alle kan oppsøke, som organiserte gåturer i Bøkeskogen, nærmiljøsentret på Gloppe, og pårørendekafe for mennesker med psykisk sykdom, til tilrettelagte arbeidsplasser, eller tjenester som krever spesiell kompetanse og tilstedeværelse i store deler av døgnet.

Svært mange av Larviks innbyggere vil på en eller annen måte bli berørt av helse og omsorgstjenestene i kommunen, enten det er som en av ca. 1700 ansatte, som tjenestemottaker/ bruker, eller kanskje som familiemedlem eller venn til en som mottar tjenester. Mange opplever å ha flere av disse rollene i løpet av livet – også samtidig. Det gjør både politikkkutforming og arbeidstilknytning til tjenesteområdet viktig og meningsfullt.

Det er en overordnet ambisjon for planarbeidet å kunne bidra til å fremme lokalpolitiske samfunns mål uttrykt i kommuneplanens samfunnsdel fra de to tidligere kommunene;

- ➔ Kommunen skal være rustet til å møte morgendagens utfordringer, (Lardal)
- ➔ Innbyggerne skal i størst mulig grad oppleve god livskvalitet gjennom hele livet, (Lardal)
- ➔ Engasjement og alles deltakelse, (tidligere Larvik)
- ➔ Et like verdig liv for alle , (tidligere Larvik)

En helse og omsorgsplan vil også kunne bidra til Larvik kommunes gjennomføring av FNs bærekraftsmål. Dette gjelder først og fremst mål nr 3 om god helse, og mål nr 10 om mindre ulikhet.

Lokalsamfunnet påvirkes og utformes av helse og omsorgstjenestenes profil; som en betydelig arbeidsplass for kvinner, som læringsarena for elever, studenter og fremmedspråklige, som fysisk samlingspunkt i et nærmiljøsentret i en bydel- men først og fremst gjennom tjenester til enkeltpersoner som gir bedre livskvalitet og helseeffekt.

2. Lovgrunnlaget

Det kommunale tjenesteområdet har sitt primære samfunnsoppdrag i [«Lov om kommunale helse og omsorgstjenester»](#). Lovens formål er særlig å;

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

Lov om pasient- og brukerrettigheter, med lovens formål om å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

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.

Lov om Folkehelsearbeid, med lovens formål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

3. Ny planperiode; nye utfordringer

Med samhandlingsreformens inntog i kommunene fra 2012 framstår dagens primærhelsetjeneste med endrede roller, oppgaver og krav. Flere oppgaver gjennomføres i kommunene og hos fastlegene – i tråd med reformens målsetting. Nye tjenester er etablert, samtidig som antall personer med ressurskrevende tjenester og multisykdom har økt. Psykisk helse har fått større plass på dagsorden – både i og utenfor helsetjenesten.

I takt med endrede roller og oppgaver øker også forventningene fra både innbyggere, spesialisthelsetjeneste og nasjonale myndigheter. Fastlegeordningen knirker, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene eser i utakt med tilgangen på tilgjengelige ressurser. Det er en villet utvikling å gi tjenester så nært som mulig, og i samhandlingsreformens farvann gis det også nye muligheter for å justere retning.

Utviklingen av elektronisk kommunikasjon og samhandling mellom fastleger, sykehus og de kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært betydelig de siste årene. Det har gitt bedre kvalitet i meldinger og epikriser (utskrivningsnotat), bedre pasientsikkerhet og kunnskapsoversikt¹. Samtidig er det avdekket behov for å bedre innhold og kvalitet i kommunikasjonen. Brukerne har i begrenset grad vært involvert i denne utviklingen – og forskningsevalueringen konkluderer med at det er store muligheter for samhandling og utvikling av treparts konsultasjoner, (Ref. Forskningsrådet, 2016). Digital kommunikasjon og informasjonsutveksling gir brukerne helt andre muligheter for økt innflytelse og evne til å håndtere egne helseutfordringer. Sannsynligvis har vi bare sett oppstarten på den digitale revolusjonen.

¹ Forskningsrådet, evaluering av samhandlingsreformen, juni 2016

Bedre tilgang til oppdatert pasientinformasjon som for eksempel gjennom Helsenorge.no, Kommunalt Pasientregister (KPR) og Helse Sør Østs statistikkportal åpner for nye muligheter for økt innsikt i sammenhenger, mer systematisk kunnskap, og muligheter for å følge utviklingen over tid. Det gir bedre forutsetninger for å se om tjenestene er virkningsfulle.

En av de viktigste lærdommene fra reformen har vært at å bygge opp diagnosespesifikke pasientforløp i kommunene verken er virkningsfulle eller ressurseffektive². Vellykkede pasientforløp har fokus på funksjon og mestring, er sammenhengende og inkluderer bruker/pasient gjennom hele forløpet i en likeverdig relasjon, (Ref. Folkehelseinstituttet, Nøkler for å lykkes, og regjeringen.no/HOD, Leve hele livet, Helsehjelp til eldre, kunnskapsoppsummering.)

Temaplan Helse og omsorg 2019 – 2032, bygger videre på kunnskap, erfaringer og tiltak fra «Mestring i alle livets faser» (2014 – 2020), handlingsplan for framtidens helse og omsorgstjenester, og dens hovedmål om å *«tilrettelegge for økt ansvar, mestring og deltakelse for brukere og innbyggere i alle livets faser og gi helse og omsorgstjenester av god kvalitet for de som trenger det»*.

3.1. Temaplanens avgrensninger

Det er en lokalpolitisk og tjenestemessig utfordring å kunne foreta strategiske valg som definerer yttergrensene for helse- og omsorg som tjenesteområdet. God helse skapes først og fremst utenfor helse og omsorgstjenestene; gjennom oppvekst, skolegang, sosiale nettverk og arbeidsliv. Viktige folkehelseiltak er allmenne, og finnes blant annet innen by- og arealplanlegging, inkluderende arbeidsliv, integrering, trafikksikring, barnehagepolitikk, og kulturtilbud. Det er her de store grepene tas for å utjevne levekårsforskjeller og redusere framtidige ulikheter i helse.

Hovedgrepene i utformingen av mer alders- og demensvennlige samfunn må, for eksempel, i all hovedsak utformes gjennom arealpolitikk og boligutvikling – men i nært samarbeid med helse og omsorgstjenestene.

I tillegg til de store folkehelse- og byplanleggingsgrepene er også andre politikk- og samfunnsområder tilgrensende, men utenfor tjenesteområdet helse- og omsorg:

1. Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot barn og ungdom (forebygge psykiske lidelser og utenforskap)
2. Sektorovergripende (eks plan for integrering)
3. Boligutvikling

Dette er viktige politikkområder som kommer til uttrykk gjennom andre plandokumenter og politiske vedtak.

Demografiske utfordringer og ressursbruk utfordrer dagens tjenesteprofil. Tillit og trygghet skapes der rammene er kjente og forutsigbare. Helse og omsorgsplanen skal medvirke til at de til enhver tid tilgjengelige ressurser, i planens tidsperspektiv på ca 15 år, brukes der de gir best effekt, størst verdi for brukeren, i samsvar med lokalpolitiske mål og ambisjoner.

3.2. Planprosessen, forankring og involvering

Det politiske oppdraget framkommer i strategidokument 2018 – 2020, og er forankret i oppstartsak som ble fremmet for eldrerådet, rådet for funksjonshemmede, helse og omsorgskomiteen og kommunestyret i april/mai³. I tillegg er det underveis fremmet 2 meldinger til helse og omsorgskomiteen, (mai og august).

Øvrig forankring og involvering er først og fremst gjennomført ved å benytte etablerte møteplasser. Det er benyttet enkle prosesser med bruk av samme metode og spørsmål til ulike brukergrupper. Disse «stemmene» er verdifulle innspill til utforming av planen, og

³ KST-95/2018

Temaplan Helse og omsorg 2019 – 2032

utgjør et supplement til den objektive styringsinformasjonen og kunnskapsgrunnlaget som er representativt og forskningsbasert.

I perioden april – september er det gjennomført følgende deltakelsesprosesser;

- Alle avdelingslederne i helse og omsorg
- Helsefagarbeiderklasse, vg 2
- Brukere og frivillige i Gloppesenteret
- Frivillige/ brukerorganisasjoner
- Brukerråd i avdeling Huset
- Brukerråd i virksomhet Arbeid og aktivitet

Til sammen er det innhentet synspunkter fra ca. 130 personer. Resultatet og oppfølging fra disse møteplassene er nærmere redegjort for i kap 7.4.

Hovedtillitsvalgte er fortløpende informert om prosessen gjennom de faste møtearene med kommunalsjefen.

4. Nasjonale føringer, regional utvikling, og lokalpolitiske ambisjoner

Nasjonale myndigheter har de siste årene hatt et sterkt fokus på å vri helsetjenestene fra å spørre hva feiler det deg, til hva er viktig for deg. Utvikling av en mer brukerrettet helse- og omsorgstjeneste forutsetter likeverdighet i relasjonen, og utfordrer både dagens organisasjonskulturer og kompetanse.

Helse og omsorgsdepartementet forbereder iverksetting av reformen for et mer aldersvennlig samfunn «Leve hele livet», og har varslet rusreform og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse og rus fra 2019.

Statsråd Bent Høie snakker stadig oftere om brukernes netthelsetjeneste. Digitalisering av tjenester og virtuell kontakt mellom bruker og helsevesen skjer nå i raskt tempo, og utfordrer hele primærhelsetjenesten med hensyn til arbeidsmetoder og kompetanse.

Dagens fastlegeordning er under evaluering, og det er forventet endringer i nær framtid.

I tillegg til statlige føringer og reformer, er kommunen avhengig av flere andre aktører og samarbeidspartnere for å kunne tilby

Det er brukerne som er eksperter på eget liv. Skal tjenestene bli bedre, må brukerne involveres og forventninger avklares. Det er vårt ansvar som helsepersonell å stille de riktige spørsmålene og lytte til svarene. Målet er at pasienten skal ha medvirkning i alle beslutninger om egen behandling og oppfølging ([Direktør i Helsedirektoratet, Bjørn Guldvåg, september 2018, vedr innføring av pakkeforløp for psykisk syke](#))

gode helse og omsorgstjenester til innbyggerne. På regionalt nivå er det først og fremst samarbeidet med de andre Vestfoldkommunene, Fylkesmannen og sykehuset (SiV) som påvirker framtidens helse og omsorgstjenester. Gjennom overordnet samarbeidsavtale og delavtaler mellom kommunene og sykehuset reguleres det formelle og juridiske samarbeidet på en rekke viktige områder, som henvisning og utskrivning, samarbeid om beredskap, og den akuttmedisinske kjeden.

I sykehusets Utviklingsplan⁴, som ble lagt fram til høring i kommunestyret tidlig i 2018, blir det beskrevet at SiV i større grad planlegger en framtidig spesialisthelsetjeneste nærmere der folk bor, i samarbeid med både brukere og primærhelsetjenesten,. En slik strategi gir Larvik gode muligheter for å bygge helhetlige tjenestetilbud sammen med innbyggerne, med sykehuset som partner.

På lokalt nivå er det flere politiske vedtak som legger føringer og premisser for utformingen av temaplanen, og ikke minst for gjennomføring av konkrete tiltak. Det er viktig å bygge videre på mål og tiltak. Mye er gjennomført i forrige planperiode med helse og omsorgsplan;

⁴ Utviklingsplan for sykehuset i Vestfold 2018 – 2030

«Mestring i alle livets faser». Kunnskap og erfaringer herfra må bidra til læring og videreutvikling. Ikke minst gjelder dette innenfor velferdsteknologi og innovasjon.

Etablering av nye lokaler for legevakt, nye sykehjemsplasser for mennesker med alvorlig demens, og videreutvikling av omsorgsboligene for å møte dagens og framtidens behov er store prosesser som skal gjennomføres de første åra i planperioden.

Det er også vedtatt en egen strategi for arbeidsgiverpolitikk og heltidskultur som vil være sentrale virkemidler i tjenesteutformingen. Samfunnsdelen i ny kommuneplan gjeldende fra neste valgperiode vil legge nye føringer med konsekvenser for temaplanen, med behov for justering og politisk forankring i nytt kommunestyre.

5. Styringsinformasjon og lokalt kunnskapsgrunnlag

Styringsinformasjonen og kunnskapsgrunnlaget som legges til grunn for Helse- og omsorgsplanen skal være relevant, gjenkjennbart og forankret. Det skal medvirke til å skape en felles forståelse av framtidige utfordringer innen helse og omsorg både som tjeneste- og politikkområde. Det vil være utgangspunktet for utforming av mål og veivalg, strategier, økonomiske prioriteringer og tiltak. Styringsinformasjonen og kunnskapsgrunnlaget utgjør derfor en «grunnmur» for den videre utviklingen av planen. Utfordringen er å gjøre det kort og relevant (jmf. planstrategien), samtidig som det skal være presist og framtidsrettet.

Sammenhengen kan illustreres som følger

Styringsinformasjon og kunnskapsgrunnlag/	Inn i glasskula Behovsberegning	Veivalg	Valg av strategier AI ⁵	Gjennomføring Strategidokument	Resultat Brukerverdi, Helseeffekt
→					

Behovet for helse og omsorgstjenester i framtida og kommunens evne til å yte disse, bestemmes av mange ulike faktorer som alderssammensetning, utdanningsnivå, økonomi,

⁵ Utvikle likeverdige møteplasser for å svare på de store spørsmålene/ løse samfunnsoppdraget sammen. Bygge tillit

og boligsituasjon. Ikke minst vil den enkeltes evne til å koordinere og mestre egen sykdom være avgjørende for tjenestebehovet. Det siste poenget ble framhevet av statsråd Høie i årets sykehustale; «Å mestre egen sykdom er en medisin som brukes for lite» (ref. sykehustalen 2018, Høie).

De aller fleste av oss blir på en eller annen måte berørt av helse- og omsorgstjenestene i løpet av ett år. Eksemplene som er gjengitt i det følgende er hentet fra Helsepolitisk barometer, (Kantar TNS Gallup, april 2018).



Innbyggerundersøkelser viser at brukerne av helsetjenestene i stor grad er fornøyde, mens innbyggerne i økende grad er bekymret for ulikheter i helse, og for framtidens helsevesen.

73% har gode eller svært gode erfaringer med helsevesenet



Hvordan er erfaringene dine med norsk helsevesen?
(De som har hatt kontakt n=1405)

I en nylig utgitt rapport fra Folkehelseinstituttet bekreftes den bekymringen som framkommer under, (Ref. Folkehelse rapporten 2018). Ulikhetene i helse er økende, og gjelder for nesten alle sykdommer, og i alle aldersgrupper.

58% av befolkningen mener vi har et todelt helsevesen der personlig økonomi har betydning for hvor god behandling man får



81% mener det er negativt at det er slik

Utdanning og inntekt er en hovedforklaring på denne utviklingen. Folk med lang utdanning og god inntekt har ofte sunnere kosthold og er i større grad fysisk aktive enn mennesker med kort utdanning og/eller lav inntekt. Det er fem ganger flere som røyker blant de som kun har grunnskoleutdanning enn hos folk med høgskole- og universitetsutdanning. Folkehelseinstituttet poengterer at dette er på gruppenivå; «Det er ikke slik at alle med kort

utdanning røyker eller har dårleg helse som følge av levevanar. Det er store individuelle forskjellar innanfor dei ulike utdanningsgruppene», (Ref. Folkehelse rapporten, 2018).

5.1. Flere eldre; utfordring og ressurs ⁶

Nye befolkningstall fra SSB i juni i år bekrefter utviklingstrekene. Det blir født færre barn i Norge enn tidligere, og netto innvandring er redusert. I gjennomsnitt føder norske kvinner 1,62 barn, og det er for få dersom befolkningen skal opprettholdes. Utviklingen fører til at det blir færre i arbeidsfør alder sammenlignet med antall pensjonister. Skatteinntektene blir lavere, og andelen av økonomien som brukes til å betale pensjoner øker. I tillegg må en større del av arbeidsstyrken jobbe innenfor helse og omsorg når andelen eldre over 80 år øker, ([Ref. regjeringen.no](http://Ref.regjeringen.no))

Den grafiske framstillingen gjengitt under, er hentet fra Helsebarometeret 2018 og viser at de fleste eldre i Norge opplever å ha god livskvalitet. Dette bekreftes i levekårsundersøkelsen fra SSB, (Levekårsundersøkelsen, helseforhold, mai 2018). Økt levealder kan gi flere år med relativt god helse, og seks av ti 80-åring vurderer egen helse som god eller svært god.



⁶ Hovedreferanse i dette avsnittet er fra SSB rapporten «Framtidens eldre i by og bygd, Rapport 2017/32

Eldre bidrar i dag både i og utenfor arbeidslivet, i frivillig arbeid, med uformell omsorg for partnere, venner, og barnebarn, samtidig er de også storbrukere av helsetjenester. Derfor vil eldre menneskers helse og livskvalitet være av stor betydning for mulighetene

til å bidra i samfunnet, og for behovet for helse og omsorgstjenster.

Om framtidens eldre kommer til å ha bedre helse og mer ressurser enn i dag, er forskerne uenige om. Det vil være flere som har høyere utanning og bedre økonomi enn dagens eldre. I særlig grad gjelder dette kvinner. Hvor ressurskrevende en aldrende befolkning blir, er i stor grad avhengig av om framtidens eldre er friske, selvstendige og i stand til å ivareta egen helse. Endringer i teknologi og kommunikasjon vil kunne bidra til dette, og medføre at eldre får større innflytelse og medvirkning i forhold til egne helseutfordringer. Samtidig vil det også være flere som lever lenger med sykdom.



5.2. Alle har en psykisk helse

Vurdering av egen helse er en viktig indikator for sykelighet og bruk av helsetjenester. Det er en økende oppmerksomhet på ungdoms psykiske helse. I siste Ungdataundersøkelsen framkommer det at blant de av ungdommene i Larvik som har besvart, er det en synkende andel som sier seg fornøyd.

Fornøyd med helse – andel (prosent, standardisert)

▼ Endre utvalg av...

Geografi År Måltall

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Geografi						
Vestfold	72,1	72,1	72,1	72,3	:	70,5
Tønsberg	..	..	72,7	..	..	73,2
Sandefjord	..	72,8	..	..	..	69,3
Larvik	..	73,0	..	..	..	68,0

Tegnforklaring

- .. Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført eller det mangler informasjon om kjønn/klasetrinn.
- : Anonymisert. Gjelder også fylker som er skjult pga. lav dekningsgrad i fylket.
Fylkes- og landstall er gjennomsnitt over treårsperioder.

Ref; [Kommunehelsa, statistikkbank](#)

De fleste virkemidlene for å fremme god psykisk helse befinner seg utenfor helse og omsorgssektoren. Godt folkehelsearbeid fremmer mestring, tilhørighet og gode sosiale relasjoner. Samtidig vet vi at mennesker med psykiske lidelser også har oversykkelighet og overdødelighet. Regjeringens strategi for psykisk helse «Mestre hele livet» (2017 – 2022) vektlegger godt samspill mellom helsetjenestene og omgivelsene, lett tilgjengelige tjenester og tidlig innsats for å skape gode tjenester preget av sammenheng og god kvalitet.

5.3. Visste du at?

- ➔ Når folk flest sover, er ca. 70 kommunalt ansatte på jobb i helse og omsorgstjenestene i Larvik , hver natt hele året.
- ➔ Larvik kommune bruker omtrent 1 milliard kroner på helse og omsorgstjenester i 2018. Fordelingen på de enkelte virksomhetene er som vist under – hvis hele budsjettet var en 1000 kr seddel⁷.



BUDSJETTANDEL AV 1000						
Sykehjem	Hjemmebaserte tjenester	Virksomhet funksjonshemmede	Fellesfunksjoner	Larvik Helsehus (lokalmed senter)	Psykisk helse og avhengighet	Arbeid og aktivitet
256,8	236,2	150,8	136,1	100,8	62,6	56,6

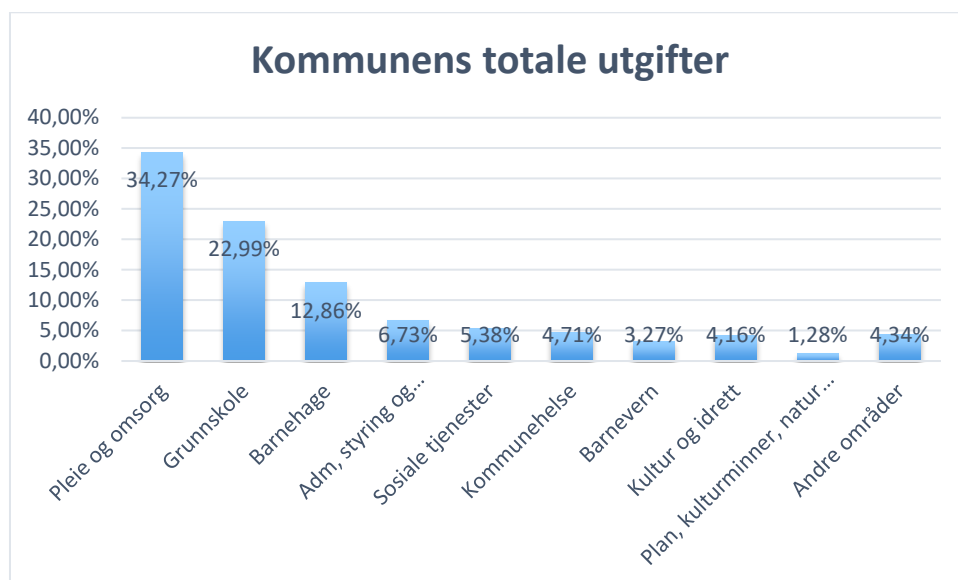
- ➔ I april 2018 var det 1715 ansatte fordelt på 14% menn 86% kvinner i dette tjenesteområdet i kommunen.

⁷ Fellesfunksjoner inkluderer blant annet økonomi- og personalfunksjoner, koordinerende enhet og tildeling, støttekontaktjenester og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Temaplan Helse og omsorg 2019 – 2032

- ➔ I Larvik er det 23 personer pr 1000 innbyggere under 67 år som mottar hjemmetjenester, men av de som er 80 år eller eldre er det 284 personer pr 1000 (KOSTRA,2017).
- ➔ Gjennomsnitt tidsbruk pr bruker av praktisk bistand var 11,4 timer pr uke⁸.
- ➔ Kostnader for ett døgn på institusjon i Larvik er kr. 3481 .- pr plass⁹
- ➔ Dagens kommunikasjon mellom de ulike deler av helsetjenesten; kommune – fastlege og sykehus foregår i dag stort sett elektronisk, og for hver person som skrives ut av sykehuset med behov for oppfølging av kommunale helsetjenester sendes det ca. 10 elektroniske meldinger
- ➔ Alle fastlegekontorene i byen har timebestilling på nett, og noen har innført time på dagen.

Figuren under er hentet fra kommunens analyseverktøy Framsikt, og viser at helse og omsorgstjenestene utgjør en betydelig andel av kommunens totale utgifter, med godt over 30 % i 2017.



⁸ Oppgitt tall gjelder kun gamle Larvik kommune

⁹ Gamle Larvik, 2017

Fordi kommunen har flere eldre enn gjennomsnittet, flere mennesker med psykisk utviklingshemming, og flere eldre, har Kommunaldepartementet beregnet at utgiftsbehovet i helse og omsorgstjenestene i Larvik er 112 prosent av landsgjennomsnittet per innbygger

Kommunen har lave nettoutgifter til pleie og omsorg (KOSTRA økonomianalyse 2017). Både tidligere Lardal og gamle Larvik kommuner har en forholdsvis høy institusjonsdekning i forhold til sammenlignbare kommuner. Tabellen under viser at 12,7 prosent av kommunens innbyggere over 80 år er på sykehjem. Det er 1,0 prosentpoeng mer enn gjennomsnittet i Kommunegruppe 13, og omtrent «på midten» blant sammenligningskommunene.

	2014	2015	2016	2017
Nye Larvik	10,50 %	12,50 %	12,80 %	12,70 %
Larvik	10,30 %	12,30 %	12,50 %	12,30 %
Lardal	14,60 %	16,50 %	17,90 %	21,20 %
Kostragruppe 13	12,30 %	12,40 %	12,20 %	11,70 %
Skien	11,30 %	11,50 %	11,50 %	10,80 %
Tønsberg	12,20 %	12,70 %	12,40 %	12,00 %
Porsgrunn	13,20 %	13,20 %	13,20 %	13,20 %
Arendal	14,90 %	14,10 %	13,10 %	12,50 %

5.4. Tjenesteutvikling

Det er etablert flere nye tjenestetilbud, og utviklet et mer mangfoldig tjenestetilbud de siste årene. Eksempler på dette er kommunens satsing på forebyggende og helsefremmende tjenester som er lett tilgjengelige, både for mennesker med psykisk og somatisk sykdom og deres pårørende. Friskliv og mestring, dagtilbud og bruk av GPS for mennesker med demenssykdom, pårørendekafe, og kurs i mestring av depresjon er noe av det som tilbys. Dette er proaktive tjenester hvor fagkompetanse kommer tidlig inn i et sykdomsforløp med hensikt å utsette eller snu en begynnende helseutfordring eller sykdomsutvikling.

Kommunen bruker vesentlig mer driftsutgifter pr innbygger til forebyggende arbeid i forhold til sammenlignbare kommuner (KOSTRA, rapport 2017), og har de siste årene hatt den

største økningen i antall ergoterapeuter i sin kommunegruppe. Det siste forklares med kommunens satsing på hverdagsrehabilitering.

Fra 2014 til 2017 har legetjenesten blitt styrket med 4 nye fastlegehjemler i tillegg til nye legestillinger i legevakt og på sykehjem.

5.5. Plan for framtidens helse og omsorgstjenester; hva synes du er viktigst?

Denne planen er utformet på bakgrunn av lokalpolitiske føringer, nasjonal statistikk/ -kunnskapsgrunnlag, og lokal styringsinformasjon.

I tillegg til dette er det underveis i planprosessen gjennomført noen enkle dialogprosesser med noen innbyggere som innehar ulike roller og relasjoner til tjenesteområdet. Disse medborgerne utgjør verdifulle stemmer i utformingen av planen, og er et supplement til det representative og faktabaserte kunnskapsgrunnlaget.

I perioden april – september er det gjennomført følgende deltakelsesprosesser;

- Alle avdelingslederne i helse og omsorg
- Helsefagarbeiderklasse, vg 2
- Brukere og frivillige i Gloppesenteret
- Møtearena, brukerorganisasjoner
- Brukerråd Huset
- Brukerråd Arbeid og aktivitet

Til sammen utgjør disse møteplassene ca. 130 mennesker. Hovedspørsmålet har vært det samme i alle møteplassene. Spørsmålstillingen har variert litt etter hvem som skulle besvare, men alle har blitt spurt om hva de synes er det aller viktigste i en plan for framtidens helse og omsorgstjenester som skal gjelde i 10 – 15 år.

Tilbakemeldingene viser interessante variasjoner. Ordskyene under, viser resultat fra henholdsvis samtlige avdelingsledere, og elevene fra Vg2 Helsefagarbeider. Ordene som er mest fremtredende, er oftest nevnt.



Begreper knyttet til livskvalitet framkommer i en eller annen form i samtlige møteplasser. Best uttrykt av en arbeidstaker ved Arbeid og aktivitet; framtidsslykke!

Brukermøtene og tilbakemeldingene viser store variasjoner, og illustrerer at interesser og behov varierer både mellom mennesker, alder, og livssituasjon. Det viser viktigheten av å fortsette utviklingen mot en mer brukerorientert og samskapende tjeneste.

I noen av disse møtene formidles det ganske store forventninger til hva kommunen bør kunne tilby av tjenester. De yngre stemmene i disse møtene og avdelingslederne vektlegger muligheten til egen læring og mestring.

Dette er enkeltmøter og øyeblikksbilder, og det er ingen grunn til å trekke noen allmenne slutninger på denne bakgrunn. Det kan likevel danne seg et inntrykk av at forventningene hos enkelte, i denne sammenhengen godt voksne som har mottatt tjenester over lang tid, er store. Forventningsgap og forventningsavklaring er en av framtidens viktigste utfordringer, og bør avklares tidlig gjennom samskaping og medvirkning for å sikre tillitt.

1. Hva er viktig for deg når du får hjelp av kommunen?

Hjelp til å finne et springbrett for fremtidig læring, hjelp til mestring og et strukturd liv.

2. Er det noe Larvik Kommune bør tenke på når vi skal planlegge Helse og Omsorg for framtida?

Et mere sosialt sentrum, med aktiviteter og et aktivt lag. Skyskaping av innovative bedrifter.

3. Hva er det aller viktigste Larvik Kommune bør tenke på når vi planlegger for framtidens tjenester? Skriv et ord for det du syns er aller viktigst.

fremtidsslykke.

4. Hvordan ønsker du å bo? (I nærhet til familie, venner, butikk, hjelp?)

Der hvor jeg bor i mangrørende situasjon.

5. Hvordan burde vi jobbe med å la folk være mest mulig selvstendig, hva er viktig for deg?

Være trygg på seg selv, sine vennstignst sine arket

5.6. Best sammen! Kloke grep for involvering og bedre tjenester

I løpet av planprosessen ble det også arrangert en dialogprosess. Hensikten med en slik møteplass var for det første å prøve ut modeller for å inkludere innbyggerne og brukerne i større grad når tjenester skal planlegges og utformes, (medborgerskap/samskaping).

Medvirkning og eierskap kan bygge tillitt, gi et større handlingsrom, føre til nye løsninger og felles forståelse i framtidens utforming av tjenestene. Tjenestene må i større grad enn i dag både utformes og utøves i et felleskap mellom bruker, brukerens nettverk og omgivelser, frivillige, private aktører og ansatte for å utnytte tilgjengelige ressurser best mulig.

For det andre var det et ønske om å få fram eksempler, kjennetegn og kloke grep ved tjenester hvor en har lyktes med å involvere, og som førte til økt mestring/ ønsket helseeffekt. Erfaringene fra dialogen er verdifulle bidrag til det videre planarbeidet, og i gjennomføringen av denne.

Det ble invitert politikere, ansatte, tillitsvalgte, og ulike innbyggergrupper (ungdom, yrkesaktiv alder, yngre eldre, eldre), brukerorganisasjoner og samarbeidspartnere. Til sammen møtte i overkant av 70 deltakere. Utfra modellens ide om likeverdighet, og at alle stemmer skulle telle likt, ble det forsøkt rekruttert omtrent likt antall fra ulike grupper.

Møteplassen ble gjennomført på 2 ½ time en ettermiddag. Alle deltakerne var informert om møteplassens intensjon og innhold på forhånd slik at de møtte forberedt.

Tilbakemeldingene tyder på at de fleste opplevde denne møteplassen som givende, samtidig som det ga nyttige og konkrete forslag til tjenesteutformingen. Alle forslagene er gjengitt i vedlegget til planen. Hovedinntrykket er at forslagene kan systematiseres og videreutvikles utfra de tre tjenestenivåene;

Systemnivå (overordnet); Det er behov for oppdatert informasjon, og god kommunikasjon på et forståelig språk

Tjenestenivå; Ivareta, utvikle og styrke møteplasser for frivillighet, brukerorganisasjonene, og mellom disse og tjenesten. Tilrettelegge for frivilligheten. Skape sosiale møteplasser med helseeffekt og mestring i nærmiljøet. Organisere gode møteplasser for dialog/med effekt.

Individnivå; Mestre, avklare forventninger, likeverdighet, informasjon

6. Inn i glasskula

Det vil alltid være usikkerhet forbundet med å beregne framtidens befolkningsvekst og utvikling på grunn av ukjente endringer og forutsetninger. Beregningene som vist under er av den grunn ikke en sannhet, men en illustrasjon på kommunens utfordringer ved planlegging av framtidens helse og omsorgstjenester.

De kommende 15 åra vil Larvik, i likhet med mange andre kommuner, ha lav befolkningsvekst i arbeidsfør alder, og størst vekst i de eldste aldersgruppene. Det skyldes økt levealder, lite tilflytting og lave fødselstall¹⁰.

Larvik: 2018 – 2033 (Ref. Framsikt¹¹)

	2018	2023	2028	2033	Endring 2018-2033
0 - åringer	428	444	444	445	3,97 %
Barnehage (1-5 år)	2 314	2 394	2 444	2 453	6,01 %
Grunnskole (6-15 år)	5 547	5 479	5 263	5 418	-2,33 %
Videregående (16-19 år)	2 257	2 251	2 454	2 168	-3,94 %
Voksne (20-66 år)	28 282	28 350	28 546	28 940	2,33 %
Eldre (67-79 år)	5 782	6 860	7 254	7 505	29,80 %

¹⁰ Utviklingen viser en positiv befolkningsøkning første halvdel 2018

¹¹ Befolkningsprognosen er noe justert i [strategidokumentet 2019 -2022](#)

Eldre (80-89 år)	1 924	2 078	2 768	3 430	78,27 %
Eldre (90 år og eldre)	503	534	556	655	30,22 %
Total	47 037	48 390	49 729	51 014	8,46 %

En slik befolkningsutvikling betyr lavere skatteinntang, høyere pensjonsutgifter og flere som har behov for helse og omsorgstjenester i planperioden.

Det er foretatt en utgiftsberegning på bakgrunn av SSBs befolkningsframskrivning publisert i juni i år, (MMMM alternativet). Med videreføring av samme standard og dekningsgrad som dagens, vil det for Larvik bety utgiftsøkning for de neste 5 åra (2019 – 2023) på 67 millioner kroner totalt. Den største reduksjon i utgifter vil komme i barnehage, og den største økningen er beregnet til ca. 64 millioner kr for aldersgruppen 67 – 79 år, og 39 mill kr i aldersgruppen 80 – 89 i samme periode, (Ref. Larvik kommune, Framsikt) .

Begrepet **aldersbæreevne** brukes for å synliggjøre forholdet mellom de som er i yrkesaktiv alder og de som er eldre enn dette. I et planperspektiv er dette vesentlig for å få innblikk i forholdet mellom tilgjengelig arbeidskraft og beregning av framtidig behov. I et samfunnsperspektiv vil det i tillegg være grenser for hvor stor andel av den yrkesaktive befolkningen som kan være ansatt i helse og omsorgstjenestene i forhold til andre deler av arbeidslivet.

På landsbasis var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i år 2000¹². Tabellen under er hentet fra nettsiden nykommune.no og viser antall personer i arbeidsfør alder (20 – 66 år) i forhold til antall eldre over 66 år i Larvik («nye Larvik») . En reduksjon i forholdstallet mellom de to aldersgruppene betyr at det er færre innbyggere i yrkesaktiv alder per innbygger i den eldre aldersgruppen. For Larvik er den forventede reduksjonen ganske dramatisk.

¹² Kommunal og moderniseringsdepartementet; nykommune.no

Temaplan Helse og omsorg 2019 – 2032

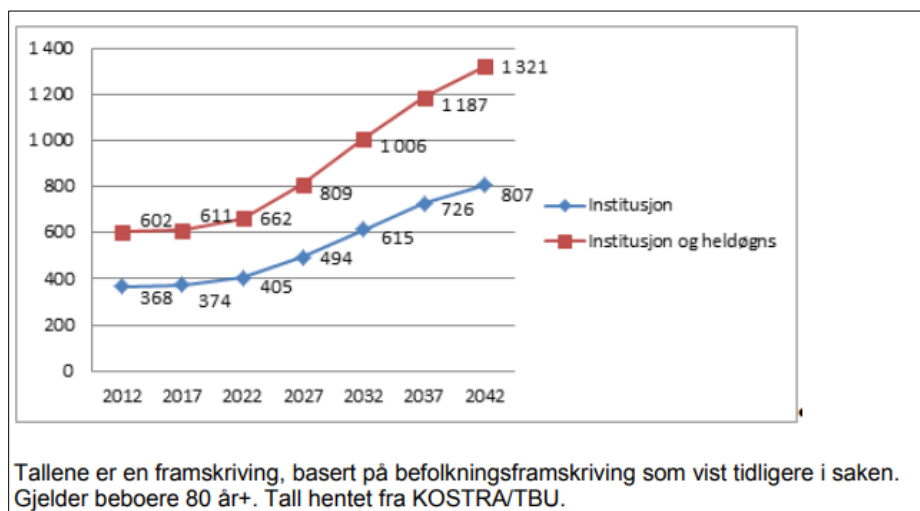
	År 2000	År 2016	År 2025	År 2040
antall personer i arbeidsfør alder (20 – 66 år) i forhold til antall eldre over 66 år	4,7 (landsgjennomsnitt)	3,5	2,9	2,2

Utviklingen i antall eldre i kommunen må i tillegg til aldersbæreevnen sees i forhold til bemanningsbehovet i helse og omsorgstjenestene. Det kan illustreres ved å beregne arbeidsstyrken i Larvik, antall personer mellom 20 – 66 år, trekke fra 10 % uføretrygdde, i forhold til antall ansatte i dagens helse og omsorgstjeneste. Da framkommer det at antall ansatte i dagens HO tjeneste utgjør ca. 6,6 % av den totale arbeidsstyrken i Larvik.

I befolkningsframskrivningen som er vist tidligere er det beregnet at antall eldre over 80 år vil øke med 1658 personer fram til 2032, mens antall i arbeidsfør alder, fratrukket 10 % på uføretrygd, øker med 575 personer i samme tidsrom. Dersom prosentandelen som er ansatt i HO tjenestene fortsatt skal være ca. 6,6 %, utgjør dette en tilgang/ vekst i antall ansatte på ca. 38 personer.

Med tilsvarende dekningsgrad på sykehjem og heldøgnsomsorg som i dag, vil behovet for sykehjemsplasser for personer over 80 år øke kraftig fram mot 2032.

Følgende graf belyser dette;



I løpet av 15 år vil antall sykehjemsplasser for personer over 80 år med dagens dekningsgrad måtte øke med 241 plasser (Den blå linjen; $615 - 374 = 241$) Med samme bemanning som i dag, vil en slik økning i antall sykehjemsplasser kreve en vekst i antall ansatte med nesten 65%.

Dersom en framskriver dagens dekning av både sykehjem og heldøgnsomsorg vil det tilsi 395 nye plasser – og en økning i bemanning på 65 % (Den røde linjen; Sykehjem + heldøgnsomsorg; $1006 - 611 = 395$).

Da utredningen om en eventuell Demenslandsby i Vestfold ble framlagt for kommunestyret i februar 2017, ble det vist til en forventet økning i alvorlig demens på 234 personer, og at økningen vil tilta allerede fra 2021.

Mennesker med multisykdom

I følge professor på NTNU Anders Grimsmo, gir det liten mening å snakke om «kolspasienten» i kommunen – fordi de aller fleste har flere diagnoser og helsemessige utfordringer, (Helsekonferansen, 2016).

Eldre mennesker har ofte flere sykdommer, og behovet for tjenester øker i takt med økende alder. Dagens helsevesen har et stadig større fokus på mennesker med multisykdom når morgendagens helse og omsorgstjenester skal planlegges. I Helse Sør- Øst bruker 5 % av pasientene nesten halvparten av DRG poengene¹³. De utgjør en betydelig andel av liggedøgn på sykehus, og opptar store ressurser i kommunehelsetjenesten. Samhandlingsbarometeret (Helse Førde og tilhørende kommuner) definerer storbrukere som «den tiendedelen av pasientene i spesialisthelsetjenesten som står for flest liggedøgn». Noe tilsvarende oversikt er ikke til nå utviklet for primærhelsetjenesten.

Eldre innbyggere er ikke er en ensartet gruppe, og de har ubenyttede muligheter for å håndtere egne helseutfordringer. Det samme gjelder for mennesker med multisykdom;

¹³ DiagnoseRelaterteGrupper

omsorgs- og tjenestebehov vil variere i forhold til innbyggernes egen evne til å håndtere helseutfordringer og medvirke i samordningen.

Mennesker med høy kompleksitet av helseutfordringer og/eller sykdomsbyrde med liten evne til egen koordinering vil ha størst behov for helse og omsorgstjenester. En grundig, svensk analyse gjennomført i 2016 peker på hvilke grupper som omfattes i denne kategorien; ([Ref. Svensk vårdanalys 2016](#))

- de sykeste eldre
- personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og somatikk
- personer som er utsatt for vold i nære relasjoner
- personer med alvorlig selvskadeadferd
- døende

Dersom en legger de samme beregningene til grunn som i den svenske analysen, vil denne gruppa samlet utgjøre ca 2500 personer i Vestfold, og i underkant av 500 personer i Larvik.

Det utviklingsbildet som på ulike vis framkommer ved å kikke inn i glasskula, vil derfor av flere grunner være utfordrende for helse og omsorgstjenestene i Larvik – særlig med hensyn til rekruttering, kompetanseutvikling og økonomi. For å møte utfordringene må dagens tjenesteprofil justeres for å få mest mulig ønsket effekt ut av tilgjengelige ressurser, og for å sørge for at alle innbyggerne får nødvendig helsehjelp etter loven. Veivalg, strategier og tiltak må utnytte det lokalpolitiske handlingsrommet.

6.1. Endringsfaktorer og handlingsrom

Piet Hein skal ha sagt at det er vanskelig å spå, og særlig om framtida. Andre skal ha sagt at om en skal kunne si noe om framtida, må en skape den selv. I dette avsnittet synliggjøres hvilke muligheter som kan ligge i det lokalpolitiske handlingsrommet, utfra hvilke valg som tas.

Mange ulike forhold vil påvirke hvordan utviklingen av et mer aldrende samfunn vil bli. Det er usikkerhet rundt framskrevne befolkningstall, utviklingen i eldres helse, og andre forhold som vil avgjøre de eldres evne til selvstendighet¹⁴. Noen faktorer er imidlertid kjente, og gir muligheter for å påvirke utviklingen gjennom strategiske valg.

I tillegg til demografisk utvikling er det flere faktorer ved samfunnsutviklingen som vil øke presset på kommunale helse og omsorgstjenester i framtida, og andre som kan føre til en reduksjon.

Sykehuset i Vestfold (SiV) har i sin nylig vedtatte Utviklingsplan en gjennomgang og beregning av endringsfaktorer som vil påvirke deres kapasitet¹⁵. Enkelte av disse vil ha direkte konsekvenser for kommunene, og andre kan påvirke de lokale forutsetningene for strategisk planlegging. Noen av disse trekkes fram her.

6.1.1. Faktorer som øker behovet for kommunale helse og omsorgstjenester

Oppgaveoverføring fra Sykehuset i Vestfold SiV)

SiV legger til grunn i sin framtidige behovsplanlegging at oppgaveoverføring og samhandling med kommunene i Vestfold skal redusere antall liggedøgn med 8000 i år 2025 og med ca. 20 000 i år 2035. Dersom liggedøgnene fordeles etter Vestfoldkommunenes befolkningstall vil det for Larvik utgjøre en økning på 3750 liggedøgn¹⁶ dersom samtlige av disse skal motta døgnkontinuerlige tjenester i kommunen. I denne beregningen legger SiV følgende til grunn;

- *«En betydelig reduksjon av antall liggedager for KOLS pasienter.*
- *Redusert antall innleggelser av pasienter som trenger langtids, intravenøs antibiotikabehandling*

¹⁴ Framtidens eldre i by og bygd, SSB, oktober 2017, Rapport 2017/32 https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/328026?_ts=15f811146d0

¹⁵ Utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold 2018 – 2030, vedlegg

¹⁶ Larvik = 18,8 % av Vestfolds innbyggere

- *Redusert antall liggedager for pasienter som er innlagt i somatiske avdelinger med psykisk sykdom, da disse kan behandles i kommunene*
- *Overført en del av den rehabiliteringen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten enten til pasientens eget hjem eller til kommunal rehabilitering*
- *En stor andel av diabetes 2-pasientene følges i dag opp i kommunene. Det forutsettes at denne trenden vil fortsette ytterligere, der en stor andel av polikliniske kontroller for endokrine sykdommer kan overføres til kommunene/primærhelsetjenesten»*

Flere lever lenger med sykdom

Medisinske og teknologiske framskritt gjør at flere lever lenger med sykdom og alvorlige skader. Denne utviklingen fortsetter, og vil føre til en økning av ressurs- og kompetansekrevene tjenester som gis over lang tid, gjennom et livsløp. Av de samlede ressursene i helse- og omsorg i kommunen går en betydelig andel til brukere under 60 år, ikke fordi de er flere, men fordi omfanget av tjenester er større. Det er grunn til å anta at denne utviklingen kommer til å fortsette.

6.1.2. Faktorer som kan redusere behovet for kommunale helse og omsorgstjenester

Bedre inntekt og bedre helse

Hva som kommer til å skje når andelen eldre øker, strides de lærde om. I en SSB rapport fra 2017 drøftes ulike alternativer av en aldrende befolkning ganske inngående¹⁷.

¹⁷ Framtidens eldre i by og bygd, SSB, oktober 2017, Rapport 2017/32 https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/328026?_ts=15f811146d0

I særlig grad er det den betydelige endringen i kvinnenes situasjon i de siste generasjonene som vil føre til de største endringene framover.

Utdanningsnivået har økt betydelig, og fortsetter å øke. Det er godt dokumentert at det er en sterk sammenheng mellom økt utdanning og en rekke helsefaktorer. Med dette øker også inntektsgrunnlaget, evne til egenmestring og endring i boforhold¹⁸.

«Framtidas eldre har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, bedre boforhold og færre vil bo alene. Forskning og statistikk på Eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er bedre i stand til å håndtere utfordringer i hverdagen (SSB, Rapport 2017/32).»

Lokal boligpolitikk

Dagens eldre har bedre økonomi og større boligformue enn generasjonene før dem.

Utviklingen viser at eldre i større grad enn tidligere flytter til mer hensiktsmessige boliger, og at flere eldre klarer å finansiere dette selv. Eldre flytter i større grad enn før, men de flytter ikke langt, (i en radius på ca. 3 km fra tidligere bolig, ref. Asle Granerud, dir. Labo, møte om

framtidens boformer, mai 2018). De ønsker å bo i nærmiljøet, hvor de er kjente og har etablert nettverk. Dette bekreftes også av samtalene som ble

gjennomført med brukerne av Gloppesenteret i arbeidet med denne planen. Tilhørigheten til nærmiljøet og familien var det som framkom som viktigst, og ble nevnt oftest.



¹⁸ SSB, Rapport 2017/32

Positive endringer i sykdomsbilde

Medisinske og teknologiske framskritt vil kunne medvirke til å redusere behovet for helse og omsorgstjenester. For eksempel kan funn fra nyere forskning tyde på at økningen i demens har bremsset. Det kan ha flere årsaker, som for eksempel bedre utdanningsnivå og bedre behandlingsmetoder. (Ref. Trender om demens Aldringoghelse.no, 23.05.2018)

Flere blir friske av kreft enn noen gang før, og medisinske nyvinninger gir flere friske leveår for flere av de store livsstilssykdommene.

En nylig publisert studie i Journal of Gerontology indikerer at eldre i den vestlige verden ikke bare får demens senere i livet, men de lever også kortere tid med demenstilstanden [4]. (...) Gjennomsnittsalderen for demensdiagnose økte fra 80,0 år til 86,4 år, men gjennomsnitt levetid med demens ble redusert fra 5,9 år til 3,2 år.

Økt samhandling med sykehuset

Med samhandlingsreformen ble sykehusene gitt et forsterket veilednings- og samhandlingsansvar overfor førstelinjetjenesten. I Larvik er det flere eksempler på slikt samarbeid. Bruk av mobilt røntgen på sykehjemmene, og oppfølging av pasienter i livets siste fase (palliativt team) er gode eksempler på tjenester fra, eller sammen med sykehuset som har en positiv innvirkning på tjenestetilbudet i kommunen. I Utviklingsplanen sier SiV at denne type samarbeid skal utvikles framover, og at sykehuset i større grad skal yte helsetjenester der folk bor.

Velferdsteknologi, tjenesteinnovasjon, digitale trender og endrede arbeidsmetoder

Ungdom har høy digital kompetanse og bruker digitale informasjonskilder aktivt. Det er derfor viktig å sørge for et godt lavterskeltilbud også i form av digitale informasjonstjenester. Larvik kommune er en foregangskommune i bruk velferdsteknologiske nyvinninger og innovative løsninger. Dette kan bidra til å styrke brukernes evne til å håndtere egne helseutfordringer, og redusere behovet for tjenester. Både arbeidsmetoder og ressursbruk kan effektiviseres når nye metoder og løsninger tas i bruk.

Økt egenmestring

De aller fleste – uansett helseutfordringer - ønsker å klare seg selv i eget hjem så lenge som mulig. Regjeringens forsøk med medisinsk avstandsoppfølging, hvor pasienter med kroniske lidelser har fått oppfølging hjemmefra via nettbrett og mobil sensorteknologi, viser at de opplever økt mestring og trygghet, (Ref. Meld.St.15 2017 -2018 Leve hele livet). Trenden med mestringsperspektiv, hverdagsrehabilitering og fokus på brukernes egne ressurser fortsetter. Den raske utviklingen av digitale løsninger og e- helsetjenester bedrer betingelsene for å kunne ta et økt ansvar for oppfølging av egne helseutfordringer. Alt fra lett tilgjengelige og kostnadsfrie e- læringsprogrammer og veiledning, til tilgang på kjernejournal, og avstandsoppfølging kan styrke egen evne til å håndtere sykdom. Denne utviklingen vil også styrke pårørendes muligheter.

Intern effektivisering

Utviklingstrendene som omtales over, gir primærhelsetjenesten nye muligheter til å jobbe mer målrettet og effektivt. Tilgang til oppdatert pasient- og styringsinformasjon gjør det raskere og enklere å se om tjenestene har ønsket (helse) effekt. Bedre muligheter for kommunikasjon og samhandling med brukere, fastleger og sykehus kan redusere unødvendig tidsbruk og effektivisere oppfølging. Tilgjengeligheten til fri benyttelse av e-læringskurs har bedret helsepersonellens muligheter for kompetanseutvikling. Kontinuerlig og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring gir også raskere muligheter til å fjerne innsats som ikke virker.

De framtidige rekrutteringsutfordringene som er synliggjort tidligere i dette kapittelet kan i noen grad kompenseres ved å utnytte det lokale handlingsrommet bedre. Større stillinger er den enkeltfaktoren som vil gi størst utslag. I tillegg vil redusert sykefravær, høyere avgangsalder, og mindre turnover i tjenestene redusere behovet for rekruttering og medføre færre kostnader.

Sosialt entreprenørskap¹⁹

Larvik kommune har over flere år hatt tiltak og prosjekter innenfor helse og omsorgstjenestene som bidrar til økt fagkompetanse og rekruttering av innbyggere som ellers ville ha vanskeligheter med å komme seg inn på arbeidsmarkedet. Eksempler på dette er TOPP; intern opplæring av ufaglærte til faglærte, og MIKS; et kvalifiseringsprogram for innvandrere som har pågått over flere år med gode resultater. Kommunen deltar også i det landsomfattende prosjektet Menn i Helse, hvor menn som har vært ute fra arbeid i lengre tid blir omskolert og tar fagbrev som helsefagarbeider.

I tillegg er tjenesteområdet til enhver tid en betydelig praksisplass- og læringsarena både for elever, lærlinger og høyskolestudenter hvert eneste år.

7. Veivalg

Morgendagens utfordringer i Larvik tilsier at dagens tjenesteprofil ikke er bærekraftig. Det må planlegges og utvikles et tjenestetilbud som bygger tillitt, reduserer ulikhet i helse, og sikrer tjenester til de som trenger det mest.

Selv om befolkningsprognoser og framskrivninger er usikre, er det grunn til å anta at demografiutvikling, sammen med de endringsfaktorene som synliggjøres i kunnskapsgrunnet og styringsinformasjonen, utgjør en alvorlig utfordring for helse og omsorgstjenestene.

Samtidig er det mulig å påvirke utviklingen ved å utnytte de mulighetene som ligger i det lokale handlingsrommet.



¹⁹ Sosialt entreprenørskap handler om å utvikle og ta i bruk nye løsninger på sosiale og samfunnsmessige problemer. Det handler om å utvikle nye nettverk på tvers av fagfelt og virksomhetsmodeller og om å samarbeide på nye måter

Larviksamfunnet har et mangfold av ressurser som kan benyttes for å utforme framtidens helse og omsorgstjenester i tråd med samfunnsoppdraget. Den største ressursen er den enkelte innbygger som vil leve selvstendig, i gode felleskap, bo i egen bolig så lenge som mulig, og som er ekspert i sitt eget liv.

Kommunens utfordring er å utforme tjenester som kan møte den demografiske utviklingen med flere eldre og færre yngre enn landsgjennomsnittet, flere mennesker med psykisk utviklingshemming og brukere med varig funksjonsnedsettelse (psykisk og somatisk), med de personellmessige og økonomiske ressursene som vil være til rådighet.

Fra de brukerstemmene som er innhentet i utarbeidelsen av denne temaplanen, framkommer det et forventningsbehov fra enkelte brukerorganisasjoner og eldre som vil bli vanskelig å imøtekomme. Ungdommene uttrykker ønske om oppmerksomhet på psykisk helse. Det illustrerer de lokalpolitiske dilemmaene. Samtidig formidler stemmene, på tvers av gruppene, et tydelig ønske om å mestre egen hverdag.

Veivalgene skal medvirke til å avklare forventningene. De skal fungere som lokalpolitiske retningsendringer for å styrke handlingsrommet, og bidra til et tjenestetilbud i tråd med overordnede samfunns mål. Veivalgene symboliserer at retninger må velges og begrenses. Det er vanskelig å nå mål hvis vi går i alle retninger, eller lar være å velge hvilken retning en skal ta.

7.1. Veivalg 1. Tilrettelegge for mestring

Ett år har 8760 timer. De fleste av disse timene tilbringes uten nærvær av helsefaglig personell og profesjonelle omsorgstjenester – uavhengig av diagnoser og funksjonsnedsettelser, for de aller fleste. Hovedfokus i tjenesteutøvelsen bør være at tiden uten fagpersonell tilstede skal være så trygg som mulig, og bidra til at brukeren mestrer egne helseutfordringer så godt som mulig. Det betyr at tjenestene som gis må innrettes på mestring og funksjon, og være proaktive.

Innbyggernes egne ressurser, behov og evne til å koordinere egne helseutfordringer må være utgangspunktet for kommunal tjenesteyting. Uavhengig av helseutfordringer og tjenestebehov, vil mestringsperspektivet være viktig kilde til livskvalitet.

Lære, og benytte ny digital teknologi gjør for eksempel at Mette på 22 år som bor i egen, tilrettelagt bolig kan få veiledning til å lage middagen selv via Skype, istedenfor at noen kommer innom og lager middagen for henne. Det bidrar til økt mestringsfølelse og livskvalitet når naboen kan inviteres inn på selvlaget middag.

Langsiktig effekt av helsevesenets innsats (eller mangel på sådan) får stadig større oppmerksomhet i alle deler av helsevesenet, og omtales av blant annet professor ved NTNU, Anders Grimsmo i en nylig utgitt artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening;

«Oppfølging av kroniske sykdommer er et godt eksempel der vedlikehold, forebygging og behandling skjer mellom – og ikke under – legebesøkene. Det er et samfunnsmessig uutnyttet potensial at pasienter i dag ikke i større grad gjøres i stand til å følge opp sin egen sykdom og dermed kan gjøres mer ansvarlig for å forebygge eller utsette sykdomsforverring (14). For å bli bedre på dette må vi vite hvilken informasjon pasientene trenger og i hvilken form den bør formidles for å øke mestringssevnen mest mulig hos den enkelte». ([Ref. Tidsskriftet 18.04.2018](#))

7.2. Veivalg 2 Nærmest mulig, så lenge som mulig

Tjenestenes hovedstruktur må utvikles for å benytte tilgjengelige ressurser mest mulig effektivt. Mange kommunale helse- og omsorgstjenester gis til mange mennesker. Det kan for eksempel være praktisk bistand i hjemmet, fastlegetjenester og ulike aktivitetstilbud på nærmiljøsentrene. For å imøtekomme innbyggernes ønske om å klare seg selv lengst mulig i eget hjem eller i nærmiljøet, skal det bygges videre på etablerte nærmiljøer som for eksempel Svarstad, Rekkevik, Stavern og Helgeroa. Prinsippet skal gjelde de fleste funksjonsbaserte (ikke spesialiserte) tjenestene.

For Larviks innbyggere betyr det at et mangfold av kommunale helse og omsorgstjenester skal tilbys i et nært samspill med brukeren i eget hjem, og i nærmiljøet ved å ta i bruk ressurser i nære omgivelser og velferdsteknologiske hjelpemidler. Det kan for eksempel være brukere som får hjelp fra en god nabo til oppfølging av medisinerings eller bruk av GPS, hvor de som bor i nærheten er første mottaker hvis det er behov for bistand.

Et annet godt eksempel er eldre damer på Halsen som går i følge til Gloppe når det er trim og matservering. De klarer seg uten transport fordi de kan gå sammen, samtidig som de motiverer hverandre til å være med.

Kommunen har de siste åra etablert flere tilbud til pårørende, blant annet innenfor tjenesteområdet psykisk helse/avhengighet, og demens. Disse tilbudene har fått gode tilbakemeldinger. Pårørende er en ressurs som i seg selv må ivaretas, og tjenestetilbudene til pårørende bør utvides og styrkes i planperioden. Dette krever at medvirkning, dialog og møteplasser organiseres og struktureres inn i tjenestetilbudet.

7.3. Veivalg 3 Sentraliserte tjenester til spesielle behov

Enkelte kommunale helse- og omsorgstjenester krever spesialisert kompetanse, som for eksempel akuttmedisinsk kompetanse på legevakta. Noen oppgaver vil det også være mest hensiktsmessig å samle for å utnytte spesialisert kompetanse så effektivt som mulig. Det kan for eksempel være sykehjemsplasser til eldre mennesker med demenssykdom som medfører en utfordrende adferd, medisinsk avklaring av pasienter som blir utskrevet fra sykehus med behov for videre oppfølging i kommunen, eller alvorlig psykisk syke mennesker som kan være til fare for seg selv eller andre. Dette er eksempler på spesialiserte kommunehelsetjenester som bør samles for å sikre at de som trenger det mest, tilbys den beste kompetansen, og at knappe ressurser utnyttes hensiktsmessig.

7.4. Veivalg 4 Trygge overganger

Det er godt dokumentert at overgangene mellom behandlingsnivåer og tjenester utgjør den største risiko for feil i helsevesenet, og at sanntids informasjon er helt sentralt for å ivareta pasientsikkerheten²⁰.

Digitale løsninger med oppdatert informasjon må være tilgjengelig, deles og benyttes både på individnivå, og til kontinuerlig kvalitetsutvikling i tjenestene.

Det er en økning av pasienter med multisykdom (psykisk og/eller somatisk), og mennesker med nedsatt psykisk eller fysisk funksjonsevne som mottar tjenester fra ulike helsetjenestenivåer over lang tid. Pasienter med de største funksjons- og helseutfordringene har ofte også flest forflytninger og størst koordineringsbehov. Brukerundersøkelser, tilsyn og avvik viser gang på gang at overganger mellom tjenestenivåer utfordrer pasientsikkerheten og tjenestenes kvalitet. Dette gjelder både horisontale overganger mellom sykehus, kommune og fastleger, og vertikalt innen primærhelsetjenesten eller internt i helse og omsorgstjenestene. Det kan for eksempel være svikt knyttet til legemiddelhåndtering, informasjonssvikt med alvorlige følger, og pasienter som mangler epikrise når de skrives ut av sykehuset.



Larvik kommune har de siste årene deltatt i et formalisert samarbeid om helhetlige samhandlingsforløp sammen med sykehuset og de andre Vestfoldkommunene for å styrke kvaliteten i overføringene. Det betyr at det må tas i bruk metoder og arbeidsverktøy for å utvikle og kvalitetssikre tjenesteforløp, og styrke samhandlingen med viktige aktører som fastleger og sykehus.

²⁰ Blant annet KS, Landstyret 1.11.2018, høring sykehusplanen

7.5. Veivalg 5 Fra storbruker til superbruker (redusere ulikhet i helse)

Kommunens egne tall viser en vekst i antall brukere med ressurskrevende tjenester. Noen av disse har livslange tjenesteforløp. Som vist tidligere, planlegger SiV gjennom Utviklingsplanen at flere pasienter i nær framtid skal behandles i kommunene – også personer med kombinerte alvorlige rusproblemer og psykisk sykdom. Dette er også i samsvar med nasjonal politikk.

Utviklingen krever et økt forebyggende fokus, og effektiv ressursbruk basert på kunnskap og erfaringer. Det må sikres faglig sterke og sammenhengende tjenesteforløp for innbyggere som har de største helseutfordringer, og liten evne til å koordinere egne helseutfordringer. Ressursene må settes inn der de gir størst helseeffekt og verdi for brukeren.

«Personer med multisykdom bruker alle deler av helsetjenesten. og har et opptil 50 ganger større forbruk av helsetjenester sammenlignet med ikke-kronisk syke (3). Helsetjenesten er også i stor grad reaktiv. Helsehjelp for kronisk sykdom blir først gitt når en forverring har inntrådt og forutsetter at folk evner å etterspørre hjelpen de trenger», (Ref. Helsehjelp til rett tid, Tidsskriftet april 2018).

Det betyr at kommunens helse og omsorgstjenester, i nært samarbeid med andre deler av helsetjenesten, bør ha et særskilt fokus på de 10 % som til enhver tid bruker mest ressurser - for å sikre at de med størst behov og minst evne til å håndtere egne utfordringer får tilstrekkelige og nødvendige tjenester. En slik tilnærming vil gi viktig styringsinformasjon, og kan medvirke til å forebygge og redusere ulikhet i helsetjenestene.

Innbyggerne med de største sykdom- og helseutfordringer må rustes til å leve med og håndtere kronisk funksjonsnedsettelse og sykdom. Opplæring til egenmestring og individuelt tilpasset bruk av velferdsteknologi får stadig større fokus i helsetjenesten, og har vist seg å gi økt livskvalitet og færre tjenester.

Larvik kommune deltar for tiden i et spennende innovasjonsprosjekt for avstandsoppfølging av mennesker med kols – som vil kunne gi nyttig erfaring og kunnskap til videre innsats.

Andre steder i landet kan vise til at opplæring og avstandsoppfølging hvor brukerne eier sine egne data, opplever trygghet og blir mer selvhjulpne.

7.6. Veivalg 6 Seniorskraft i eldrebølgen

Alderdommen er mangfoldig, og det er ingen sykdom å bli gammel. Betydelige samfunnsressurser ytes i lokalsamfunnet gjennom eldre menneskers frivillig engasjement og private omsorg for nærmeste familie og venner. Larvik som lokalsamfunn, og kommunen som tjenesteutøver, må videreutvikles for å ivareta og styrke denne viktige ressursen. Samtidig gir alderen flere helseutfordringer for de fleste av oss. Eldre med behov for heldøgns tjenester skal først og fremst sikres dette gjennom utvikling av nærmiljøene, bolig- og institusjonstilbud. Kommunen skal bygge videre på utviklingen av demensvennlige samfunn, livsgledekonseptet på institusjoner og regjeringens reform for et mer aldersvennlig samfunn, som f.eks. «Leve hele livet». Politiske føringer med hensyn til bruk av omsorgsboliger og utvidelse av institusjonskapasiteten, skal følges opp tidlig i planperioden for å trygge og sikre et tilstrekkelig tjenestetilbud. Eldre mennesker er en betydelig ressurs, og en del av framtidens løsninger.

7.7. Veivalgene i et lokaldemokratisk perspektiv

Åpenhet, tillitt og likebehandling er sentrale demokratiske verdier. Ved å bygge på det beste i dagens tjenester, og samtidig justere kurs og tilgjengelige ressurser etter veivalgene, er ambisjonen at innbyggerne i Larvik gjennom deltakelse og medvirkning fortsatt skal ha stor grad av tillitt til at de får tjenester når de har behov - også i framtiden, og at tjenestene vil være likt fordelt uavhengig av inntekt og sosial status. Ungdom med psykiske utfordringer skal trygges og følges opp.



Veivalgene er utviklet på bakgrunn av styringsinformasjon og kunnskapsgrunnlag, og inspirert av dialogene som er gjennomført i planprosessen.

Samlet sett skal veivalgene sørge for at Larvik kommune utfører sitt samfunnsoppdrag i planperioden slik det er gitt i Lov om kommunale Helse og omsorgstjenester;

- *«forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne*
- *fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene 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»*

Veivalgene er også et uttrykk for lokalpolitiske retningsvalg som skal bidra til å oppnå kommunens samfunns mål²¹;

- *«kommunen skal være rustet til å møte morgendagens utfordringer*
- *innbyggerne skal i størst mulig grad oppleve god livskvalitet gjennom hele livet*
- *engasjement, og alles deltakelse*
- *et like verdig liv for alle»*

Strategiene, virkemidlene og tiltak skal være fundamentert på dette grunnlaget, og utformes i et aktivt samspill mellom politikere, ansatte og medborgere. Med denne ambisjonen, slik den samlet sett kommer til uttrykk i temaplanen, vil kommunen tilrettelegge for et aldersvennlig lokalsamfunn, og medvirke til gjennomføringen av sentrale bærekraftsmål satt av FN.

²¹ Lardal og Larvik, gjeldende kommuneplaner, samfunnsdel

8. Fra plan til gjennomføring.

Temaplan for helse og omsorg skal konkretiseres og iverksettes på ulike nivåer, og på ulikt vis i løpet av planperioden 2019 - 2032. Tjenesteutvikling må skje både på individ-, tjeneste- og systemnivå. Gjennomføringen vil først og fremst komme til uttrykk gjennom:

- Strategidokumentet og økonomiplanen som vedtas av kommunestyret i desember hvert år
- Kommunalsjefsområdets ledelse, og tjenesteområdets virksomhetsstruktur
- Forankring, og eventuelt justering av nytt kommunestyre
- Dialogprosesser, brukermedvirkning og samskaping på ulike nivåer
- Oppdatert og tilgjengelig styringsinformasjon med analyser og faktagrunnlag, blant annet på kommunens nettsider, ved årsrapportering, og i kvalitetsmeldinger.

Alle tjenester utformes i et samspill, og kvaliteten i relasjonen oppstår i møtet mellom enkeltmennesker. Informasjon, kommunikasjon, likeverdig dialog og tilgjengelighet er begreper og virkemidler som oftest nevnes både som viktige kjennetegn for vellykkede helse- og omsorgstjenester, og ved svikt og alvorlige hendelser. Dette må få økt oppmerksomhet, og videreutvikles både på individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Det er en avgjørende faktor for gjennomføring av planens ambisjoner at temaet settes på dagsorden der tjenestene ytes. Helsehjelpen, tjenestekontoret, digitale kommunikasjonsmuligheter, og nettsider er sentrale virkemidler og ressurser i denne innsatsen.

8.1. Roller og relasjoner i endring

De siste årenes dreining til økt fokus på pasientens helsetjeneste og spørsmålet; «hva er viktig for deg?» vil påvirke organisasjonskultur, endre arbeidsmetoder og relasjoner mellom den som har behov for tjenester og de som yter disse.

Endring av fokus endrer også behovet for kunnskap om brukerne. Helsepersonell må erkjenne at brukeren selv er ekspert i sitt eget liv, og at tjenestene ytes best i et likeverdig samarbeid med den som har behov for tjenesten. Kommunens rolle skal utøves sammen med innbyggeren, og ikke med enerett på definisjon av problemstillinger og virkemidler. Endring i relasjonen vil også kunne endre innbyggernes forståelse av eget ansvar og forventninger til helse- og omsorgstjenestene. Den digitale utviklingen gir brukeren helt andre muligheter enn tidligere til å mestre og følge opp egne helseutfordringer. Statsråd Høie omtalte denne utviklingen som pasientens netthelsetjeneste i årets sykehustale. Brukerinvolvering er ikke minst en viktig kilde til kunnskap og tilbakemeldinger til helsepersonell om kvaliteten og effekten av tjenestene som ytes. Det er en økende erkjennelse av at brukermedvirkning anses å ha stor betydning for kvalitet på tjenestene og pasientsikkerhet innen helsearbeid generelt²².

For å vite om tjenestene som gis er riktige, og at de ressurser som til enhver tid settes inn, gir ønsket helseeffekt og verdi for brukeren, må det systematiske kunnskap- og analysearbeidet være tilgjengelig, åpent og av god kvalitet. Samtidig må politiske beslutningstakere få tilbakemeldinger om samfunnsnyttene av de ressursene som settes inn. Dette vil bidra til trygghet og tillitt i lokalsamfunnet.

Det finnes etter hvert godt med kunnskap og oversikter over diagnoser, alder, legemiddelforbruk og objektive kvalitetsindikatorer. Betydelig mindre, og lite systematisert, er tilgangen til den subjektive, brukeropplevde kvaliteten. Forskning og evalueringer viser at helsetjenestene blir mer (kostnads- og resultats-) effektive og virkningsfulle der brukeren blir lyttet til, sett og hørt (Ref. seksjonssjef Anders Vege, Folkehelseinstituttet). Samspill øker brukernes motivasjon til å bidra, samtidig som medarbeiderne får økt innsikt i hvordan deres yrkesutøvelse bidrar positivt til å gjøre en forskjell for andre, (Ref. Gjone, Thorstensen, BI prosjektoppgave helseledelse, 2018).

²² Kunnskapsoppsummering, [pårørende til eldre](#), Leve hele Livet

For å kunne utvikle pasientens helsetjeneste må brukerne involveres i hele tjenesteforløpet, så tidlig som mulig. Det må opparbeides kompetanse, og tas i bruk metoder for systematisk innhenting *av subjektiv kvalitet*. Brukeropplevd kvalitet må innarbeides og benyttes som kunnskapsgrunnlag for tjenesteutøvelsen på alle nivåer.

Larvik har i flere virksomhetsområder tatt i bruk verktøy og metoder for å sikre systematiske tilbakemeldinger fra brukerne, og systemer for videre oppfølging av disse. Noen av tjenestene er også organisert utfra funksjonelle pasientforløp²³. Erfaringene herfra vil kunne være et godt grunnlag for videreutvikling av pasientens helsetjeneste.

Brukermedvirkning handler om at tjenestene både har behov for, og benytter seg av, brukernes erfaringskunnskap for å kunne gi virksom hjelp. Seksjon for kvalitetsutvikling ved Folkehelseinstituttet har utarbeidet en brukermedvirkningstrapp som illustrerer hvordan tankegangen involverer alle tjenestenivåene, (Ref. FHI, seksjon for kvalitetsutvikling, Anders Vege).

²³ Hovedforløp 1: milde og kortvarige problemer

Hovedforløp 2: kortvarige, alvorlige problemer/lidelser og langvarige, mildere problemer/lidelser

Hovedforløp 3: alvorlige og langvarige problemer

Brukermedvirkningstrappen med eksempler på virkemidler.

«Hva er viktig for deg?» ↗

Individ	Individuell veiledning Brosjyrer / informasjonsmaterieill	Dialog	Individuell plan Samvalg Ansvarsgrupper	Brukerstyrte senger Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
System-/tjeneste	Informasjonsmøter	Brukerråd Brukerundersøkelser	Ansette brukere med egenerfaring	Brukerstyrte tjenester Brukere som spesialrådgivere
Politisk	Informasjons- kampanjer	Brukerråd	Brukerdeltakelse i utforming av retningslinjer, pakkeforløp og veiledere	Kommune- og stortingsvalg
Nivå Type	Informasjon	Konsultasjon	Medbestemmelse	Brukerstyring

Versjon 2 Udness, Bakke og Nordheim 2017

8.2. Objektiv og subjektiv kvalitet

Det er en nasjonal målsetting at pasienter, pårørende og innbyggere generelt skal få bedre kunnskap om kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten. Undersøkelser og tilsynsrapporter på nasjonalt nivå viser at det er betydelige og uønskede variasjoner i kvalitet på helsetjenestene. Generelt er det for liten kunnskap om kvaliteten på tjenestene som ytes i primærhelsetjenesten, og mulighetene som ligger i nye statistikk- og analyseverktøy benyttes i for liten grad i tjenesteutviklingen. Hva er effekten av den innsatsen som ytes – hvilken helseeffekt eller resultat får den enkelte og samfunnet igjen av de ressursene som brukes?

Tillitt og trygghet utvikles gjennom åpenhet, dialog og kunnskap. Det er derfor viktig at brukere og pasienter har informasjon om kvalitet i tjenestene, og at kunnskapen legges til grunn for til forbedring og videreutvikling. Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten, og er godt egnet til dette formålet.

På nasjonalt nivå er det pr. i dag utviklet totalt 25 nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunehelsetjenesten. I tabellen under vises et lite utvalg kvalitetsindikatorer for helse-

Temaplan Helse og omsorg 2019 – 2032

og omsorgstjenestene i Larvik, og utviklingen fra 2015 til 2017, sammenliknet med Vestfold totalt, (Ref. Helsenorge.no) .

INDIKATOR	2015	2016	2017	Snitt 2017 Vestfold
Ventetid på sykehjemsplass (andel vedtak om langtidsopphold i institusjon med med iverksettingstid på 0-15 dager)	98,7 %	97,7 %	96,2 %	92,5 %
Ventetid på hjemmetjenester (andel vedtak om helsetjenester i hjemmet med iverksettingstid på 0-15 dager)	92,1 %	86,6 %	91,2 %	91 %
Kommunale årsverk i psykisk helse-og rusarbeid	pr 1000 innbyggere 3,9	pr 1000 innbyggere 3,9	X	2,5 (2016)
Legemiddelgjennomgang, langtidsbeboere, institusjon		66 %	46 %	Snitt, landet 60 %
Reinnleggelser blant eldre (+67 år) 30 dager etter utskrivning Reinnleggelser, totalt, (SiV, analyse)	15,8 % 14,5 %	16,4 % 15 %	xx 14,3 % ²⁴	16,0
Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten (andelen årsverk med fagutdanning i fht. totalt antall årsverk)			Lardal 80 % Larvik 78 % ²⁵	72 %

Det er nasjonal politikk å utvikle en helsetjeneste hvor brukerne i større grad enn i dagens helsevesen har innflytelse og medbestemmelse, men det er i liten grad utviklet systematisert kunnskap om hva den enkelte bruker/pasient mener, og om tjenestene har ønsket effekt – såkalt *subjektiv kvalitet* og *subjektive kvalitetsindikatorer*. Larvik har nylig tatt i bruk flere metoder og verktøy for å få fram brukernes stemme på en mer systematisk måte slik at

²⁴ 13,9 % pr. august 2018

²⁵ Andel fagutdanning; 41 %, andel høgskole; 37 %

subjektiv kvalitet kan måles og tjenestene utvikles i tråd med dette. Med fokus på pasientens helsetjeneste og hva som er viktig for den enkelte, bør dette videreutvikles og tas i bruk i større grad enn i dag.

8.3. Virker det?

Med ca. en tredjedel av kommunebudsjettet, et forbruk på ca. en milliard kroner årlig og døgnkontinuerlig arbeidsinnsats fra mer enn 1700 medarbeidere, er det viktig og klokt å opparbeide systematisk kunnskap og innsikt i hvorvidt ressursbruken gir de ønskede resultatene. Hva er effekten av innsatsen? Hvor mye helse og omsorgstjenester får lokalpolitikere igjen for det de bevilger? Blir pengene brukt der de skal?

Innbyggere, politikere, administrativ ledelse og ansatte må ha tilgang til relevant og oppdatert styringsinformasjon som gir innsikt i kvalitet, resultat og effekt av den samlede ressursinnsatsen. Nasjonale statistikkportaler med styringsinformasjon på kommunalt nivå er blitt bedre de siste årene. I tillegg til økonomiske oversikter, er de mest sentrale informasjonskildene for helse og omsorgstjenestene SSB/KOSTRA²⁶, Helsenorge.no, og Kommunalt pasientregister - samdata (KPR).

Gjennom KOSTRA rapporteringen gis det først og fremst innsikt i ressursbruk og dekningsgrader, (prioritering, produktivitet og effektivitet). KOSTRA tallene gir muligheter for å sammenligne utviklingen over tid, med seg selv og med andre kommuner. KOSTRA rapporteringen gir oversikt og innblikk i hvordan pengene prioriteres/ fordeles, hvordan produktiviteten utvikles og indikatorer på effektivitet - gir vi for eksempel flere tjenester for samme antall kroner, eller samme antall tjenester for færre kroner? Dette gir verdifull tilbakemelding til både tjenestene, politikerne og innbyggerne.

Helsenorge.no har i løpet av de siste årene utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer for både statlige og kommunale helsetjenester. Kvalitetsindikatorer skal gi relevant og helhetlig informasjon om kvaliteten ved en tjeneste. Det kan brukes til bedre innsikt, læring,

²⁶ Kommune, stat, rapportering

kvalitetsforbedring, og til offentlig innsyn. Bruk av kvalitetsindikatorer er også nyttig i kommunikasjon og dialog med samarbeidspartnere, media, brukergrupper og innbyggerne.

Bruk av subjektiv kvalitet (brukertilfredshet) til tjenesteutvikling og læring er derimot mindre utviklet og tatt i bruk, både på lokalt og nasjonalt nivå. Hva mener de som mottar tjenestene – gir de ønsket verdi, effekt og resultat? Bruker vi mye innsats på tjenester med liten effekt, eller gjør vi de riktige tingene?

Det er en økende erkjennelse at helsetjenestene i større grad må utformes og gjennomføres ikke for – men sammen med - brukere og innbyggere. Det er utviklet metoder og verktøykasser for tjenesteinnovasjon og gevinstrealisering²⁷, særlig innenfor tjenesteutvikling relatert til velferdsteknologi.

I Larvik kommune er det opparbeidet nye ferdigheter, verdifulle erfaringer og kompetanse på dette, og i helse og omsorgstjenestene er det flere gode eksempler på innovative tjenester. «Tjenesteapp» for mennesker med psykisk utviklingshemming, er ett eksempel på dette. Bruk av GPS hos hjemmeboende brukere med demenssykdom er et annet eksempel. Gjennom deltakelse og samarbeid i velferdsteknologiprojektet i Vestfold og Telemark er det nylig utviklet en egen modell for tjenestesetting av velferdsteknologi..

I arbeidet med tjenestesetting og implementering av velferdsteknologi, er det også utviklet et verktøy for gevinstrealisering. Det arbeides med å kartlegge mulige gevinster knyttet til ulike teknologier og systemer. Når nye tiltak vurderes igangsatt viser erfaringene at det er viktig å vurdere om det gir gevinster for innbyggere og ansatte i form av økt kvalitet, spart tid eller reduserte kostnader. I dette arbeidet vurderes ikke bare økonomiske gevinster, men også kvalitative.

Kunnskap og erfaringer herfra er viktige når framtidens tjenester skal planlegges og gjennomføres.

²⁷ KS «samveis» forholder seg til tre typer gevinster; unngåtte kostnader, f.eks. unngå sykehusinnleggelse, spart tid, f.eks. til saksbehandling og økt kvalitet, f.eks. egenmestring