

Temaplan helse og omsorg 2019 -2032. Kortversjon

Innhold

Samfunnsoppdraget, og behovet for å planlegge på lang sikt.....	2
Samfunnsendringer som påvirker helse – og omsorgstjenestene	3
Temaplanens avgrensninger og plangrunnlag	3
Styringsinformasjon og lokalt kunnskapsgrunnlag.....	4
Livskvalitet og opplevelse av helse.....	5
Tjenesteutvikling og framtidsperspektiv.....	7
Veivalg	9
Veivalg 1. Tilrettelegge for mestring	10
Veivalg 2. Nærmest mulig, så lenge som mulig.....	10
Veivalg 3. Sentraliserte tjenester til spesielle behov.	10
Veivalg 4. Trygge overganger.	10
Veivalg 5. Fra storbruker til superbruker, (reduere ulikhet i helse).	11
Veivalg 6. Seniorkraft i eldrebølgen.	12
Fra plan til gjennomføring	12
Virker det?	13
Vedlegg. Oversikt over de ulike virksomhetsområdene. Hva hører til, hvor.	14

Samfunnsoppdraget, og behovet for å planlegge på lang sikt

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er gitt i «Lov om kommunale Helse og omsorgstjenester m.m.» Loven sier at kommunene skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (§1). Kommunens ansvar gjelder for alle pasient- og brukergrupper som bor og oppholder seg i kommunen.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene berører mange av Larviks innbyggere, enten det er som en av ca. 1700 ansatte, som en av de mange med behov for tjenester i løpet av ett år, eller som familiemedlem/ venn til en som mottar tjenester. Mange av oss opplever å ha flere av disse rollene i løpet av livet – også samtidig.

Hva og hvordan det kommunale tjenestetilbudet innen helse- og omsorg utformes, bestemmes av mange ulike faktorer, og henger tett sammen med den generelle samfunnsutviklingen. Innbyggernes livskvalitet og vurdering av egen helse, og hvordan alderssammensetningen i befolkningen er, har vesentlig betydning for tjenestebehovet.

I kommunen bestemmer politikerne hvordan ressursene skal fordeles mellom de ulike tjenesteområdene som skole, barnehage og helse, men også fordelingen innad i helse- og omsorgstjenestene. Politikerne må for eksempel gjøre noen valg med hensyn til hvilken fordeling det skal være mellom forebyggende tiltak for mange, tjenester i hjemmet og bruk av heldøgns omsorg.

Helse – og omsorgstjenestene i Larvik bruker ca. 1 mrd. kroner i året (2018) - nesten 35 % av hele kommunens budsjett. Det er et stort mangfold av tjenester – som for eksempel legevakt, kurstilbud til pårørende, arbeid og aktivitet for personer med nedsatt funksjonsevne, gåturer i Bøkeskogen, nærmiljøsentra med mattilbud og botilbud for mennesker med alvorlig rusavhengighet, for å nevne noen. Noen tjenester gis en gang, mens andre tjenester gis over et langt livsløp, og kanskje hele døgnet.

Tjenesteområdet har et stort antall og mangfold av brukere, og mange ulike former for vedtak. For at lokalpolitikere skal kunne foreta prioriteringer, sørge for å oppfylle lovens krav, og kunne planlegge for å tilby gode og tilstrekkelige tjenester også i framtida, er det hensiktsmessig å utarbeide en plan. Temaplanen beskriver dagens forhold, hvilke utviklingstrekk som påvirker helse- og omsorgstjenestene, benytter oppdatert kunnskap og forskning, og angir strategier for hvordan kommunen - i samarbeid med andre - skal sikre at alle mottar de tjenestene de har behov for også i framtida.

En temaplan for helse- og omsorg skal derfor medvirke til at de til enhver tid tilgjengelige ressurser, (penger, folk og kompetanse) - i planens tidsperspektiv på ca 15 år - brukes der de gir best effekt, størst verdi for brukeren, i samsvar med lovverk og lokalpolitiske ambisjoner.

Samfunnsendringer som påvirker helse – og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgstjenestene påvirker både enkeltpersoner og lokalsamfunnet, men blir også påvirket av hva andre gjør og bestemmer. Nye reformer eller oppgaver fra staten, endringer på sykehuset i Vestfold og sammensetningen av befolkningen i Larvik får betydning for utviklingen og planlegging av tjenestene. Andre viktige endringer som påvirker er;

- Tilgang på arbeidskraft og kompetanse
- Kommuneøkonomi (overføringer fra staten og lokal skatteinntang)
- Digitalisering og velferdsteknologi
- Endringer i sykdomsbilde og helsemessige utfordringer, som for eksempel økning av ensomhet og endring i psykisk helse hos ungdom og eldre
- Nye oppgaver og nye tjenestetilbud, som for eksempel øyeblikkelig hjelp, døgnopphold eller pårørendestøtte.

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 folk i yrkesaktiv alder sammenlignet med antall pensjonister. Det betyr at skatteinntektene blir lavere, og at andelen av økonomien som brukes til å betale pensjoner øker¹.

Temaplanens avgrensninger og plangrunnlag

God helse skapes først og fremst utenfor helse- og omsorgstjenestene; gjennom oppvekst, skolegang, sosiale nettverk og arbeid. Viktige folkehelseiltak er rettet mot alle innbyggere, og skapes blant annet gjennom by- og arealplanlegging, et inkluderende arbeidsliv, integrering, barnehagepolitikk, og kulturtilbud.

Disse samfunnsområdene dekkes gjennom andre plandokumenter, men fordi tilbud og innsats ett sted får konsekvenser et annet sted, er det viktig at det samarbeides godt mellom helse- og omsorgstjenestene og andre tjenester.

Temaplanen er utformet på bakgrunn av lokalpolitiske vedtak, nasjonal statistikk og lokal styringsinformasjon. I tillegg til dette er det underveis i planprosessen gjennomført noen dialogprosesser med innbyggere som har ulike roller og kontakt med tjenesteområdet. Disse medborgerne utgjør verdifulle stemmer i utformingen av planen, og er et supplement til det representative og faktabaserte kunnskapsgrunnlaget.

¹ [Ref. regjeringen.no](http://Ref.regjeringen.no)

I perioden april – oktober 2018 ble 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
- Dialogprosess- Best sammen!

Til sammen utgjør disse møteplassene ca. 200 mennesker som har gitt verdifulle bidrag til utarbeidelse av planen. I korte trekk kan det oppsummeres med følgende stikkord;

- Det er behov for oppdatert informasjon, og god kommunikasjon på et forståelig språk
- 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.
- Mestre, avklare forventninger, likeverdighet

Temaplanen inneholder ikke en beskrivelse av tiltak for planperioden, men angir retninger for langsiktig utvikling av tjensteområdet for å kunne tilby gode, effektive tjenester til alle som har behov for det, også i framtida.

Konkretisering og gjennomføring av planen vil skje gjennom ordinære prosesser i kommunen – og følges opp i årlige budsjettplaner og politiske saker. Fordi dette tjensteområdet er så stort og variert, og med raske endringer, ville en plan med tiltak bli fort utdatert.

Styringsinformasjon og lokalt kunnskapsgrunnlag

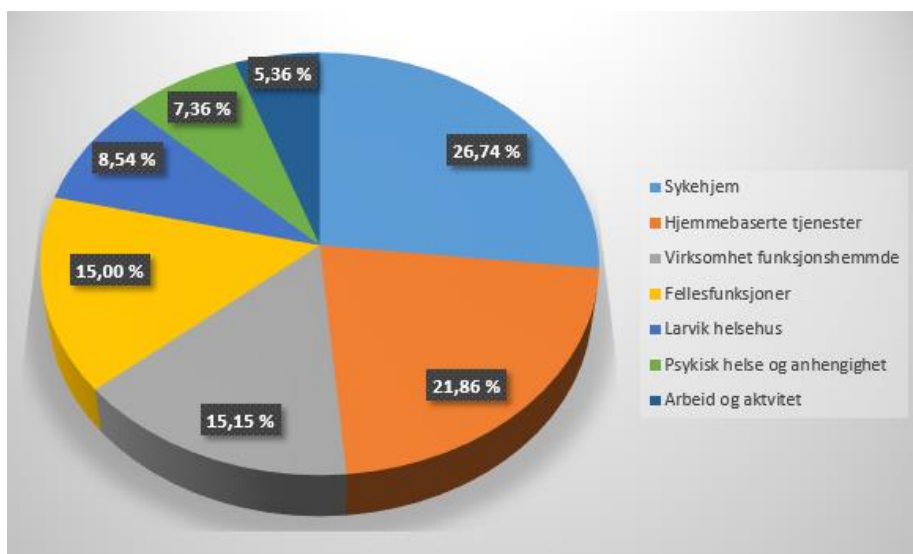
Styringsinformasjon og kunnskapsgrunnlag skal medvirke til å skape en felles forståelse av framtidige utfordringer for helse- og omsorg både som tjensteområde og i politikktutforming. Det skal være utgangspunktet for utforming av strategier, økonomiske prioriteringer og tiltak i planperioden. Styringsinformasjonen og kunnskapsgrunnlaget utgjør derfor en «grunnmur» for den videre utviklingen av planen.

Vi lever lenger enn før, og forskjellen i levealder mellom menn og kvinner blir mindre. Når det samtidig fødes færre barn og innvandringen blir mindre får det betydning for helse- og omsorgstjenestene. Det blir flere innbyggere utenfor arbeidslivet, og færre personer å rekruttere. Om økt levealder i befolkningen fører til mer helseplager, lengre tid med sykdom,

flere mennesker med demenssykdom , eller om det bare utsettes – er forskerne ikke helt enige om. Flere samfunnstrekk kan tyde på at vi også er friskere lenger.

Visste du at;

- ➔ Mens folk flest i Larvik sover, er det ca. 70 kommunalt ansatte på jobb i helse- og omsorgstjenestene, hver natt, hele året
- ➔ I april 2018 var det 1715 ansatte fordelt på 14% menn og 86 % kvinner i dette tjenesteområdet
- ➔ For hver person som skrives ut fra sykehuset som har behov for videre oppfølging i kommunen, sendes det ca. 10 elektroniske meldinger
- ➔ I Larvik er det 23 personer pr 1000 innbyggere under 67 år som mottar hjemmetjenester, og for de som er 80 år eller eldre er det 284 personer pr 1000²
- ➔ 330 personer i Larvik er 77 år i 2019. 91 % av disse mottar ingen tjenester fra helse- og omsorg
- ➔ Hvis hele budsjettet til helse- og omsorgstjenestene var ei kake, ville kakestykkene bli fordelt slik på de ulike virksomhetene¹:



Livskvalitet og opplevelse av helse

Innbyggerundersøkelser på nasjonalt nivå viser at de som har vært i kontakt med helsetjenestene i stor grad er fornøyde, men at innbyggerne i økende grad er bekymret for ulikheter i helse, og for framtidens helsevesen³.

² KOSTRA 2017

³ Helsepolitisk barometer, Kantar TNS Gallup, april 2018.

73% har gode eller svært gode erfaringer med helsevesenet



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

Denne bekymringen bekreftes i Folkehelse rapporten 2018. Ulikhetene i helse er økende, det

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

gjelder for nesten alle sykdommer og i alle aldersgrupper.

Utdanning og inntekt er en hovedforklaring på denne utviklingen. Folk med lang utdanning og god inntekt, har ofte et sunnere kosthold og er i større grad fysisk aktive enn mennesker med kort utdanning og/eller lav inntekt, (Ref.Folkehelseinstituttet). Det er grunn til å anta at ulikhetene forsterkes ved at helsevesenet i tillegg gir ulik behandling til ulike samfunnsgrupper⁴.

⁴ Forskning.no 20.juni 2018

Livskvalitet og opplevelse av egen helse påvirker helse- og omsorgstjenestene. SSBs Levekårsundersøkelse fra 2018 viser at seks av ti 80-åringene vurderer egen helse som god eller svært god, (Levekårsundersøkelsen, helseforhold, mai 2018).



Figuren over viser at de aller fleste er fornøyd med livene sine, og at det stiger med stigende alder. Det er positivt. Samtidig svarer de yngre voksne at de i mindre grad er fornøyd enn de eldste aldersgruppene (på landsbasis).

Dette er en bekymringsfull tendens som også framkommer blant ungdomsgruppene i Larvik. Ungdataundersøkelsen i 2017⁵ viser at 68 % av de som deltok i undersøkelsen er fornøyd med egen helse – mens det 4 år tidligere var 73%. Ungdomsgruppene rapporterer også i større grad enn tidligere om følelse av ensomhet og depresjon. Utviklingen krever økt oppmerksomhet både i og utenfor helse- og omsorgstjenestene fordi vurdering av egen helse er en viktig indikator for sykkelighet, bruk av helsetjenester og tidlig død.

Tjenesteutvikling og framtidsperspektiv

Det er etablert flere nye tjenester i helse- og omsorgssektoren de siste åra. Eksempler på dette er kommunens satsing på tjenester som er mer forebyggende, helsefremmende og lett tilgjengelige. Dette gjelder for ulike aldersgrupper og helseutfordringer. Friskliv og mestring, opptrening, dagtilbud for mennesker med demenssykdom og bruk av GPS er noen av tjenestene som tilbys. Dette er tjenestetilbud som har hovedfokus på å utsette eller snu en sykdomsutvikling. Samtidig har det vært en økende vektlegging av tilbud og oppfølging av pårørende, med særlig vekt på å ivareta barn som pårørende. Dette er en villet politikk for å øke innsatsen tidlig i et forløp for at innbyggerne kan kunne bo hjemme så lenge som mulig.

⁵ Ungdata er et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser. Undersøkelsen innebærer at skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring svarer på spørsmål om ulike sider ved livet sitt.

Larvik kommune 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. Legetjenesten i Larvik er de siste åra styrket med flere fastleger, bedre legetilbud i sykehjem, på legevakt og ved etablering av øyeblikkelig hjelp, døgntilbud.

I den perioden det nå planlegges for - de kommende 15 åra - vil Larvik i likhet med mange andre kommuner ha lav befolkningsvekst i yrkesaktiv alder, og størst vekst i de eldste aldersgruppene. Det skyldes (en gledelig utvikling mht) økt levealder, lite tilflytting og lave fødselstall⁶.

Larvik: 2018 – 2033 (Ref. Framsikt⁷)

	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 %
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 %

SSB har gjennomført en utgiftsberegning på bakgrunn av befolkningsframskrivning⁸. Med videreføring av samme standard og nivå på tjenestene som i dag, vil det for Larvik bety en

⁶Utviklingen viser en positiv befolkningsøkning første halvdel 2018

⁷ Befolkningsprognosen er noe justert i [strategidokumentet 2019 -2022](#)

Økning av utgiftene for de neste 5 åra (2019 – 2023) på 67 millioner kroner totalt. Det vil være en reduksjon i utgifter til barnehage, og en beregnet økning på ca. 64 millioner kr. for aldersgruppen 67 – 79 år, og 39 mill kr i aldersgruppen 80 – 89år⁹.

Den befolkningsutviklingen som er ventet i Larvik i planperioden som temaplanen skal gjelde for, tilsier at det blir færre mennesker i yrkesaktiv alder, og betydelig flere pensjonister. Det får betydning for planleggingen. Dersom Larvik skal ha samme dekningsgrad på sykehjem og botilbud med heldøgns omsorg som i dag vil behovet øke kraftig fram mot 2032.

For å illustrere dilemmaet er det beregnet at antall innbyggere over 80 år øker med 1658 personer fram til 2032, mens antallet i yrkesaktiv alder (minus 10 % uføre som i dag i Larvik) i samme periode øker med 575. Hvis samme prosentandel av arbeidsstyrken skal jobbe i den kommunale helse – og omsorgstjenestene som i dag, vil det tilsa en økning på ca. 38 personer.

Selv om befolkningsprognoser og framskrivninger er usikre, er det grunn til å anta at demografiutvikling, sammen med de endringsfaktorene som kommer fram i temaplanens kunnskapsgrunnlag og styringsinformasjon, utgjør en alvorlig utfordring for helse og omsorgstjenestene. Utviklingen kan møtes på mange måter, og det er mulig å påvirke den ved å utnytte de mulighetene som ligger i det lokale handlingsrommet.

Veivalg

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

Utviklingen gir både utfordringer og muligheter. 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 ønsker å leve selvstendig, i gode felleskap, bo i egen bolig så lenge som mulig og som er ekspert i sitt eget liv.

Det er utviklet 6 veivalg for å sikre gode, effektfulle og likeverdige helse- og omsorgstjenester også i de kommende årene. Veivalgene skal medvirke til å avklare forventningene.



⁸ juni 2018, MMMM alternativet

⁹ Ref. Larvik kommune, Framsikt.

De skal fungere som lokalpolitiske retningsendringer for å styrke handlingsrommet, og bidra til et tjenestetilbud i tråd med overordnede samfunns mål. Ikke for bestemte sykdommer eller aldre, men for innbyggere som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Veivalg 1. Tilrettelegge for mestring

Ett år har 8760 timer. De fleste av disse timene tilbringes uten helsefaglig personell og profesjonelle omsorgstjenester – uavhengig av diagnoser og funksjonsnedsettelse - 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 «føre var».

Veivalg 2. Nærmest mulig, så lenge som mulig.

Noen 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 samarbeid med brukeren i eget hjem og i nærmiljøet ved å ta i bruk ressurser i nære omgivelser og velferdsteknologiske hjelpemidler.

Larvik kommune har de siste åra etablert flere tilbud til pårørende, blant annet innenfor tjenesteområdet psykisk helse/avhengighet og mennesker med demenssykdom. 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.

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 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.

Veivalg 4. Trygge overganger.

Det er en økning av pasienter med mange, samtidige sykdommer, (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.



Gjennom brukerundersøkelser, tilsyn og avvik framkommer det gang på gang at overgangene mellom tjenestenivåer utfordrer pasientsikkerheten og tjenestenes kvalitet. Dette gjelder både horisontale overganger mellom sykehus, kommune og fastleger, og vertikale - innen primærhelsetjenesten eller internt i helse og omsorgstjenestene. Eksempler på dette kan for eksempel være svikt ved legemiddelhåndtering, informasjonssvikt med alvorlige følger, og pasienter som mangler epikrise når de skrives ut av sykehuset.

Det betyr at det systematisk må tas i bruk metoder og arbeidsverktøy for å utvikle og kvalitetssikre tjenesteforløp, og styrke samhandlingen med viktige aktører som fastleger og sykehus.

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. Utviklingen krever 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. 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.

«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).

Veivalg 6. Seniorkraft i eldrebølgen.

Alderdommen er mangfoldig, og det er ingen sykdom å bli gammel. Betydelige samfunnsressurser ytes i lokalsamfunnet gjennom eldre menneskers frivillige 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 vil økende alder gi flere helseutfordringer for de fleste av oss. Eldre innbyggere med behov for heldøgns tjenester skal først og fremst sikres dette gjennom utvikling av nærmiljøene, bolig- og institusjonstilbud.

Gjennom samskaping og samarbeid med frivillige og private aktører, enkeltpersoner og andre deler av kommunen, skal engasjement og ressurser ivaretas og videreutvikles. Kommunen skal for eksempel bygge videre på eksisterende nærmiljøer, livsgledekonseptet på institusjoner, og regjeringens reform for et mer aldersvennlig samfunn, som «Leve hele livet» .

Fra plan til gjennomføring

Åpenhet, tillit 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 tillit 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 i tett samarbeid med andre.

Strategiene, virkemidlene og tiltakene skal være fundamentert på dette grunnlaget, og utformes i et aktivt samspill mellom politikere, ansatte og medborgere.

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.

Gjennomføringen vil først og fremst komme til uttrykk gjennom:

- Strategidokumentet og økonomiplanen som vedtas av kommunestyret i desember hvert år
- Kommunalsjefsområdets ledelse og virksomhetsstruktur
- Dialogprosesser, brukermedvirkning og samskaping på ulike nivåer
- Gjennom politisk behandling av enkeltsaker
- Oppdatert og tilgjengelig styringsinformasjon med analyser og faktagrunnlag

Virker det?

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. Endring i relasjonen vil også kunne endre innbyggernes forståelse av eget ansvar og forventninger til helse- og omsorgstjenestene. Samtidig vil den digitale utviklingen gi brukeren helt andre muligheter enn tidligere til å mestre og å følge opp egne helseutfordringer.

Forskning og evalueringer viser at helsetjenestene blir mer kostnads- og resultateffektive 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).

For å kunne utvikle pasientens helsetjeneste må brukerne involveres i hele tjenesteforløpet, så tidlig som mulig. Brukeropplevd kvalitet må innarbeides og benyttes som kunnskapsgrunnlag for tjenesteutøvelsen på alle nivåer.

Tillit og trygghet utvikles gjennom åpenhet, dialog og kunnskap. 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 kunnskaps- og analysearbeidet være tilgjengelig, åpent og av god kvalitet. Samtidig må politiske beslutningstakere få tilbakemeldinger om samfunnsnyttene av de ressursene som bevilges. Dette vil bidra til trygghet og tillit i lokalsamfunnet.

Vedlegg. Oversikt over de ulike virksomhetsområdene. Hva hører til, hvor.

ⁱ Sykehjem

- Drift av sykehjemsavdelinger inkl. korttidsplasser, langtidsplasser, demensavdelinger
- Hjemmetjenester i Kvelde og Lardal knyttet til sykehjemsdrift
- Dagsentra og dagaktivitetstilbud
- Felles produksjonskjøkken
- Felles vaskeri
- Hukommelsesteam (utredningsteam demenssykdom)

Hjemmebaserte tjenester

- Helsetjenester (hjemmesykepleie) i hjemmet samt praktisk bistand/rengjøring
- Sykehjem ved Sjøbakken sykehjem – 12 plasser
- Dagsenter Bøkeskogen
- Omsorgsboliger med heldøgns bemanning
- Ergoterapi, fysioterapitjenester og hverdagsrehabilitering
- Hjelpemiddelsentral
- Kreftkoordinator

Virksomhet funksjonshemmede

- Praktisk bistand/opplæring og helsetjenester (ambulant eller i samlokalisert bolig)
- Avlastning (avlastningsbolig, privat avlastning og tiltak i hjem)
- Koordinering av hjelpetiltak
- Veiledning til pårørende og foreldre
- Lavterskeltiltak barn og unge

Fellesfunksjoner Helse og Omsorg

- Tjenestekontoret, inkl. støttekontakter, omsorgslønn og BPA
- Kommuneoverlege, fengselshelsetjeneste og øvrige legetjenester inkl. tilskudd til kommunens fastleger
- Miljørettet helsevern og koordinering av kommunens folkehelsearbeid
- Velferdsteknologi, Ikt, administrative støttefunksjoner, biladministrasjon og utviklingsprosjekter
- Det nasjonale aldershjem for sjømenn, tilskudd og oppfølging

Helsehus

- Drift av spesialavdelinger på Byskogen sykehjem: Kommunale akutte døgnplasser, avklaringsavdeling, korttidsavdeling og lindrende avdeling
- Legevakt, migrasjonshelse og vaksinasjonskontor og ambulant sykepleierteam

- Helsehjelpen
- Presteløkka rehabiliteringssenter

Psykisk helse og avhengighet

- Tidlig intervensjon – ulike mestringskurs, korttids kognitiv terapi
- Ambulerende tjenester – praktisk bistand/opplæring og helsetjenester i hjemmet, eksponeringstrening, støttekontakt, samtaleterapi, lavterskel tiltak
- Botiltak med del-/heldøgns bemanning
- Heldøgns omsorgsplasser i institusjon (1 avdeling på Byskogen sykehjem)
- Friskliv og mestring; Frisklivssentral, Pårørendesenter og Læring og mestringscenter

Arbeid og Aktivitet

- Arbeids-/aktivitetstilbud til personer med nedsatt funksjonsevne eller rus og psykiske helseutfordringer
- Støttesamtaler og kompetanseheving til begge grupper
- Sosial arena for eldre og andre (nærmiljøsentre) inkl. matservering