



FARSUND
KOMMUNE
-kysten er klar!

«Fremtidens helse og omsorgsplan 2017-2027»



Vedtatt av kommunestyret 8.3.2018

Innhold

INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	5
HANDLINGSPLAN 2017 – 2022	6
MANDAT OG ARBEIDSMÅTER	10
SENTRALE DOKUMENTER OG FØRINGER	11
Styringsdokumenter	11
Sentrale føringer:	11
FORHOLD SOM PÅVIRKER TJENESTEUTVIKLINGEN I ÅRENE FREMOVER	12
Inntekts- og velferdsutvikling	12
Utdanningsnivå	12
Utviklingen i arbeidsmarkedet	13
Medisinsk - teknologisk utvikling	13
Rusmiddelbruk	13
Demensutvikling	14
NOEN NØKKELTALL	15
RESSURSBRUK/ENDRINGER I TJENESTEYTINGEN	15
PLASSER I INSTITUSJON OG HELDØGNSBEMANNET BOLIG	17
UTVIKLING I BISTANDSBEHOV	19
MOTTAKERE AV HJEMMETJENESTER	22
KOMPETANSE I TJENESTEYTING	25
MÅL, STATUS OG UTFORDRINGER I HELSE-OG OMSORGSTJENESTENE I FARSUND KOMMUNE	26
ORGANISERING:	26
Sammenhengende tjenester:	26
Utnyttelse av kompetanse på tvers av enheter:	26
Tjenester med nærhet og tilgjengelighet for innbyggerne:	26
Ressurssparende løsninger med minst mulig tid til forflytting av personell eller brukere:	27
Oppfølging av hjemmeboende med demens:	28
Turnus, arbeidstidsløsninger:	28
FACT- team	29
LEDELSE:	29
Ledertetthet:	30
Endrings, utviklings og innovasjonskompetanse:	31
Kvalitet og pasientsikkerhet forankret i ledelsen	31
Ledere med tilgang på nødvendig helse- og sosialfaglig kompetanse:	32
PROAKTIVE OG FOREBYGGENDE TJENESTER	33

Omsorgstrappen:.....	33
Forebyggende, oppsøkende virksomhet i forhold til hjemmeboende eldre:	34
«Demensvennlig samfunn»:	34
Tidlig oppdaging av sykdom og forverring av kjent sykdom:	34
Lærings og mestringstiltak:	35
Rehabilitering og habilitering:	35
Tilrettelagte aktivitets- og sysselsettingstilbud:.....	35
Organisering av kommunens aktivitetstilbud:	39
Forebygge under- og feilernæring:	39
Legemiddelgjennomgang	39
KOMPETANSE OG REKRUTTERING	40
Kompetanseutviklingen i stillinger i enhetene.....	40
Utdanninger og videreutdanninger:.....	42
Rekruttere og beholde kompetanse:	44
Sikre tverrfaglighet og spisskompetanse i rekruttering:	45
«Menn i Helse»:.....	45
BOLIGER OG BOFORMER.....	46
Tilrettelegging av private boliger/boligplanlegging:	46
Kommunale utleieboliger:.....	46
Boligbygging som middel i integrering:	47
Boliger til mennesker med rusproblemer:	47
Samlokaliserte boliger til brukere med sammensatt og omfattende problematikk:.....	47
Tilstrekkelig antall korttidsplasser:.....	48
Institusjonsplasser eller boliger tilrettelagt for heldøgns omsorg	49
Fremtidig behov for heldøgnstjenester.....	51
BRUKERENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTE	53
Fokus på brukers ressurser og mål:.....	53
Brukermedvirkning:	53
Samhandling mellom psykisk helsetjeneste og de øvrige helse- og omsorgstjenestene:	54
Ettervern:.....	55
Samarbeid med pårørende:	55
Helse- og omsorgstjenester til flyktninger og innvandrere:.....	55
Koordinator og individuell plan:	56
BARN OG UNGE	56
Målrettet tilbud til utsatte familier med små barn:	57
Samarbeid og koordinering:	57

Tilpasse helsestasjons- og skolehelsetjenestens innhold og arbeidsformer til dagens og fremtidens utfordringer:	57
Psykologkompetanse i kommunen:	58
TEKNOLOGI; INNOVASJON OG UTVIKLING	58
Lean:	58
Teknologiske løsninger i effektivisering, kvalitetssikring og dokumentasjon av tjenestene:	59
«Hjelpemiddelbasen XL+»	59
Økt kunnskap om hjelpemidler og teknologi hos helse personell og økt vilje til å prøve ut og ta i bruk nye produkter:	60
Tilgjengelig velferds og omsorgsteknologi er en naturlig del av tjenestetilbudet:	60
Telemedisinske løsninger er en naturlig del av helseoppfølgingen for enkelte pasientgrupper: .	60
Boliger er tilrettelagt for å ta i bruk teknologiske løsninger ved behov:	61
Oppsummering teknologi:.....	61
ØYEBLIKKELIG HJELP OG LEGETJENESTER	62
Legevaksordningen:	62
Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KØH):	62
Helseoppfølging til innbyggere med psykisk helse og rusutfordringer:.....	63
Fastlegehjerner som er tilpasset befolkningsutvikling:	63
Fastlegenes deltakelse i allmenlegeoppgaver i kommunen:	64
Kommunelege:	65
VEDLEGG 1.....	66
Gjennomføring av tiltak som var påbegynt i 2012 jamfør handlingsplanen som ble vedtatt i 2012	66
VEDLEGG 2.....	67
GJENNOMFØRTE TILTAK I PERIODEN JFR. HANDLINGSPLANEN	67
VEDLEGG 3.....	73
ORGANISERING AV TJENESTENE – FORSLAG TIL VIDERE ARBEID	73

INNLEDNING

Helsedirektoratets rapport Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren ¹ sier følgende om viktigheten av et godt planverk: «*Evaluering av omsorgsplan 2015 viser at de kommunene som har utviklet et godt planverk raskere kan planlegge for og tilpasse seg endrede omsorgsbehov i befolkningen enn de kommunene som ikke har gjort det. Lokale omsorgsplaner har en positiv effekt på omstillingsevnen*».

Farsund kommune vedtok «Fremtidens helse og omsorgsplan 2012-2021» i 2012. Planen har vært et viktig og avgjørende redskap i utformingen av kommunens helse og omsorgstjenester siden denne ble vedtatt. Sentrale føringer, utfordringer og utvikling innenfor helse og omsorgstjenestene endrer seg raskt og det er viktig at kommunen har helse- og omsorgstjenester som er fleksible, endringsdyktige, innovative og som kan tilpasse tjenestetilbudene etter brukernes behov og innenfor de rammer som kommunen til enhver tid vil råde over. På bakgrunn av dette er det nå nødvendig med en evaluering og rullering av eksisterende plan. I planen er helsebegrepet definert til å omfatte både den psykiske og fysiske helse til kommunens innbyggere.

I planen er det tatt utgangspunkt i følgende tilnærming til begrepet god helse:

God helse vil si å oppleve trygghet, mening og verdi i eget liv og, ut fra de ressurser og muligheter vi har, kunne mestre de utfordringene vi står ovenfor. Det er nødvendigvis ingen motsetning mellom det å leve med sykdom og det å kunne oppleve det gode og meningsfulle liv.

Planen fra 2012 omtaler tjenesteområdenes utfordringer i årene som kommer og omfatter helse- og omsorgstjenester til både barn, unge, voksne og eldre innbyggere uavhengig av diagnose. Planen inneholder visjoner, mål, strategier og tiltak for å møte de utfordringer som vi har i dag og utfordringer som vil komme i løpet av planperioden.

I tillegg til planen ble det i vedtatt en konkret handlingsplan som bygger på denne overordnede planen. Hovedtrekkene i planen slik den ble vedtatt i 2012 var følgende:

- Styrking av hjemmetjenestene og økt fokus på tidlig innsats, mestring og opptrening
- Økt kompetansenivå innenfor de ulike tjenestene
- Utnytte aktivt mulighetene innenfor omsorgs-, velferdsteknologi og telemedisin
- Bygge opp tilrettelagte boligtilbud for demente
- Øke antall boliger med muligheter for tilknyttet personell for alle alders og brukergrupper
- Bygge opp tilstrekkelig antall korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter med stort behandlingsbehov, døgnbasert ø-hjelp, avlastning, rehabilitering, lindring og andre korttidsopphold
- Styrke det tverrfaglige arbeidet
- Utvikle forvaltningsenheten til en koordinerende enhet for rehabilitering, habilitering og individuell plan.
- Styrke likebehandling og tverrfaglighet ved å overføre all saksbehandling etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester til forvaltningsenheten
- Styrking av aktivisering og sysselsettingstiltak
- Styrking av forebyggende og helsefremmende tiltak
- Øke samarbeidet med pårørende, frivillige, lag og foreninger

Oversikt over gjennomførte tiltak i handlingsplanen i perioden 2012 -2017 ligger som vedlegg til planen og gir bakgrunn for og sammenheng med den nye handlingsplanen.

¹ IS 2469 (2015/2016) Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren

SAMMENDRAG

Rulleringen av helse- og omsorgsplanen har vært et omfattende og tidkrevende arbeid og den ferdige planen viser det stadig økende spekteret av kommunale oppgaver og det store spennet i mottakere av ulike tjenester som daglig ivaretas av kommunens ansatte.

Planen gir en oppsummert oversikt over føringer, lovendringer og forskrifter som påvirker helse- og omsorgstjenestene som kommunen skal yte. Planen gir også en kort oversikt over forhold som antas å ville kunne påvirke tjenesteutviklingen i årene framover.

Utviklingen av befolkning, tjenestene, tjenesteytingen og tjenestemottakere i perioden fra 2010 til 2016 er illustrert med en del nøkkeltall fra blant annet KOSTRA.

Rulleringen gjenspeiler det økte brukerperspektivet formulert i en overgang fra «Hva er i veien med deg?» fokus til «Hva er viktig for deg?» Denne fokusendringen og forventninger om mer helhetlige og sammensatte tjenester gjør det nødvendig også å se på organisatoriske endringer.

Handlingsdelen av planen bygger på følgende hovedområder:

- Organisering
- Ledelse
- Proaktive og forebyggende tjenester
- Kompetanse og rekruttering
- Boliger og boformer
- Brukerens helse- og omsorgstjenester
- Barn og unge
- Teknologi, innovasjon og utvikling
- Øyeblikkelig hjelp og legetjenester

I rulleringen er spesielle forhold knyttet til enkelte målgrupper/diagnoser lagt inn under de ulike hovedområdene i handlingsplanen. Dette er et bevisst valg som bygger på at innbyggere skal ha de samme muligheter og rettigheter og at alle skal ivaretas i forhold til bolig, helsetjenester, fritidsaktivitet, teknologi osv. uavhengig av sin diagnose.

Status, utfordringer og mål under de ulike områdene i handlingsplanen omtales spesielt og dette kan gi nyttig informasjon i forhold til å forstå de ulike tiltakene i handlingsplanen. Samtidig er det slik at områdene henger nøye sammen, påvirker hverandre og derfor bør leses i en sammenheng.

HANDLINGSPLAN 2017 – 2022

IGANGSATTE TILTAK PR. 2017
<u>Organisering av tjenestene</u>
Felles enhet for forebygging og koordinering
Prøve ut FACT- team i oppfølging av rus og psykisk helse
Felles oversikt kompetanse/spisskompetanse
Mottak av alarmer og sensorteknologi direkte til ansatte i drift
«Spider» - elektronisk planlegging av kjøre- og arbeidslister i hjemmetjenestene
«Virtuell rehabilitering» – utprøving av fysioterapi med avstandsoppfølging *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 100 000
Elektroniske medikamentdispensere
Hele stillinger gjennom alternative turnuser
Telemedisinsk oppfølging av pasienter med kronisk sykdom- «TELMA»
Digitale natt- tilsyn
Elektronisk pasienttavle
<u>Ledelse</u>
Videreutdanning/master ledelse
LEAN som metode i utviklings og forbedringsarbeid
<u>Kompetanse og rekruttering</u>
ABC- utdanninger *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 61 500
Støtte til bachelorutdanninger *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 145 000
Støtte til videreutdanning/master *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 275 000
Støtte til fagbrev voksne *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 60 000
Opplæring BPA (Brukerstyrt personlig assistanse) *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 100 000
Øke andel høyskoleutdannede i brukerretnede tjenester
Redusere andel ufaglærte i brukerretnede tjenester
Støtte til fagskole *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 20 000
<u>Proaktive og forebyggende tjenester</u>
Endring av holdninger, kultur og arbeidsmåter i tjenestene
Implementering av Hverdagsrehabilitering *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 100 000
Forebyggende hjemmebesøk
Fallforebygging *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 100 000
TILT- tidlig identifisering av livstruende tilstander

Aktivitetstilbud unge sosialhjelpsmottakere
Prosjekt aktivitetskontakter som alternativ til støttekontakter *Tilskudd fra Helsedirektoratet kr. 670 000
Aktivitetsgrupper for mennesker med rusproblemer
Rehabilitering og habilitering
Aktivitetstavle *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 150 000
Sang i eldreomsorgen
Legemiddelgjennomgang
«Hva er viktig for deg?» - fokus i tjenestene
Ernæringskartlegging
Økt antall plasser dagtilbud demente *Tilskudd fra Helsedirektoratet kr. 355 900
Utprøving GPS som hjelpemiddel – demente
<u>Boliger og boformer</u>
Igangsatt bygging av 32 tilrettelagte boenheter med bemanning
<u>Brukernes helse og omsorgstjenester</u>
«Hva er viktig for deg?» - fokus på brukers ressurser og mål
Medarbeider med brukererfaring i psykisk helse og rus – prosjekt *Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 330 000
Utarbeidet informasjonsfolder om tjenester/tiltak rus og psykisk helse
Koordinator til alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester
Teknologi i kommunikasjon mellom bruker, pårørende og tjenester
<u>Barn og unge</u>
Rekruttere psykolog innen 2020 *Tilskudd fra Helsedirektoratet kr. 400 000
BTI- bedre tverrfaglig innsats
Prosjekt - Økt fysioterapeutoppfølging fra fødsel til og med 4 års kontroll *Tilskudd fra Helsedirektoratet kr. 240 000
<u>Teknologi, innovasjon og utvikling</u>
Nytt anlegg for mottak av alarmer institusjon og hjemmetjenester
«Hjelpemiddelbasen XL+» - logistikk ift. hjelpemidler og teknologi
<u>Øyeblikkelig hjelp og legetjenester</u>
TILT- tidlig identifisering av livstruende tilstander
Døgnbasert KØH utvidet til psykisk helse og rus fra 1. januar 2017
Legemiddelgjennomgang
*Samlet eksterne tilskudd til prosjekter/nye tiltak 2017: kr. 3 107 400

NYE TILTAK 2018 - 2025

Organisering

Felles Enhet for aktivitet og mestring (PBO/Aktivitetstilbud)

Utrede/vurdere organisering av natt- tjenestene

Utrede/vurdere organiseringen av hjemmetjenestene

Utrede/vurdere organiseringen av boliger med tilknyttet bemanning

Utrede/vurdere organisering av resterende institusjonstjenester

Utrede/vurdere organisering av resterende tjenester funksjonshemmede

Turnusløsninger som gir hele stillinger

Tilrettelegge for aktiv deltakelse pårørende og frivillige

System for strukturert oppfølging av hjemmeboende demente og deres pårørende

Ledelse

Vurdere ledertetthet i forbindelse med ny organisering av tjenester

Økt kompetanse innen endrings-, innovasjons- og utviklingsledelse

Tydeliggjøring av lederroller

Sikring av ledelsesforankret kvalitetsutvikling og kontroll

Økt kompetanse innen prosjektledelse

Proaktive og forebyggende tjenester

Målrettet og rask tilrettelegging av hjelpemidler og teknologi i brukerens hjem

Utvidet åpningstid aktivitetstilbud demente

Utvidet tilbud Friskliv, Lærings- og mestringstiltak

Bistå i opprettelse av selvhjelpsgrupper

Fallforebygging og fysisk aktivitet inn i alle aktivitetstilbud, boliger og institusjoner

Ernæring - endret måltidsfrekvens og tidspunkter for måltider

Vurdere «Demensvennlig samfunn» i Farsund

Utredning/utprøving av modeller for sysselsetting av utviklingshemmede

Øke aktivitet/arbeid for mennesker med rus og psykisk helse utfordringer

Sertifisering « Livsgledekehjem» /inkludert ansettelse av livsgledekonsept (50% st)

Kompetanse og rekruttering

Øke tverrfaglighet i tjenesteytingen

Videreutvikle system for felles utnyttelse av kompetanse

Øke kompetansen innen forebygging og håndtering av utfordrende atferd

Øke samhandlings- og samarbeidskompetanse

Utarbeide handlingsplan for kompetanse og rekruttering

Vurdere deltakelse «Menn i helse»

Øke kompetansen innen psykisk helse hos eldre

Øke kompetansen innen traumbasert omsorg

Øke kompetansen innen psykisk helse hos mennesker med utviklingshemming

<u>Boliger og boformer</u>
Bidra til at innbyggere selv tilrettelegger boligen sin for sykdom og alderdom
Bidra til at innbyggere anskaffer seg tilrettelagt bolig selv
Strategi for spredte boenheter i vanlige bomiljø for mennesker med bo-utfordringer
Forsere byggetrinn 2- bygging av 16 omsorgsleiligheter med tilknyttet bemanning i Vanse til 2020
Øke tilgangen til korttidsplasser ved FOS
Vurdere utprøving av «Fra leie til eie»
Vurdere andre boliger som erstatning for Sundeveien 8
Vurdere bruk av ledig kapasitet i bemannede boliger i enhet for funksjonshemmede
<u>Brukernes helse og omsorgstjenester</u>
Utvikle system for aktiv kommunikasjon mellom pårørende og tjenestene
Økt samhandling mellom psykisk helsetjeneste, rus og øvrige helse- og omsorgstjenester
Sikre tilgjengelighet etter kontortid for brukere med psykisk helse/rus- problematikk
Sikre hverdagsrehabilitering som ordinær tjeneste i alle hjemmetjenester
Ta i bruk avtaler for samarbeid med pårørende og frivillige
Personsentrert omsorg for demente i sykehjemsavdelinger og hjemmetjenester
Sikre kompetanse innen migrasjonshelse
Samordnet ettervern for brukere som kommer tilbake fra behandling og soning
Funksjonen kreftkoordinator foreslås løst med en egen stilling, gjerne i samarbeid med andre Listerkommuner.
<u>Barn og unge</u>
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste tilpasset dagens og fremtidens utfordringer
Implementering av BTI i Farsund kommune
<u>Teknologi, innovasjon og utvikling</u>
Veiledning/rådgiving til innbygger som bygger/renoverer eksisterende bolig
Teknologi som redskap i samhandling med pårørende til utviklingshemmede
Teknologi som redskap i samhandling med pårørende til demente
Motiview i aktivitetstilbud, institusjoner og bemannede boliger
Velferds og omsorgsteknologi er en naturlig del av tjenestetilbudene
Avstandsoppfølging (telemedisin) som naturlig del av hjemmebaserte tjenester
<u>Øyeblikkelig hjelp og legetjenester</u>
Sikre god individuell oppfølging fra fastlegene for beboere i boliger med tilknyttet bemanning
Fortløpende vurdering av behov for øking i fastlegehjemler
Sikre stabil kommunelegefunksjon
Utvide tilsynslege- tjenester ved institusjonstjenestene

MANDAT OG ARBEIDSMÅTER

*Kommunestyret vedtar revisjon av eksisterende Helse og omsorgsplan 2012-2021
Helse og omsorgsutvalg er ansvarlig planutvalg og styringsgruppe for arbeid med Revisjon av helse og omsorgsplan*

Rulleringen av planen må blant annet omfatte følgende vurderinger:

- Er det fornuftig at nye heldøgnplasser organiseres som omsorgsleiligheter slik gjeldende plan legger opp til?*
- Er det antallet heldøgnplasser det så langt legges opp til tilstrekkelig gitt det vi nå vet om behov og befolkningsutvikling? Dette punktet må også vurderes opp mot ny lovgivning med rettighetsfesting samt ny innretning på statlige tilskuddsmidler.*
- Er avdelingen med ansvar for tilrettelegging av boligen for dem som skal ha pleie i eget hjem tilstrekkelig bemannet og godt nok organisert? Det tenkes her på montering av trykghetsalarm, tilpasset seng, elektronisk lås, andre hjelpemidler, annen velferdsteknologi etc.*
- Er antallet korttidsplasser på institusjon tilstrekkelig?*
- Er hjemmesykepleien organisert slik at vi får et godt og likeverdig tilbud i hele kommunen?*
- Er det mulig å organisere tjenestene mer rasjonelt ved mer sammenslåing/samløkalisering av enheter?*
- Hvordan kan kommunen medvirke til at det er tilgjengelig trygge og sentrale botilbud til dem som fortsatt skal bo hjemme men som er utrygge eller har bolig som er uegnet i forhold til egen helsesituasjon? Det tenkes her på leilighetsbygg med fellesarealer og enkel tilgang på pleie.*

Vedtatt i kommunestyret sak 16/85

I arbeidet med rulleringen av planen har følgende aktiviteter vært gjennomført:

- Innhenting av aktuell informasjon fra nøkkelpersoner i enheter
- Åpne møter med alle enheter der ansatte ble oppfordret til å komme med innspill til planen, - samt gi innspill via mail i etterkant av møtene
- Idemyldring/workshop knyttet til organisering av tjenestene med deltakelse fra ledere, fagledere, nøkkelpersoner og tillitsvalgte
- Arbeidsgrupper i forhold til nye måter å organisere tjenestene på.
- I brukerutvalgene
- Forslag presentert i månedlig møte med hovedtillitsvalgte og verneombud

I tillegg er innspill til forbedringer fra brukerundersøkelsen «Hva er viktig for deg?», som ble gjennomført innen målgruppen rus og psykisk helse i 2015, tatt med i handlingsplanen.

SENTRALE DOKUMENTER OG FØRINGER

Styringsdokumenter

De viktigste styringsdokumenter som denne planrulleringen bygger på er:

- Kommuneplan for Farsund kommune 2009-2020, - innholdet er tilpasset ny samfunnsdel i kommuneplan 2018-2030
- Helse og omsorgsplan 2012- 2021
- Folkehelse og likestillingsplan 2015 – 2019
- Kommunal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester. (sak PS 33/2017)
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (helse og omsorgstjenesteloven)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)
- Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven)
- St.meld.nr. 19 (2015) Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- St.meld.nr.25 (2005 – 2006) «Mestring, muligheter og mening». «Framtidas omsorgsutfordringer».
- Demensplan 2015
- Omsorgsplan 2015
- Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2021)
- St.meld. nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. «Rett behandling – på rett sted – til rett tid.»
- NOU 11:2011 Innovasjon i omsorg
- NOU 2016: 17 «På lik linje — Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming»
- Ny veileder: Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015)
- IS- 2375 Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. «Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester»
- IS 2469 (2015/2016) «Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren. Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren»

Sentrale føringer:

- Både stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) og stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) har som målsetting at tjenestemottakere skal ta ansvar for eget liv og være delaktige i å utvikle egne tjenester. De skal også kunne beholde sin integritet og selvstendighet så langt som mulig, selv om sviktende helse og funksjonsnedsettelse gjør at man trenger kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse tjenestene skal gis etter individuelle vurderinger i den utstrekning det er behov for.
- Tjenestene skal gis i eget hjem så lenge det er mulig, deretter i tildelt omsorgsbolig hvor tjenestemottakeren betaler husleie og får tilpassede tjenester etter enkeltvedtak.
- Institusjonsplasser benyttes i hovedsak i form av korttidsopphold.
- Koordinerte og sammenhengende tjenester, -unngå «silo-tjenester», - krav om økt samarbeid mellom ulike kommunale tjenester for brukere med sammensatte behov
- Nærhet til tjenester.
- Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykiatri og rus fra 2017 og kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud også innen psykisk helse og rus fra 2017
- Økt brukerfokus og brukermedvirkning
- Komplekse helse- og omsorgstjenester stiller høyere krav til faglig ledelse på alle nivå

- Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene krever både høyere kompetanse og mer sammensatt kompetanse. Blant annet vil kommunen få mer ansvar innen rehabiliteringsfeltet
- Tjenestene må utvikles ut fra pasientens behov og ikke ut fra diagnoser og profesjoner. Diagnoserelaterte tilbud er lite bærekraftige.
- Dreining av ressursene i retning av forebyggende arbeid og tidlig oppfølging. Kommunen får mer ansvar for veiledning, lærings og mestringstilbud
- Økt fokus på barn og unge. En god tjeneste til barn og unge forutsetter at deltjenester henger sammen på tvers av sektorer i kommunen. Det gjelder blant annet barnehagen og skolen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern, fastlegene, psykologene og tannhelsetjenesten. Alle kommuner skal ha psykolog fra 2020
- Et folkehelsearbeid hvor det skal legges særlig vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid. Føringer om å prioritere bolig, arbeid og aktivitet samt forebyggende tiltak innen rusfeltet.
- Demografiske utfordringer søkes løst ved økt bruk av velferdsteknologi
- Økende grad av asylsøkere, og økt krav til bosetting av flyktninger gir andre krav til helse- og omsorgstjenestene.

FORHOLD SOM PÅVIRKER TJENESTEUTVIKLINGEN I ÅRENE FREMOVER

Noen helt eksakte tall på behovene for fremtidige helse- og omsorgstjenester vil være umulig å fastslå men Stortingsmelding nr. 25² peker på noen forhold som antas å påvirke behovet for tjenester:

«De demografiske endringene vil de neste tiårene trekke i retning av en større etterspørsel etter omsorgstjenester. Demografien er imidlertid ikke den eneste drivkraften bak framtidens behov og etterspørsel etter tjenester. Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. Framtidens brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere som krever et mer mangfoldig tjenestetilbud. Ulike samfunnsforhold påvirker også i stor grad helsetilstand og funksjonsevne.»

Dette er forhold det enkelte individ bare i begrenset grad kan påvirke, men som må løses i samfunnsfellesskapet. Eksempler på slike samfunnsforhold er f.eks:

Inntekts- og velferdsutvikling

Et framtidig velferdssamfunn forutsetter at alle bidrar med sitt og at den enkelte innbygger tar et medansvar både for fellesskapets ordninger, ansvar for tilrettelegging av egen bolig og deltakelse i det sivile samfunn. Dette innebærer klare forventninger til aktiv deltakelse, istedenfor tilbaketrekning, - spesielt i forhold til en voksende seniorbefolkning med økte ressurser, både helsemessig, utdanningsmessig og økonomisk.

Familie- og velferdspolitikken må gi muligheter til å kombinere høy yrkesaktivitet med høy fødselsrate og god omsorgsevne for barn og eldre.

Utdanningsnivå

Forskning viser klar sammenheng mellom utdanningsnivå og helsesituasjon.³ I Norge har levealderen økt for alle utdanningsgruppene siden 1960-tallet, men gruppene med lang utdanning har hatt den beste utviklingen. Antakelsen er at utdanning bestemmer de levekårene menneskene lever under gjennom livsløpet, og dermed også hvilke helsebelastninger eller helsefremmende forhold personene utsettes for.

² St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening

³ Telemarksbarometeret – Telemark fylkeskommune/Fylkesmannen i Telemark

Det kan være flere forklaringer på hvordan utdanning påvirker helseatferden i befolkningen. En antakelse er at høyt utdannede vil være mer tilbøyelig til å ta til seg kunnskap og informasjon om hva som er god helseatferd (og visa versa). Sammenhengen mellom utdanning og helse kan også skyldes at lavt utdannede har dårligere økonomi noe som begrenser muligheten for å kunne velge en sunn helseatferd. En annen forklaring kan være at lavt utdannede ofte ender opp i arbeid som er mer fysisk eller miljømessig belastende og at en belastende arbeidssituasjon kan være en faktor som påvirker helseforskjellene.

Utviklingen i arbeidsmarkedet

Arbeid gir først og fremst økonomisk trygghet, sosiale relasjoner og personlig vekst. Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og er en viktig del av identiteten for mange.

Flere studier tyder på at tap av arbeid gir dårligere psykisk helse, mens retur til arbeid påvirker den psykiske helsa i positiv retning⁴. Et viktig mål i helsearbeidet vil derfor være å sikre at færrest mulig ikke kommer inn i arbeidsmarkedet eller faller ut av arbeidslivet.

Men arbeidsplassen kan også være et helsefarlig sted. Programmet Arbeid og helse har gitt ny kunnskap om helsefarene, hva som fremmer helse på arbeidsplassen⁵ og hvordan helseskader kan forebygges. Kjente forhold som øker risikoen for sykdom og uføretrygd er psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, skiftarbeid, arbeidsskader og arbeidsulykker, tungt fysisk arbeid, uheldige arbeidsstillinger, støy, støv, kjemikalier og andre kjemiske arbeidsmiljøfaktorer.

Medisinsk - teknologisk utvikling

I 2006 var hjerte-karsykdom dødsårsaken hos halvparten av alle som døde i Norge ifølge Folkehelseinstituttet. Utviklingen av ny teknologi og medisiner gjør at stadig flere lever lenger med disse sykdommene. Sjansen for å overleve en rekke sykdommer, blant annet kreftsykdommer, øker kraftig hvis de oppdages tidlig.

Ny teknologi gir legene stadig bedre muligheter til å stille en tidlig og sikker diagnose og komme raskt i gang med behandling. Overvåking av gravide, foster og tidlig identifisering av risiko for sykdom hos barnet gjør at nyfødte med alvorlige funksjonshemminger og sykdommer i dag i stadig større grad reddes og overlever med hjelp av ny teknologi og avansert behandling. Mange av disse barna overlever med helseutfordringer som vil gi behov for helse- og omsorgstjenester hele livet.

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan teknologiske løsninger gi mestring, livskvalitet, spart tid, sparte penger men viktigst av alt så kan dette spare liv. En holdningsendring er nå i ferd med å skje ute i kommunene der ny teknologi blir en stadig mer naturlig og viktig del av tjenestene.

Rusmiddelbruk

Ungdomstiden er en særlig sårbar periode for å utvikle rusproblemer og tidlig rusdebut er forbundet med økt risiko for negative konsekvenser, både på kort og på langt sikt. Det er en klar sammenheng mellom tidlig rusdebut, rusproblemer og psykiske vansker. Konsekvensene ved langvarig rusmisbruk kan være ulike psykiske tilstander som gjør at hverdagen kan oppleves som tung og vanskelig.

Det er også store fysiske konsekvenser av rusmisbruk med økt risiko for akutte problemer og fare for en rekke sykdommer. På lang sikt vil faren for infeksjoner og alvorlige sykdommer øke. Vi vet også at rusmiddelbrukere ofte har både psykisk og somatisk sykdomsbelastning i tillegg til rus- og avhengighetslidelsen. LAR-rapporten (legemiddelassistert rehabilitering) viser at hoveddelen av dødeligheten blant LAR-pasientene har somatiske årsaker, og med økende alder får rusmisbrukere et økende omfang av helseplager og sykdommer.

⁴ van der Noordt, 2014

⁵ https://www.forskningsradet.no/csstorage/flex_attachment/8212022560.pdf

Demensutvikling

Beregninger basert på et stort antall studier i Vest-Europa viser en utbredelse av demens på 6,9 prosent blant personer over 59 år. Utbredelsen stiger fra 1,6 prosent i aldersgruppen 60-64 år til 43 prosent i gruppen over 89 år.

Når disse tallene sammenholdes med statistikk for aldersfordeling i Norge, viser de at omtrent 1,5 prosent av hele befolkningen lider av demens. Nesten hver femte person vil få demens i løpet av livet.⁶

Det har lenge vært kjent at høyt blodtrykk, kolesterol, arvelig disposisjon, inaktivitet, røyking, fedme og usunt kosthold kan påvirke utviklingen av hjerte- og karsykdom. Ny forskning viser at de samme risikofaktorene også kan knyttes til Alzheimer og andre demenssykdommer.

I en studie fra høsten 2011 som gjennomgår all tilgjengelig forskning på området, konkluderes det med at følgende sju risikofaktorer har særlig betydning for utvikling av demens⁷:

1. Lav utdanning eller lite mental aktivitet øker risikoen med 19 prosent
2. Røyking øker risikoen med 14 prosent
3. Lite fysisk aktivitet øker risikoen med 13 prosent
4. Depresjon øker risikoen med 11 prosent
5. Høyt blodtrykk øker risikoen med 5 prosent
6. Overvekt øker risikoen med 2 prosent
7. Diabetes øker risikoen med 2 prosent

En sunn livsstil ser ut til å kunne bidra til å forhindre demens og gode levevaner ser også ut til å kunne bremse symptomene hos dem som allerede har fått en demenssykdom.

En forskningsgruppe ved Ahus jobber med tidlig diagnostikk og tiltak ved sykdommer som gir demens⁸. De mener å allerede se en effekt av livsstilsendringene, - der de som var i alderen 70-90 år på 1980-tallet, fikk demens tidligere og hyppigere enn det som har vært tilfellet på 1990-tallet og 2000-tallet. Økningen i andelen eldre vil dermed ikke nødvendigvis føre til samme økning i forekomst av demens i denne aldersgruppen.

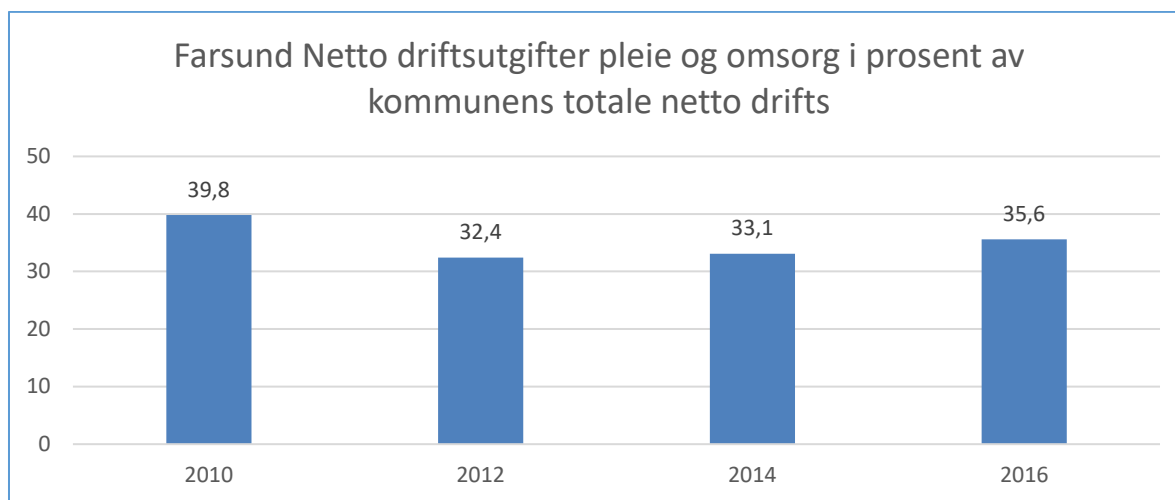
⁶ Demens i Norge, antall beregnede tilfeller, utvikling over tid. Forskjeller mellom kvinner og menn, sosioøkonomiske forskjeller. Internasjonale forskjeller. Årsaksfaktorer – Folkehelseinstituttet.

⁷ <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>

⁸ <http://www.nansenneuro.net/sites/default/files/images/nring%20for%20hjernen2.pdf>

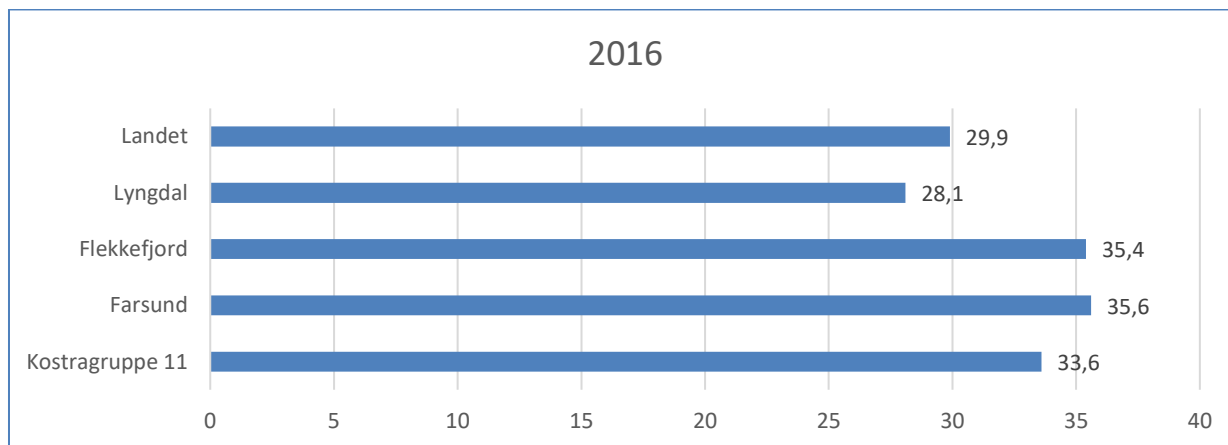
NOEN NØKKELTALL

RESSURSBRUK/ENDRINGER I TJENESTEYTINGEN



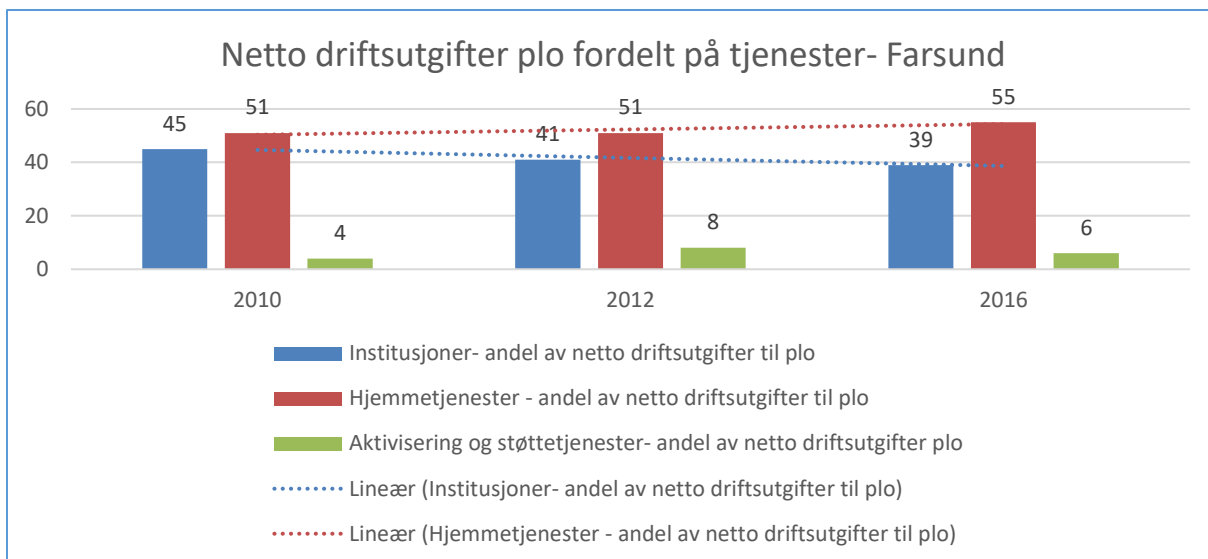
Figur 1. Netto driftsutgifter pleie og omsorg prosent av kommunens netto driftsutgifter – Farsund Kommune 2010- 2016. Kilde: SSB

KOSTRA tallene viser at det var en nedgang i andel netto driftsutgifter til pleie og omsorg i perioden 2010 til 2012 og en liten oppgang fra 2012 til 2016. I denne perioden har det skjedd en dreining i tjenesteytingen med reduksjon av antall institusjonsplasser og øking i hjemmetjenester. Samtidig har Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 gitt økt behov for å styrke hjemmetjenester, forebyggende tjenester og opphold i korttidsplasser i institusjon.



Figur 2. Netto driftsutgifter pleie og omsorg prosent av kommunens netto driftsutgifter – Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB

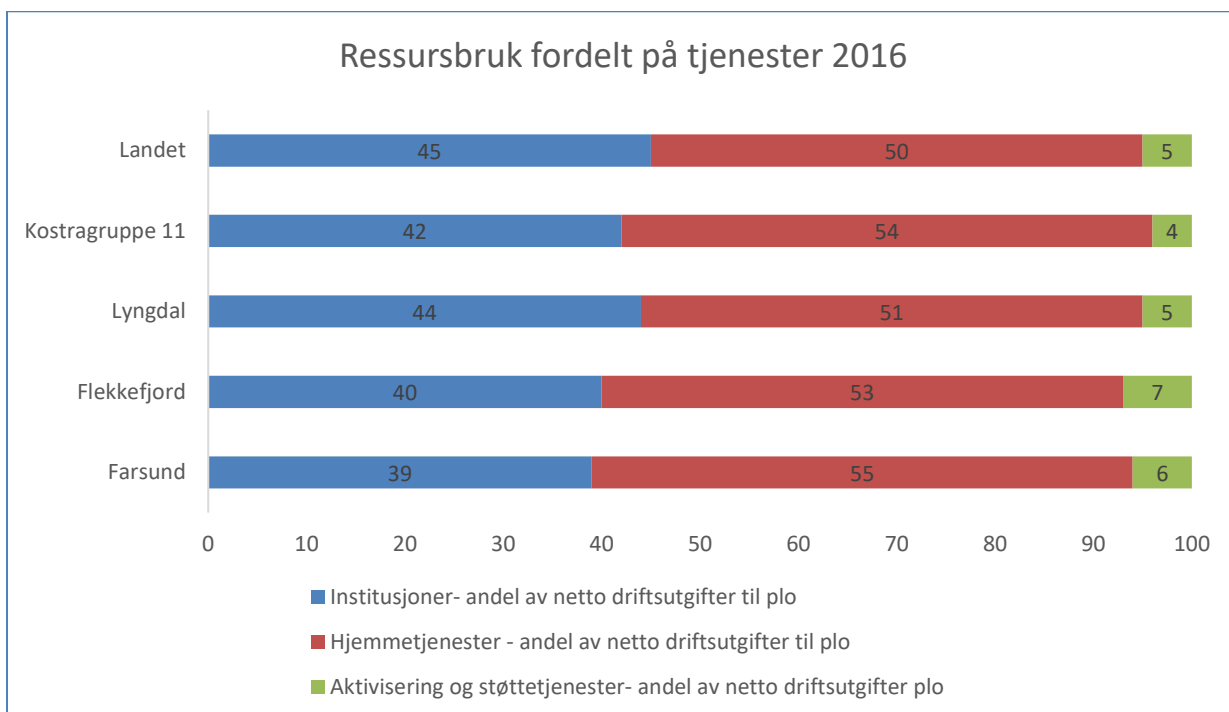
Sammenlignet med Lyngdal og Landet ligger Farsund kommune i 2016 med høyere driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av kommunens netto driftsutgifter. I forhold til kommunene i Listerregionen er Flekkefjord den kommunen som likner mest på Farsund kommune mht. folketall og andel eldre i befolkningen og her er andelen omtrent den samme.



Figur 3. Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens netto driftsutgifter – fordelt på tjenester Farsund Kommune 2010- 2016. Kilde: SSB (obs: manglende tall for 2014)

Netto driftsutgifter fordelt på tjenester viser at det har skjedd en dreining i tjenesteytingen fra institusjonstjenester til hjemmetjenester. Samtidig har det i perioden 2010 til 2016 vært en økning i andelen driftsutgifter som benyttes til aktivisering og støttetjenester. Dette er i tråd med målene i helse- og omsorgsplanen.

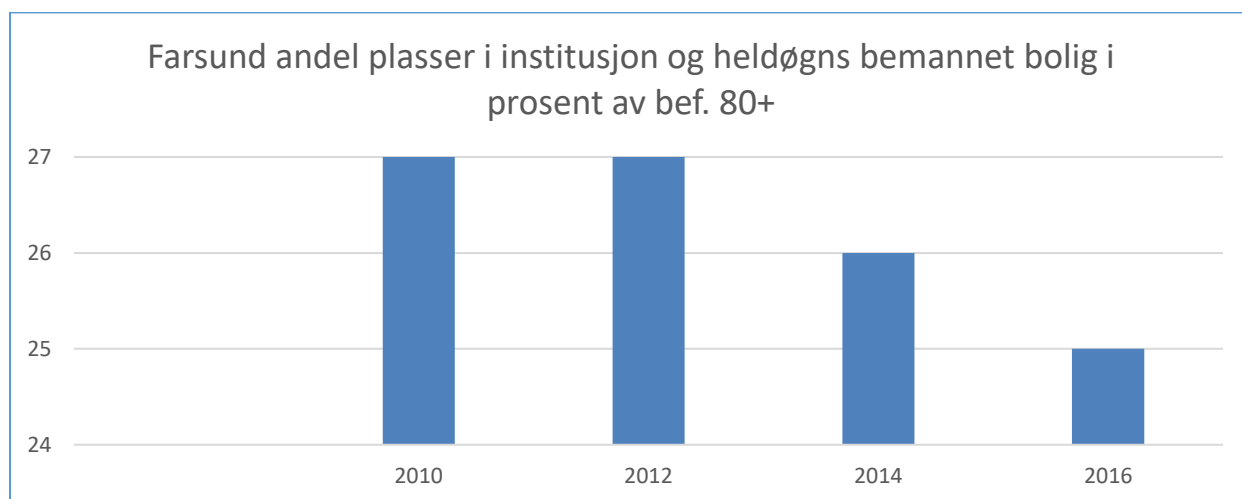
Det antas at nedgangen i tallene til aktivisering og støttetjenester fra 2016 skyldes en feilrapportering. Det er i perioden 2012- 2016 skjedd økning i antall plasser til dagtilbud for demente samt i forhold til aktivitetstilbud til mennesker med rusproblematikk



Figur 4. Netto driftsutgifter pleie og omsorg prosent av kommunens netto driftsutgifter – Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet – fordelt på tjenester i 2016. Kilde: SSB

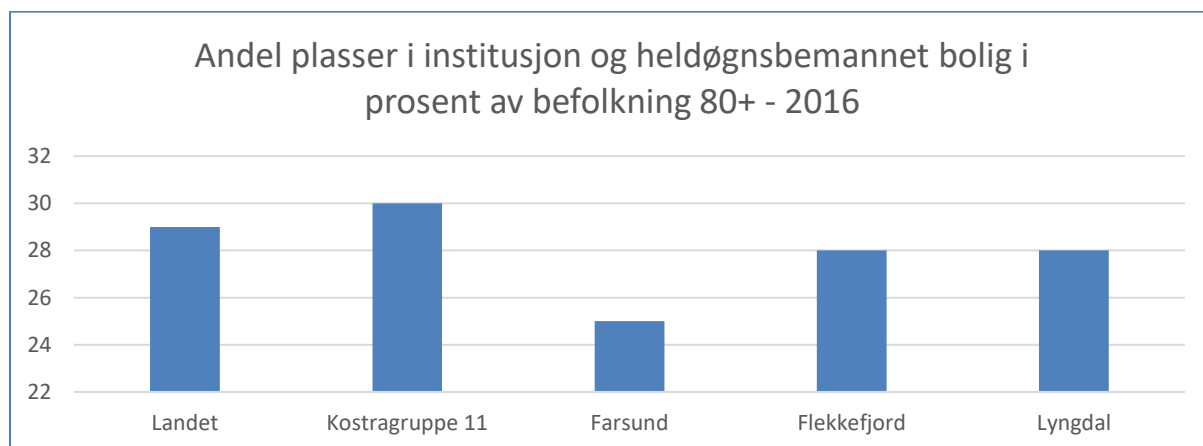
Sammenlignet med Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet ligger Farsund kommune i 2016 med høyere andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg til hjemmetjenester. I forhold til aktivisering og støttetjenester ligger Farsund kommune omtrent på nivå med Flekkefjord. Utviklingen i hjemmetjenester og aktivitets- og støttetjenester er i tråd med føringene som ble gitt i kommunens Helse og omsorgsplan som ble vedtatt i 2012.

PLASSER I INSTITUSJON OG HELDØGNSBEMANNET BOLIG



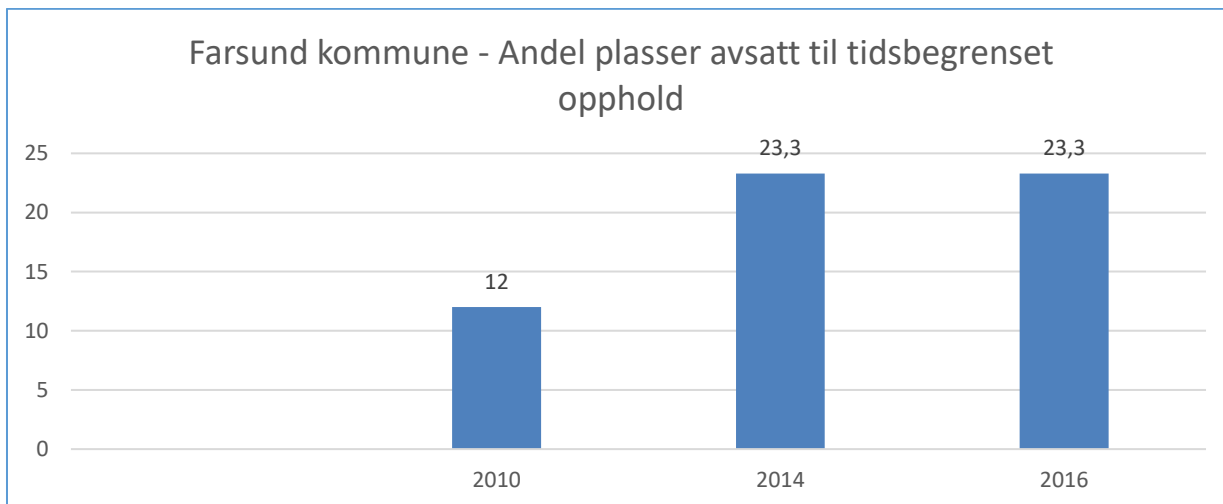
Figur 5. Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i prosent av befolkning 80 + Farsund kommune 2010 – 2016. Kilde: SSB

KOSTRA tallene for Farsund kommune viser at det har vært en liten nedgang i andel plasser i institusjon og heldøgns bemannede boliger i prosent av befolkningen 80+ fra 27 % i 2010 til 25 % i 2016.

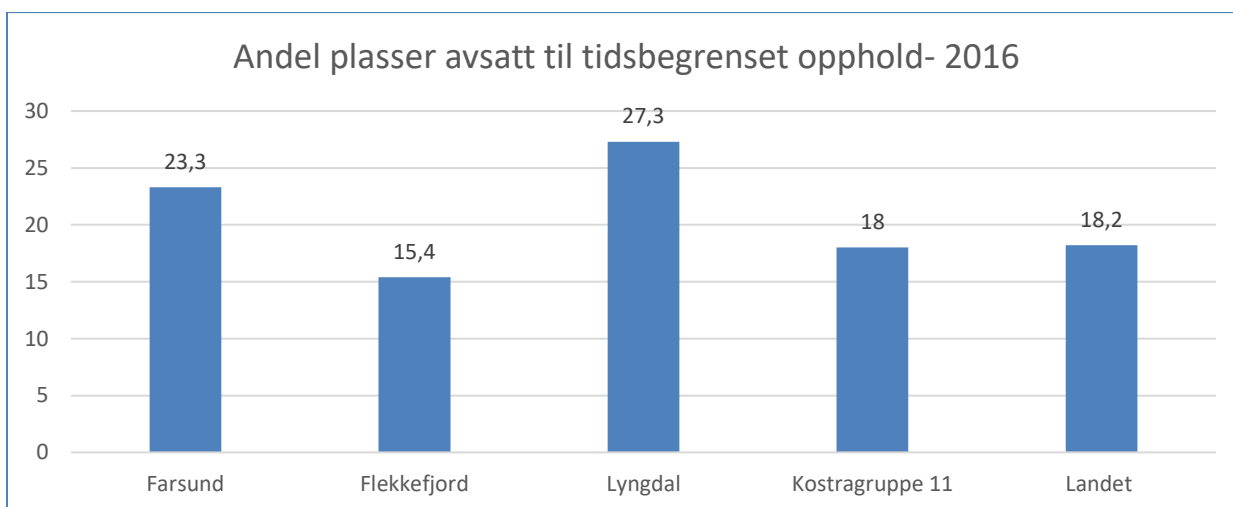


Figur 6. Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i prosent av befolkning 80 + – Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB

Sammenlignet med Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet ligger Farsund kommune i 2016 lavest når det gjelder andel plasser i institusjon og heldøgns bemannede boliger. Samtidig er variasjonen i dekkningen liten mellom andre kommuner i regionen og landet. Utviklingen med økt bruk av hjemmetjenester og aktivitets- og støttetjenester i stedet for institusjonstjenester er i tråd med føringene som ble gitt i kommunens Helse og omsorgsplan som ble vedtatt i 2012.

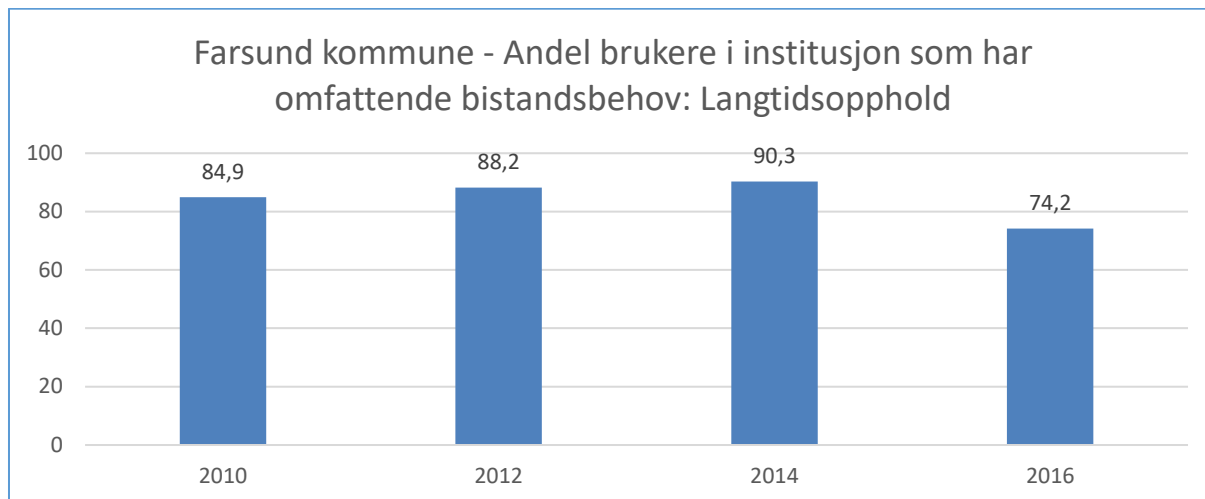


Figur 7. Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold Farsund 2010- 2016. Kilde: SSB
 Det har vært en betydelig økning i antall plasser til korttidsopphold i perioden i tråd med målene i planen. Økningen skyldes i hovedsak at plasser ved korttidsavdelingen ved Farsund Omsorgssenter er tilrettelagt slik at disse kan benyttes som dobbeltrom i de tilfeller dette er faglig forsvarlig. I tillegg benyttes rom ved Listaheimen til korttidsopphold for enkelte hjemmeboende demente som er inne til avlastning og andre opphold.



Figur 8. Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB
 Sammenlignet med Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet ligger Farsund høyere når det gjelder antall korttidsplasser.

UTVIKLING I BISTANDSBEHOV



Figur 9. Andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov Farsund 2010- 2016. Kilde: SSB

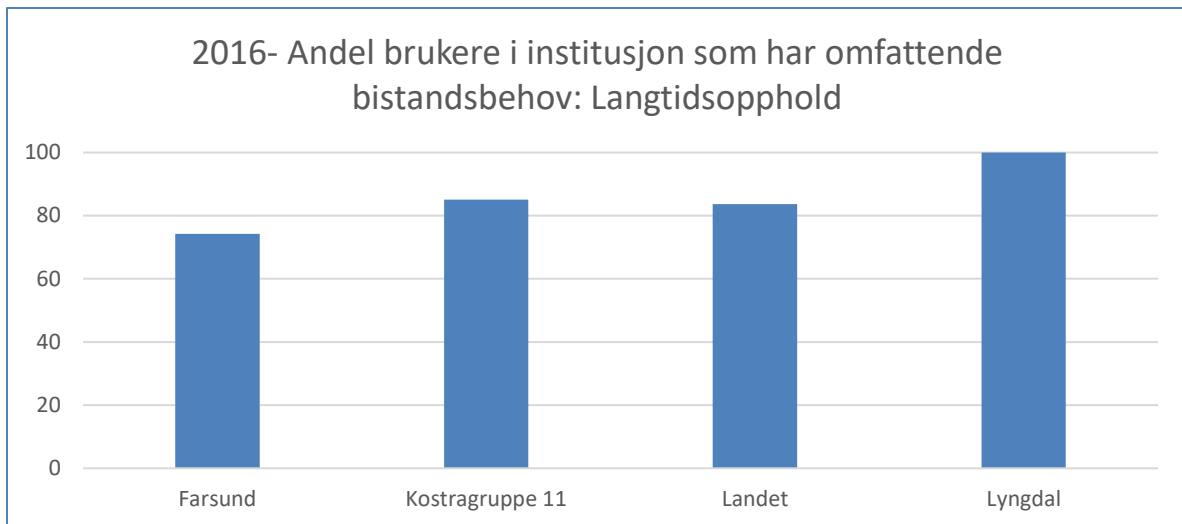
Langtidsopphold i institusjon er ment å være et tilbud til innbyggere med så omfattende bistandsbehov at oppfølging ikke kan skje i hjemmet. I saksutredningen til vedtatt kommunal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester står følgende; *Det samlede tilbudet av langtidsplasser i institusjon og boliger med heldøgns tjenester i kommunen er en begrenset ressurs som skal dekke behovet til de pasienter/brukere der det etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester*⁹

Tall fra KOSTRA viser at andelen brukere med langtidsopphold i institusjon med omfattende bistandsbehov har endret seg i perioden 2010 til 2016. Den høyeste andelen med omfattende bistandsbehov ble registrert i 2014 med en betydelig nedgang i registreringen i 2016.

Det kan være ulike årsaker til at tallene kan gi uttrykk for at disse heldøgntjenestene ikke treffer målgruppen slik som forutsatt. Tallene bygger på innsendte Iplosregistreringer der den enkelte brukers bistandsbehov er vurdert. Fokus på mestring og ressurser hos brukere kombinert med endringer i ansattes kompetanse knyttet til Iplosregistrering kan ha gitt endret forståelse av hvordan bistandsbehov scores.

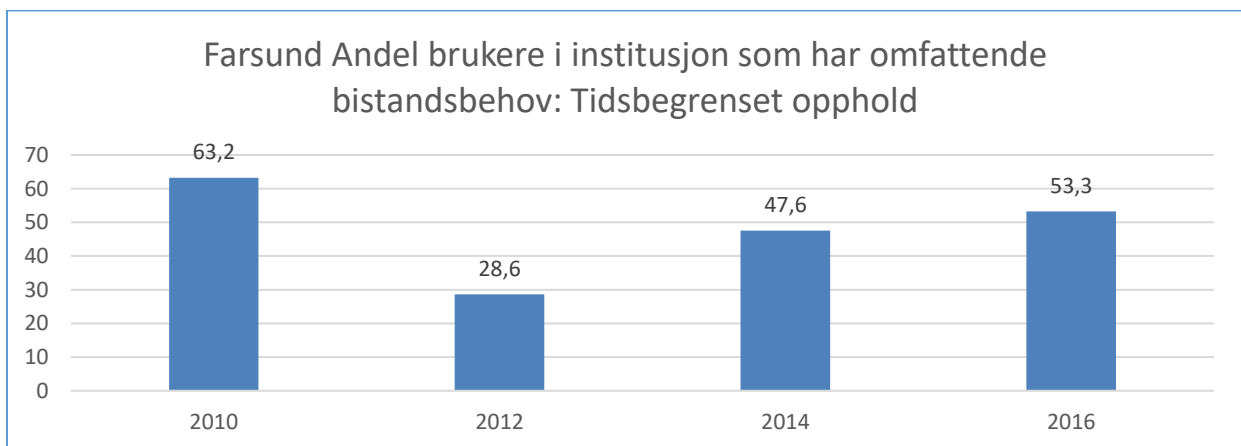
Kommunen har de senere år etablert en endret, og strengere praksis for tildeling av langtidsplass i sykehjem/bolig med bemanning. Det er grunn til å anta er det i dag er personer i sykehjem og i bemannede boliger som er så friske at de ikke ville fått tildelt en plass etter dagens kriterier.

⁹ Kommunal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester (PS 33/2017)



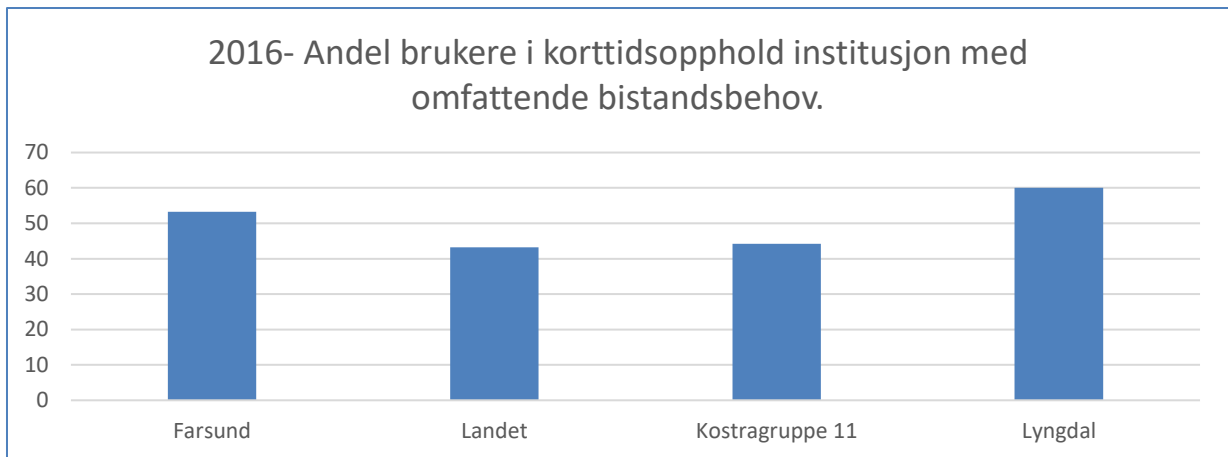
Figur 10. Andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov Farsund, Lyngdal, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB

Sammenlignet med Lyngdal, Kostragruppe 11 og Landet ligger Farsund kommune i 2016 lavest når det gjelder andel brukere i institusjon langtidsopphold med omfattende bistandsbehov. (tall fra Flekkefjord for 2016 ikke tilgjengelig)



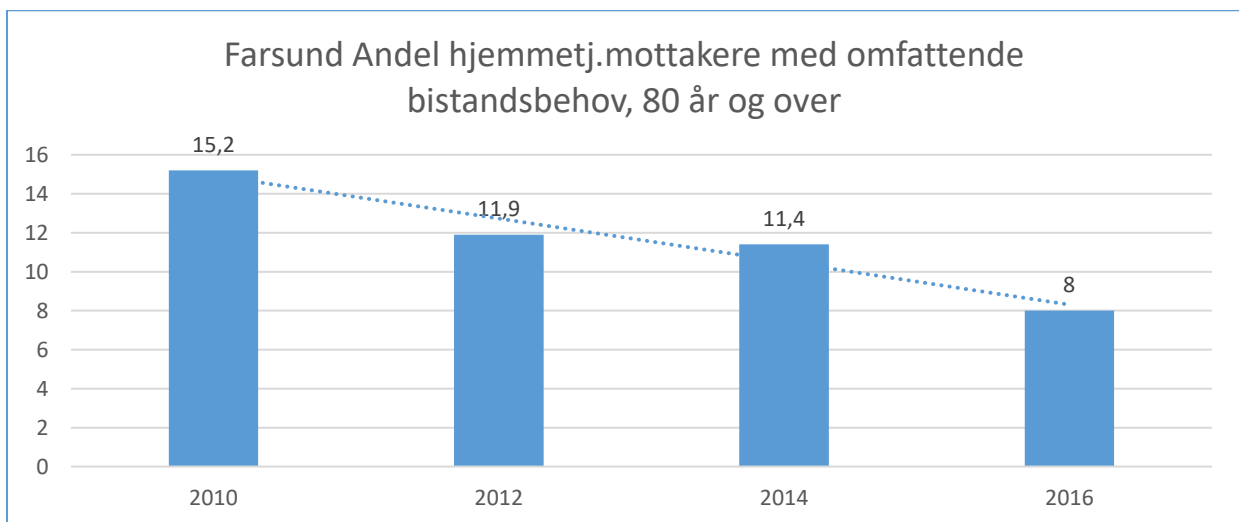
Figur 11. Andel brukere i korttidsopphold institusjon som har omfattende bistandsbehov - Farsund. Kilde: SSB

Tallene viser at det i korttidsplassene har vært en betydelig økning i andelen brukere med omfattende bistandsbehov fra 2012 til 2016. Samhandlingsreformen har gjort at brukere oftere skrives ut fra sykehus med behov for omfattende og komplisert oppfølging. Mens ferdigbehandlede pasienter tidligere ble oppfattet å være reelt ferdigbehandlet opplever kommunen nå at behandlingen må gjennomføres og fullføres ute i kommunen. Dette gjenspeiles i tall som viser bistandsbehovet. I tillegg så benytter kommunen korttidsplasser til kommunal øyeblikkelig hjelp, - et alternativt tilbud til innleggelse i sykehus der den som legges inn ofte har høy alder og et sammensatt sykdomsbilde.



Figur 12. Andel brukere i korttidsopphold i institusjon som har omfattende bistandsbehov Farsund, Lyngdal, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB

Sammenlignet med Kostragruppe 11 og Landet ligger Farsund kommune i 2016 høyere når det gjelder andel brukere med omfattende bistandsbehov i institusjon korttidsopphold. Samtidig har Lyngdal en høyere andel med omfattende bistandsbehov i sine korttidsplasser.



Figur 13. Andel mottakere av hjemmetjenester i alderen 80+ som har omfattende bistandsbehov - Farsund. Kilde: SSB

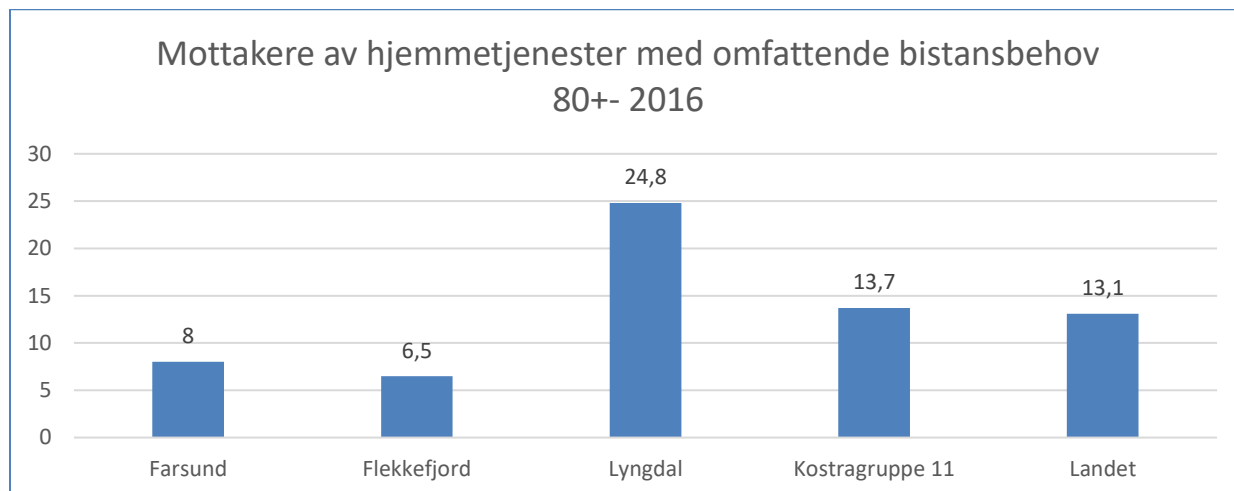
Andelen mottakere av hjemmetjenester i alderen 80+ som har omfattende bistandsbehov er nesten halvert fra 2010 til 2016. Det kan være flere årsaker til endringen i tallene.

Tallene fra 2016 viser at 92 % av eldre som mottar hjemmetjenester ikke vurderes å ha et omfattende bistandsbehov. Tallene kan være en indikasjon på at kommunen er på riktig vei i forhold til målet om å komme inn med tidlige og forebyggende tiltak til hjemmeboende eldre som gjør det mulig å bo trygt i eget hjem. Det bør imidlertid tas en nærmere vurdering av tallene og undersøkes hvorvidt grensen for å motta hjemmetjenester ligger for lavt for denne gruppen, - eller om noen av de tjenestene som ytes i dag kan erstattes med andre, mindre kostnadskrevede lavterskeltilbud.

Tallene kan også påvirkes av endringer i de eldres levevaner. Dagens 80 åringer er ifølge forskning friskere og sprekere enn tidligere. De har sluttet å røyke, de har et sunnere kosthold, de er mer fysisk aktive og dette vil også sannsynligvis påvirke bistandsbehovet. Forskning viser at endring av

levevaner har effekt uansett alder og at mange eldre opplever at trening og aktiviteter, sunt kosthold og sosialt samvær gir glede i hverdagen, selvstendighet og mindre aldersrelaterte plager.¹⁰

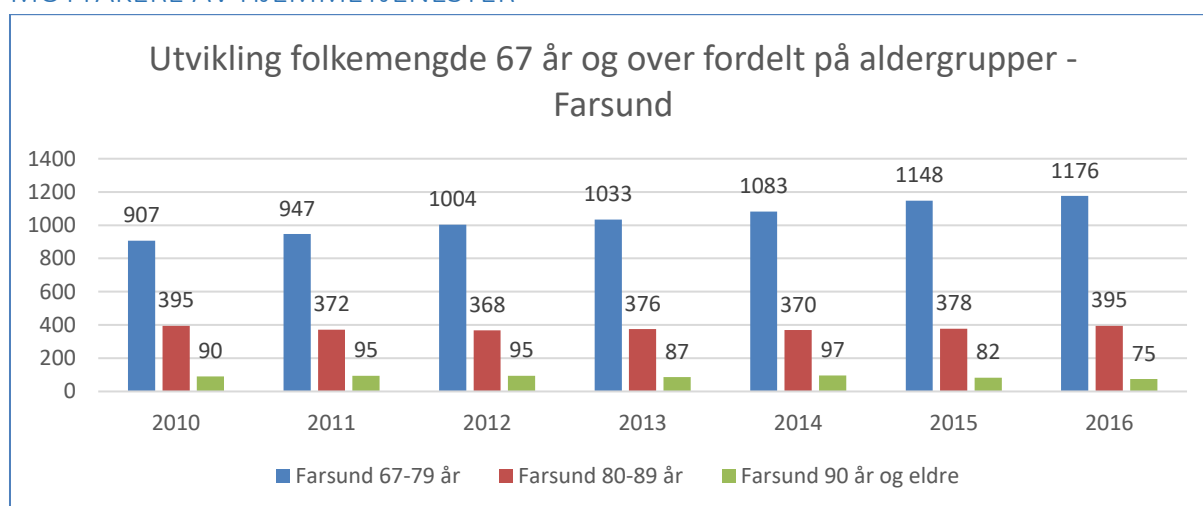
KOSTRA-tallene bygger på innsendte Iplosregistreringer der den enkelte brukers bistandsbehov er vurdert. Fokus på mestring og ressurser hos brukere kombinert med endringer i ansattes kompetanse knyttet til Iplosregistrering kan ha gitt endret forståelse av hvordan bistandsbehovet scores. Det er imidlertid usikkert om dette skulle gi seg så store utslag i tallene.



Figur 14. Andel mottakere av hjemmetjenester i aldrene 80+ som har omfattende bistandsbehov Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB

Sammenlignet med Lyngdal, Landet og Kostragruppe 11 ligger Farsund kommune i 2016 lavere når det gjelder andel brukere i alderen 80+ i hjemmetjenestene med omfattende bistandsbehov. De lave tallene fra hjemmetjenestene i.f.t. brukere 80+ som har omfattende bistandsbehov kan bety at «listen» for å få innvilget langtidsopphold eller korttidsopphold i Farsund kommune er lagt lavere enn i sammenlignbare kommuner og landet.

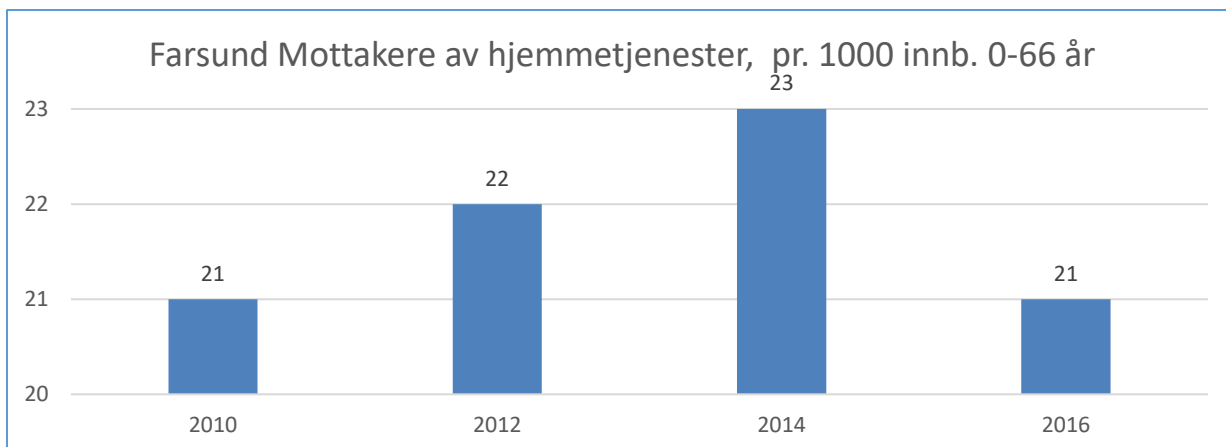
MOTTAKERE AV HJEMMETJENESTER



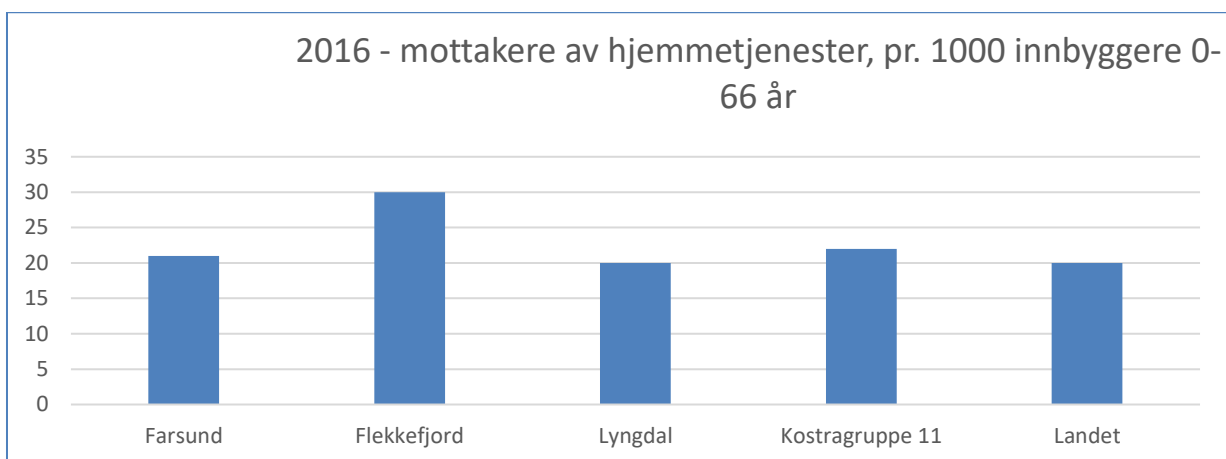
Figur 15. Folkemengde 67 år og over fordelt på aldersgrupper i perioden 2010 – 2016. Kilde: SSB

Tallene viser en betydelig økning i antall innbyggere i aldersgruppen 67- 79 år i perioden 2010 – 2016. Aldersgruppen 80-89 år har hatt en svak nedgang i perioden men er i 2016 tilbake på samme antall som i 2010. Antall innbyggere i aldersgruppen 90 år og eldre har hatt en nedgang fra 2010 til 2016.

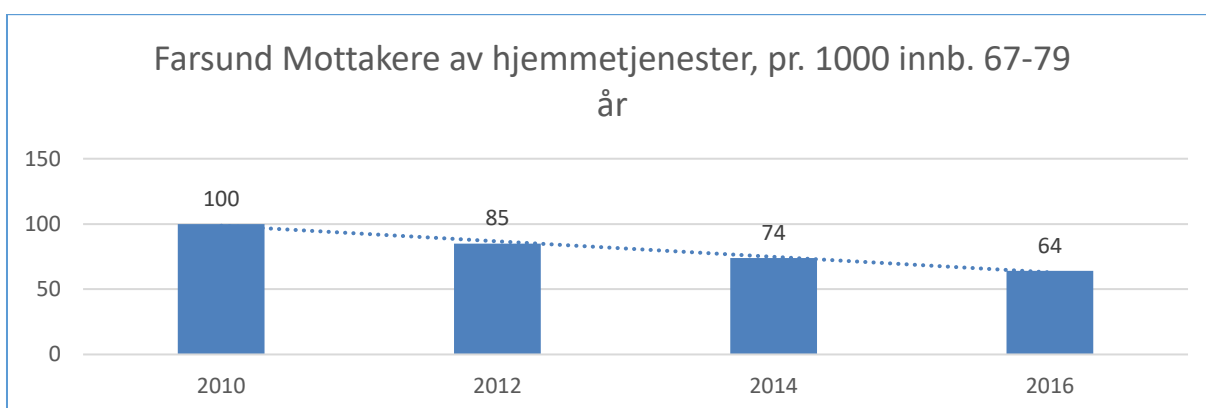
¹⁰ Helsedirektoratet, Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling



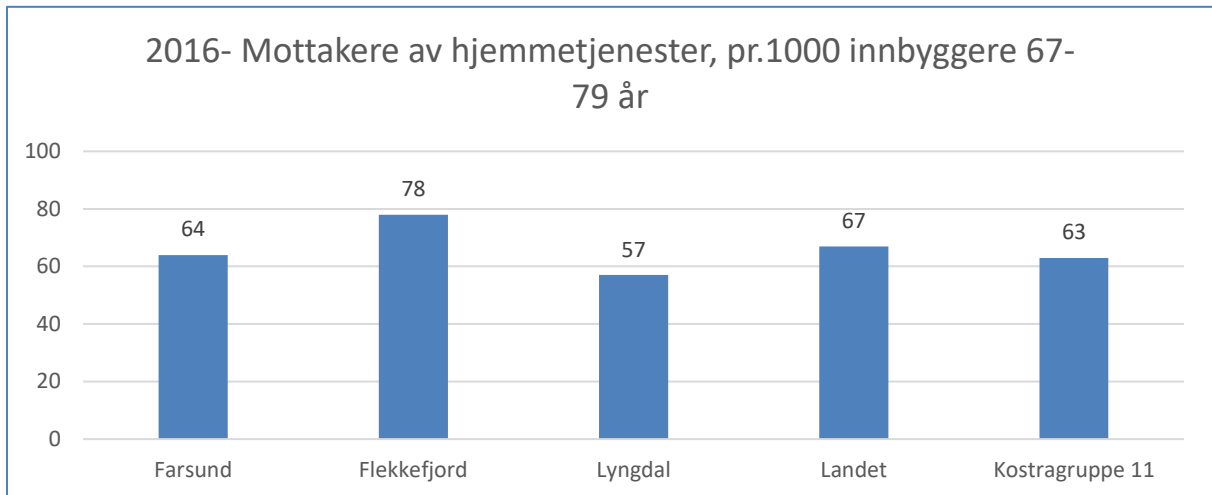
Figur 16. Andel mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere i alderen 0-66 år. Kilde: SSB
Andelen som mottar hjemmetjenester i denne aldersgruppen er ganske stabil og varierer i perioden mellom 21- 23 %.



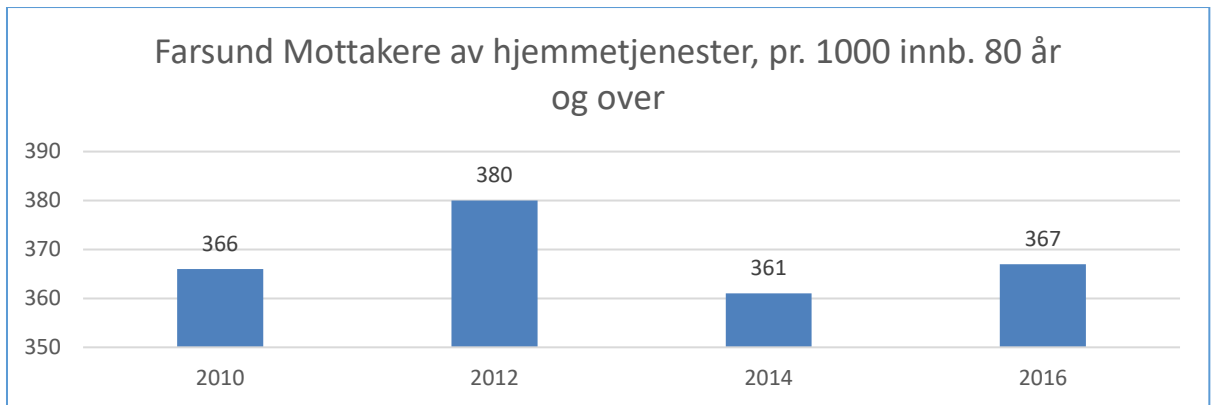
Figur 17. Andel mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 0-66 år i Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB
Tallene viser at her ligger Farsund omtrent på nivå med landet, Lyngdal og Kostragruppe 11, men under Flekkefjord.



Figur 18. Andel mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 67-79 år i Farsund, Kilde: SSB
Tallene viser en betydelig nedgang i antallet mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 67-79 år fra 2010 til 2016 i Farsund kommune. Nedgangen kan ha flere årsaker, - livsstilsendringer, bedre helse i aldersgruppen, mer fokus på mestring, habilitering og rehabilitering og en justering av vurderingen av hvilke behov og nivået på behovet som skal legges til grunn ved tildeling av tjenester i tråd med tiltakene i helse- og omsorgsplanen. Bruk av teknologi, trygghetsskapende tiltak som ikke utløser tjenester kan også være en av årsakene til nedgangen.

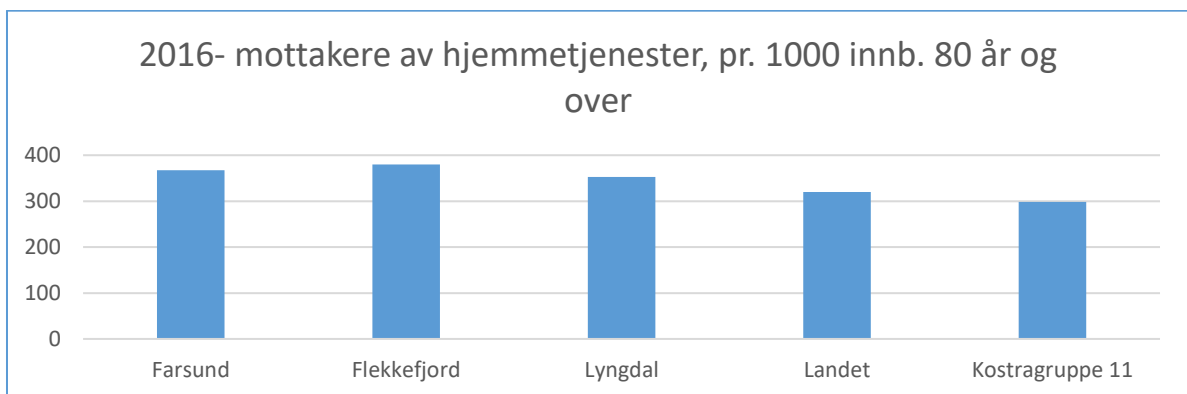


Figur 19. Andel mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 67-79 år i Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB
Tallene viser at Farsund ligger nesten på nivå med landet og Kostragruppe 11.



Figur 20. Andel mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 + i Farsund Kilde: SSB

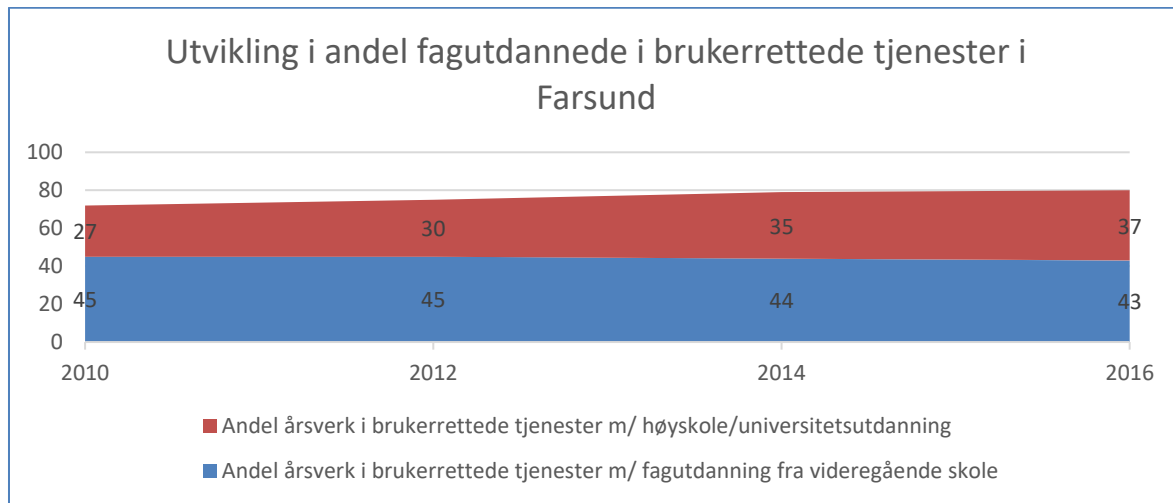
Tallene viser at etter en liten oppgang i 2012 så er antallet som mottar hjemmetjenester i aldergruppen 80 år og over nå det samme som i 2010. Antall innbyggere over 90 år har ikke endret seg vesentlig i løpet av perioden 2010 – 2016. Fra 2012 har det vært nedgang i antall innbyggere over 90 år.



Figur 21. Andel mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år og over år i Farsund, Lyngdal, Flekkefjord, Kostragruppe 11 og Landet i 2016. Kilde: SSB

Her ligger Farsund over landsgjennomsnittet og Kostragruppe 11 og cirka på nivå med Lyngdal og Flekkefjord.

KOMPETANSE I TJENESTEYTING



Figur 22. Utvikling i andel fagutdannede i brukerrettede tjenester Farsund kommune. Kilde: SSB
Tallene viser en økning i på 10 % i andelen ansatte med høyskole/universitetsutdanning i perioden 2010- 2016. Økningen er svakere enn målene som ble satt i helse og omsorgsplanen.

		2010	2012	2014	2016
Farsund	Andel årsverk m/ fagutdanning fra videregående skole	45	45	44	43
	Andel årsverk m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	27	30	35	37
Flekkefjord	Andel årsverk m/ fagutdanning fra videregående skole	45	44	44	45
	Andel årsverk m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	24	29	30	29
Lyngdal	Andel årsverk m/ fagutdanning fra videregående skole	41	43	42	43
	Andel årsverk m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	36	38	41	41
Kostragruppe 11	Andel årsverk m/ fagutdanning fra videregående skole	44	43	44	43
	Andel årsverk m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	28	30	32	32
Landet	Andel årsverk m/ fagutdanning fra videregående skole	42	41	40	40
	Andel årsverk m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	31	33	35	34

Figur 23. Utvikling i andel fagutdannede i brukerrettede tjenester Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Kostragruppe 11 og Landet. Kilde: SSB
Farsund har i perioden hatt størst økning i andel årsverk med høyskole/universitetsutdanning mens Lyngdal har høyest andel årsverk med høyskole/universitetsutdanning i 2016 med 41 %

MÅL, STATUS OG UTFORDRINGER I HELSE-OG OMSORGSTJENESTENE I FARSUND KOMMUNE

ORGANISERING:

MÅL:

- Organisering som gir økt samhandling og sammenhengende tjenester for brukere og der «Silo tenking» med fragmenterte tjenester unngås
- God utnyttelse av kompetanse som utnyttes på tvers av enheter
- Tjenester med nærhet og tilgjengelighet for innbyggerne
- Ressurssparende løsninger med minst mulig tid til forflytting av personell eller brukere
- Færrest mulig ansatte i tjenesteytingen til brukere med behov for kommunale helse og omsorgstjenester

STATUS OG UTFORDRINGER:

Sammenhengende tjenester:

Helse- og omsorgstjenestene er i dag organisert i 10 enheter; - tre enheter for hjemmebaserte tjenester (Vanse, Farsund og Livdekrona), to enheter for institusjon (FOS og Listaheimen), to enheter for funksjonshemmede (Farsund og Vanse), enhet for barn, unge og psykisk helse, Lister barnevern og NAV.

Under arbeidet med rulleringen av planen har det kommet flere innspill i forhold til organisering av tjenestene. Det er en felles erkjennelse av at dagens organisering gir utfordringer i forhold til blant annet følgende områder:

- Tidlig innsats, forebygging og koordinering
- Sammenhengende tjenester for brukere som mottar tjenesten praktisk bistand opplæring
- Utnytte kommunens samlede aktivitetstilbud på tvers av diagnoser
- Utnytte tjenestenes samlede kompetanse på tvers av enheter

I arbeidet med rulleringen av planen er det satt ned arbeidsgrupper som har utarbeidet forslag til endringer innen organiseringen som vil kunne møte kommunens utfordringer. (vedlegg 3 forslag til endringer i organiseringen)

Utnyttelse av kompetanse på tvers av enheter:

Tjenestene innehar samlet sett mye kompetanse innenfor mange ulike områder. Det arbeides aktivt med å øke generell kompetanse og spisskompetanse i enhetene og tjenestene har hatt en økning i antall ansatte som tar videreutdanninger og master. En utfordring har vært at det til nå ikke har vært en felles tilgjengelig oversikt over ansatte fordelt på kompetanse. Under arbeidet med rulleringen er det blitt laget en oversikt over ansatte med spesifikk kompetanse med kontaktinformasjon. Denne vil legges inn i Kvalitetslosen og gjøres tilgjengelig for alle enheter. Det vil være utfordrende å holde oversikten oppdatert og ajour og det vil derfor være nødvendig med klare rutiner for oppdatering, - f.eks. i forbindelse med medarbeidersamtaler.

Det er et felles ønske fra enhetene at spisskompetanse skal kunne benyttes til veiledning og opplæring på tvers av enheter.

Tjenester med nærhet og tilgjengelighet for innbyggerne:

Nærhet, helhet og tilgjengelighet er begreper som går igjen i svært mange sentrale føringer og i tjenestene er det stort fokus på å legge til rette for dette.

Samtidig kommer det også signaler som fremhever mulighetene for interkommunale løsninger som middel for å møte kommunens nye utfordringer.

Farsund kommune valgte i 2012, på tross av kraftige signaler fra SSHF, å stå utenfor en interkommunal løsning for døgnbasert øyeblikkelig hjelp som ble lokalisert ved Flekkefjord sykehus. I stedet ble dette tilbudet lagt til Farsund omsorgssenter. Dette har vist seg å være en løsning som nå anbefales i ny veileder fra Helsedirektoratet. Tallene fra direktoratet viser at interkommunale løsninger i hovedsak benyttes av vertskommunen og gir liten effekt i samarbeidskommunene. Samtidig gir en lokal plassering større nærhet, trygghet, tilgjengelighet, kjennskap og eierskap til tilbudene.

Med bakgrunn i ønske om nærhet og tilgjengelighet har Farsund kommune også valgt å la alarmer fra trygghetsalarmer og annen varslingsteknologi gå direkte til tjenestene i kommunen og ikke til felles sentrale alarmmottak.

Løsningen med direkte responstjeneste – der varsler styres ved hjelp av teknologi direkte til andre definerte roller i helse- og omsorgstjenesten (hjemmetjenesten, sykehjem, pårørende) sikrer at alarmer går til ansatte som kjenner brukeren og brukerens behov godt. Denne lokale løsningen gjør at vi i større grad kan sikre brukermedvirkning og følge opp individuelle tilpasninger både i forhold til teknologiske løsninger, samt involvering og arbeidsdeling mellom pårørende, frivillige og tjenesteyterne.

Ressurssparende løsninger med minst mulig tid til forflytting av personell eller brukere:

Tjenestene har stort fokus på å finne løsninger som minsker tid til forflytning av personell eller brukere. Eksempler på dette er:

- Kommunal døgnbasert øyeblikkelig hjelp kan gis i hjemmet, i bemannede boliger eller i langtidsavdeling dersom dette vurderes som faglig forsvarlig og den beste løsningen for brukeren. Dette sparer brukeren for belastning som følger av flytting og dette forebygger unødvendig bruk av korttidsplasser.
- Det prøves ut Virtuell rehabilitering der fysioterapeuter følger opp brukere som trener hjemme via teknologiske løsninger. Dette gir bedre utnyttelse av fysioterapi-ressurser og sparer utgifter til transport av brukeren.
- Det prøves ut oppfølging av brukere med kroniske lidelser gjennom telemedisinsk oppfølging der Farsund også er telemedisinsk sentral for omliggende kommuner. Målet er å finne ut om slik oppfølging kan gi økt trygghet og mestring av egen sykdom, gi tidlig identifisering av forverring og dermed raskere behandling ved forverring, samt forebygge behov for kommunale tjenester/økte kommunale tjenester.
- Hjemmetjenestene er i gang med å prøve ut «Spider», et logistikkprogram for planlegging av kjøreruter i hjemmetjenestene. Dette vil kunne gi sparte utgifter til kjøring samtidig som brukerne vil sikres riktig kompetanse og færre ansatte knyttet til oppfølging av den enkelte.
- Elektroniske medisindispensere tildeles brukere som kan nyttiggjøre seg denne løsningen. Dette gir økt frihet og mestring for brukeren, samtidig som dette sparer tid og utgifter til kjøring.
- Hjemmetjenestene er i ferd med å prøve ut «Digitalt tilsyn» på natt der natt- tjenesten kan observere brukeren til på forhånd avtalte tidspunkter. Dette sparer tid og utgifter til kjøring. Samtidig gir fravær av fysisk besøk brukere og pårørende roligere netter og dermed bedre søvn. Det gis også muligheter til å foreta flere digitale tilsyn i løpet av natten dersom brukeren ønsker dette. Løsningen kan bygges ut med sensorteknologi f.eks. teknologi som kan gi melding dersom brukeren ikke kommer tilbake til sengen etter å ha stått opp, varsle dersom sengen bli våt osv.
- I forbindelse med at stadig mer teknologisk utstyr kommer på plass arbeides det med å se samlet på bruken av tilgjengelige våkne nattevaktressurser i oppfølging av alarmer o.l. på natt.
- Elektronisk pasienttavle er tatt i bruk ved korttidsavdelingen. Gir oversikt over oppfølging av pasienter og bruk av plassene. Benyttes i tillegg som verktøy i kommunikasjon med forvaltningen som får oversikt over ledig kapasitet og andre forhold som er viktige i saksbehandlingen.

Eksemplene ovenfor viser at det skjer mye endringsarbeid i tjenestene. Samtidig så er endringsarbeid svært tids- og ressurskrevende og ledelse av slike endringsprosjekter kommer i de aller fleste tilfeller som tillegg til andre løpende driftsoppgaver. Dette kan gjøre at endringsarbeidet forsinkes eller at kvaliteten på endringsarbeidet ikke blir som ønsket og planlagt.

Oppfølging av hjemmeboende med demens:

Tjenestene ser at vi har utfordringer knyttet til å få på plass en strukturert og planmessig oppfølging av innbyggere med demens som bor i eget hjem;

Tjenestene kan fremstå som oppstykket og med lite sammenheng mellom de ulike tjenestene, - noe som gir utfordringer i forhold til å sikre kvalitet og kunne fremstå som en tjeneste der alle drar i samme retning med brukerens behov, ønsker og mål i sentrum. De fleste hjemmeboende demente har ikke sin egen koordinator og individuell plan har i svært liten grad vært benyttet for denne målgruppen. Det mangler også kompetanse innen personsentrert omsorg i arbeid med hjemmeboende demente.

Demente med behov for daglig bistand til hygiene og måltider vil sannsynligvis oppleve dagen som oppstykket og full av overganger der de møter stadig nye ansikter fra hjemmetjenestene og i dagtilbudene.

Fragmentert oppfølging kan føre til uklarheter knyttet til:

- Hvem følger opp pasienten etter utredning fra demensteamet, eller når begynnende kognitiv svikt registreres?
- Hvordan sikre at pasientens ønsker blir ivarettatt?
- Hvordan sikre tillitsskapende tiltak som er strukturert, som forebygger tvang og er i takt med demensutviklingen?
- Hvem observerer endringer/effekten av tiltakene?
- Hvordan samarbeide med pårørende slik at pasientens ressurser og ønsker står i fokus?
- Hvordan sikre godt pårørendesamarbeid/ støtte?
- Hvordan fange opp endrede behov og sikre riktige tjenester til riktig tid?
- Hvordan forebygge sykehusinnleggelse og innleggelse i institusjon, pga. underernæring, infeksjoner, dehydrering?
- Hvordan sikre en best mulig overgang når demente må flyttes mellom tjenestenivåer/ steder?

Bedre og mer samordnet oppfølging av hjemmeboende med demens vil være helt avgjørende for å legge til rette for at innbyggere med demens kan bo trygt og sikkert hjemme lengst mulig.

Turnus, arbeidstidsløsninger:

Å legge til rette for at brukere skal få færrest mulig å forhold seg til handler mye om deltidstillinger, om turnusløsninger og om arbeidslistor som legger til rette for dette.

Turnustjenestene innen helse- og omsorg gjennomførte i 2013- 2014 prosjekt «Flere på heltid, bedret rekruttering og økt brukertilfredshet - gjennom alternative turnuser». Hovedmålsettingene med prosjektet var:

- flere heltidsstillinger i turnusstillinger innen helse og omsorg
- økning av gjennomsnittlige stillingsstørrelse i deltidstillinger
- økt rekruttering av personer med etterspurt kompetanse
- redusere antall omsorgspersoner rundt den enkelte tjenestemottaker

En viktig del av prosjektet var, gjennom en spørreundersøkelse, å identifisere årsaker til ønsket deltid, vurdere tiltak og motivere for å få ansatte til å øke sin stillingsstørrelse samt prøve ut alternative turnusløsninger og «diff-timer» (ubunden tid i turnus) som midler for økte stillingsstørrelser og færre ansatte i oppfølgingen av den enkelte bruker.

En viktig erfaring ble gjort gjennom prosjektet; - å lykkes i dette arbeidet forutsetter god forankring og eierskap til endringene både i ledelse, blant ansatte og ikke minst blant tillitsvalgte. Å prøve ut alternative turnusløsninger kombinert med ubunden tid i turnus har vist seg å være en lang og tidskrevende prosess med mange hensyn og mange medvirkende.

Samtidig viser bruk av ubunden arbeidstid og langvakter seg å kunne ha flere gevinster for både ansatte, brukere og arbeidsgiver:

- det har vært økning i antall hele stillinger
- ansatte har fortsatt fleksibilitet i valg av «ekstra vakter» og mer forutsigbar «ekstra vakter»
- kompetanse er mer tilgjengelig under sykdom/i ferier
- enheter med stillinger som inkluderer «diff- timer» har bedre kontroll på rekruttering av kompetanse
- mer stabil bemanning og færre ansatte å forholde seg til for brukere
- utprøving av turnus med langvakter hver fjerde helg på avlastningsbolig for barn ga en faktisk reduksjon fra 15 til 11 fast ansatte og førte til at barna alltid møtte de samme ansatte gjennom en avlastningshelg. På bolig for brukere med utviklingshemming ga turnus med langvakter en faktisk reduksjon fra 7 til 5 ansatte.

Disse erfaringene og erfaringer fra andre kommuner tas med i det videre arbeidet med alternative turnuser og økning av faste heltidsstillinger.

FACT- team

Målgruppen for denne oppfølgingen er mennesker med alvorlige psykiske lidelser og mennesker med ROP- lidelser (rus og samtidig psykisk lidelse) som er eller skal utredes på spesialisthelsetjenestenivå. I prosjekt med utprøving av FACT-team deltar Farsund kommune i et samarbeidsprosjekt mellom kommunene i Lister og SSHF. Formålet med FACT-team er å tilby behandling, oppfølging, rehabilitering og støtte til målgruppen. Teamet skal bidra til at en sårbar og utsatt brukergruppe får tilgang og hjelp til sammenhengende, helhetlige og koordinerte tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste. Prosjektet varer ut 2019 og Farsund kommune bidrar med ett årsverk inn i teamet i prosjektperioden.

LEDELSE:

MÅL:

- Ledertetthet tilpasset enhetenes størrelse og kompleksitet
- Tydelige lederroller
- Ledere med endrings, utviklings og innovasjonskompetanse
- Kvalitetssikring og kontroll der arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er godt forankret i ledelsen
- Ledere med tilgang på nødvendig helse- og sosialfaglig kompetanse

STATUS OG UTFORDRINGER:

En rapport fra KS storbyforskningsprogrammet, utført av PWC, viser betydningen god ledelse og kultur har for gode resultater i pleie og omsorgstjenestene¹¹

Følgende forhold ved kultur og ledelse ser særlig ut til å ha påvirkning på ressursbruk innenfor pleie- og omsorgssektoren:

- Relasjon og nærhet mellom bestillerfunksjon og hjemmetjenesten (samt andre utøvere)
- Samarbeid på tvers som preges av respekt og gjensidig tillit
- Visjonære ledere med tydelige verdier som går foran som rollemodeller
- Nær og velfungerende relasjon mellom politisk og administrativ ledelse (faglig fokus, forutsetning for å kunne gjennomføre nødvendige grep)

¹¹

Ressursbruk i pleie -og omsorgssektoren Betydningen av organisering, ledelse og kultur- KS/FoU 2015

Ledertetthet:

«I motsetning til andre deler av offentlig sektor, er det etter min oppfatning altfor få ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De er ikke som andre. Dette er selv i små kommuner å regne som store og mellomstore norske bedrifter. Hadde det vært i det private næringsliv, ville de hatt direktører - en rekke direktører, ikke bare på driftssiden, men også på produktutvikling, planlegging og kommunikasjon».

(Steinar Barstad, Fagdirektør

Kommunetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet)

Ressurssenteret for omstilling i kommunene har sammenlignet ledertettheten i pleie- og omsorg og skolesektoren på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sammenligningene er gjort på grunnlag av data i PAI-registeret (Personal Administrativt Informasjonssystem) og KOSTRA, samt nærmere undersøkelser i 20 kommuner.

Konklusjonen er at det er systematisk større ledertetthet i skolen enn i pleie og omsorg. Målt i antall ansatte, har ledere innen pleie og omsorg gjennomsnittlig ansvar for 36 hver, mens skolelederne har 17 under seg. Målt i årsverk blir forskjellen enda større. Her er tallene henholdsvis 31 og 7.

Enhet	Årsverk	Ansatte antall	Enhetsleder	Nestleder	Årsverk fagleder, merkantil	Gjennomsn. stillingsstørrelse ansatte	Ansatte pr. leder, (inkl. fagleder/ annen ledelse)
Helse felles	17,9	23	0*		1	0,78	23
Hjemmetjenesten Farsund	30,1	58	1		2,8	0,52	15
Hjemmetjenesten Vanse	27,8	48	1		2	0,58	16
Hjemmetjenesten Livdekrona	51	71	1		2,2	0,72	25
Listeheimen	43,8	69	1		1,85	0,63	34
Farsund Omsorgssenter - langtid	37,5	59	1		2,15	0,64	19
Funksjonshemmede Vanse	30	49	1		1,5	0,61	20
Funksjonshemmede Farsund	23,7	40	1		2,16	0,59	15
Lister Barnevern	40,6	49	1	1	3,1	0,83	16
Enhet for psykisk helse, barn og unge	29,3	39	1		2	0,75	16
NAV	14,2	15	0,5		1,4	0,95	8
Sum	353,5	526	10	1	22,16		
* kommunalsjef er nærmeste leder							

Figur 24. Årsverk, ansatte og ledelse innen enheter for helse og omsorg i Farsund.

Som tabellen viser så er det stor variasjon mellom enhetene i Farsund kommune i forhold til antall ansatte pr. leder. Kompleksiteten i oppgavene som ligger i enhetene varierer også i stor grad. Samtidig er helse- og omsorgssektoren en turnustjeneste og den sektoren med høyest andel deltidsansatte, noe som medfører et det er svært vanskelig for ledere å jevnlig møte den enkelte ansatte.

Antall fagledere innenfor den enkelte enhet varierer og fagledere har som regel ikke delegert ansvar for oppfølging av personaladministrative oppgaver. De aller fleste fagleder går også inn i driftsoppgaver som en del av faglederstillingen.

Det er behov for å vurdere en organisering av tjenestene som gir en ledertetthet som er bedre tilpasset den enkelte enhets størrelse, oppgaver og kompleksitet.

Endrings, utviklings og innovasjonskompetanse:

*«Den kommunale helse- og omsorgssektoren er beskrevet som store og komplekse organisasjoner som stiller høye krav til lederskap, tverrfaglig samarbeid og samspill med andre aktører. Sammenlignet med andre virksomheter har helse og omsorgssektoren få ledere per ansatt blant annet på grunn av en stor andel deltidsansatte. Samtidig blir ledere i omsorgssektoren ofte rekruttert fra fagfeltet, og mangler gjerne formell lederkompetanse. Det er derfor et klart behov for ledelsesopplæring for ledere i sektoren».*¹²

Situasjonen som KS beskriver gjenspeiles også i Farsund kommunes helse- og omsorgstjenester.

Enhetsledere og fagledere er fagpersoner, ofte med lang praktisk erfaring fra yrket men ikke sjelden med lite formell lederutdanning. Oversikt fra enhetene innen helse- og omsorg viser at i 2017 er 5 ansatte ledere/fagledere i gang med å ta lederutdanning. 3 av disse er på masternivå.

I forhold til endrings, utviklings- og innovasjonsledelse har de fleste enhetene tatt i bruk LEAN som metode i sitt endrings- og forbedringsarbeid. De fleste endringene og implementeringer av nye måter å arbeide på skjer i form av gjennomføring av større eller mindre endrings- og utviklingsprosjekter.

Prosjektledelse er derfor en helt avgjørende

kompetanse i tjenestene og på bakgrunn av dette har 7 ansatte gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre opplæring innen prosjektarbeid og prosjektledelse.

Kvalitet og pasientsikkerhet forankret i ledelsen

Sentrale føringer og tilsyn har økt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» fra Helsedirektoratet¹³ har utarbeidet programmer og tiltakspakker under ulike områder, - tilpasset både hjemmetjenester og institusjonstjenester. Eksempler på dette er programmer i forhold til ernæring, legemiddelgjennomgang, tidlig identifisering av livstruende tilstander, riktig legemiddelbruk osv. Farsund kommune er i gang med å få på plass rutiner knyttet til fallforebygging, legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging og bruk av verktøy for tidlig identifisering av livstruende tilstander. I tillegg gjennomfører KS i samarbeid med Helsedirektoratet læringsnettverk i «Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke»¹⁴ der kommuner, sykehus og brukerrepresentanter deltar sammen. Her deltar Farsund kommune med ansatte fra helse felles, hjemmetjenestene, korttidsavdeling og rehabilitering.

¹² <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/ledelse/kartlegging-av-eksisterende-utdanningstilbud-og-kompetansebehov-blant-ledere-i-helse--og-omsorgssektoren/>

¹³ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet>

¹⁴ <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/om-satsningen/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/>

«Det er mange tegn på at ledelsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag ikke er god nok. Helsetilsynet har gjentatte ganger sagt at deres tilsynsfunn tyder på mangelfull kvalitetssikring og kontroll, og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen»

(Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet)

Forankring av kvalitetssikring og kvalitetsutvikling handler om ledere som «eier» dette arbeidet. Det er en utfordring at forankring av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet blant ledere i noen tilfeller kan synes å variere. Dette kan ha sin årsak i at lederne har mange løpende oppgaver å forholde seg til og at det derfor er for lite tid til å prioritere å arbeide systematisk med kvalitetsutvikling av tjenestene.

Ledere med tilgang på nødvendig helse- og sosialfaglig kompetanse:

Tilgang på nødvendig helse- og sosialfaglig kompetanse er helt nødvendig for at ledere skal kunne ha fokus på lederoppgavene. Ledere, som på grunn av mangel på faglig kompetente medarbeidere, ofte må gå inn å lede eller kvalitetssikre det direkte faglige arbeidet i drift vil ikke samtidig kunne være en effektiv leder. For flere av enhetene gjør manglende tilgang til nødvendig helse- og sosialfaglig kompetanse at ledere bruker mye av sin tid til å sikre den daglige driften. Dette reduserer lederens muligheter til å være ledere.

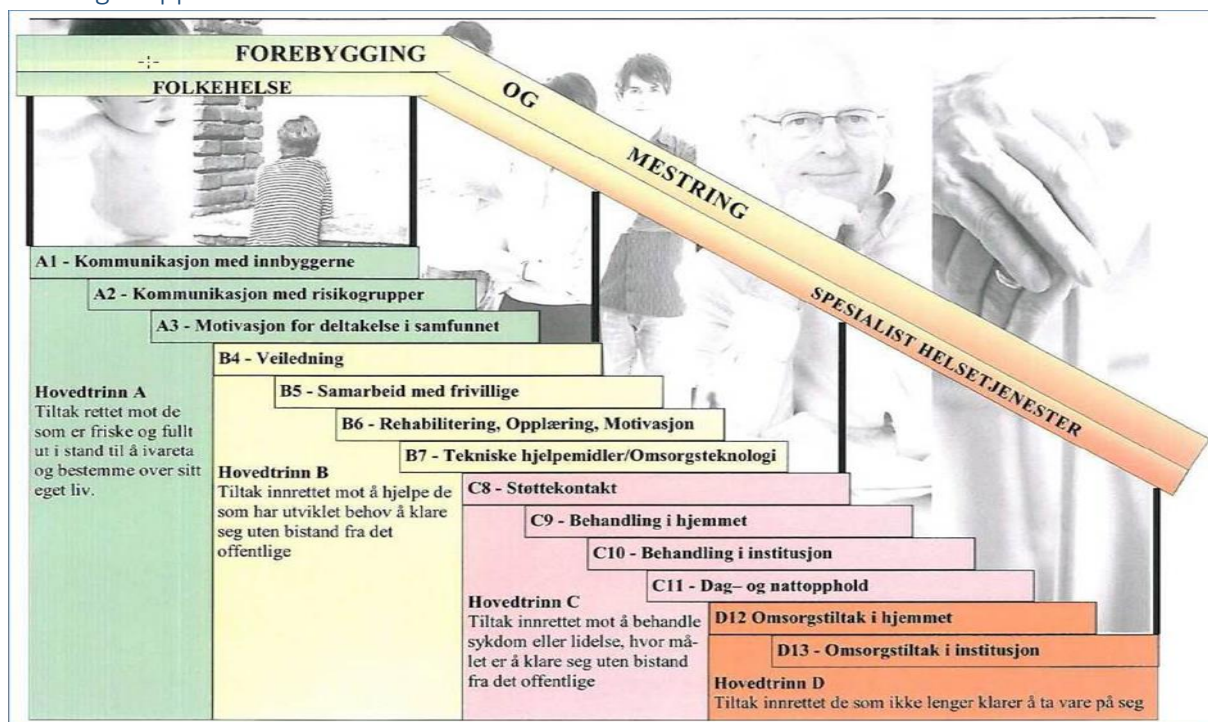
PROAKTIVE OG FOREBYGGENDE TJENESTER

MÅL:

- Omsorgskjede fundamentert på en omsorgsfilosofi som er bygget på LEON – prinsippet. (Laveste Effektive Omsorgs Nivå.)
- Forebyggende besøk for eldre med mål om å kunne ha et aktivt liv og bo lenger i sin egen bolig.
- Lærings og mestringstiltak som favner brede brukergrupper slik at vi unngår å bygge opp diagnoserelaterte tiltak/tjenester som ikke er bærekraftige over tid
- Tjenester med fokus på god livskvalitet, trivsel, mestring og selvstendighet.
- Rehabiliterings og habiliteringstanken er gjennomgående med utgangspunkt i den enkeltes sterke sider og ressurser og med mål om å opprette, gjenopprette, vedlikeholde eller redusere tap av funksjoner.
- Sikre tilstrekkelige tilrettelagte aktivitets- og sysselsettingstilbud til personer som ikke kan nyttiggjøre seg ordinære tilbud.
- Forebygge underernæring og feilernæring gjennom målrettet oppfølging av ernæring og måltidsfrekvens.

STATUS OG UTFORDRINGER:

Omsorgstrappen:



Figur 25. Omsorgstrappen. (Kilde: Helse- og omsorgsplan – meistring og tryggleik gjennom forebygging, rehabilitering og omsorg 2015 – 2019 Sula kommune.)

Begrepet «Omsorgstrapp» har endret seg siden planen ble vedtatt i 2012. Illustrasjonen i figur 25 fra RO (Ressurssenter for omsorgstjenester) viser hvordan fokus på folkehelse, forebygging og mestring har fått et mye større fokus i dagens tjenester. Omsorgstrappen illustrerer sammenhengen mellom brukerens behov og kommunens tjenesteyting og viser hvordan omfanget av tjenester blir større etter hvert som brukeren beveger seg ned trappa. Illustrasjonen er ment som et virkemiddel til å få fram

hvordan tjenestene henger sammen og påvirker hverandre og hvorfor det må være en sammenheng mellom funksjonstap og volumet på tjenesteytingen.

Selv om tjenestene beskrives som ulike «trinn i trappen» så er tjenestene i virkeligheten mer fleksible og sammensatte. Trinnene er delvis overlappende og tjenestene til den enkelte er som oftest individuelt tilpasset den enkelte bruker og fremstår ikke så standardisert som illustrasjonen kan gi et bilde av.

Forebyggende, oppsøkende virksomhet i forhold til hjemmeboende eldre:

Dette er et område som prioriteres etter øking i rammen fra 2017. Ressursene ligger til Forvaltningsenheten og vil være en viktig del av det forebyggende arbeidet blant eldre i Farsund.

«Demensvennlig samfunn»:

Over 77 000 mennesker i Norge har demens og minst 40 000 bor i sine egne hjem og det er et stort behov for å avmystifisere sykdommen og bygge ned samfunnsskapede barrierer.

Demensvennlig samfunn handler om at «Nasjonalforeningen for folkehelsen» ønsker at personell i offentlig og privat servicenæring, som for eksempel bibliotekarer, butikkmedarbeidere, kioskmedarbeidere, lokale kafeer, frisører, taxi-sjåfører, matbutikker, kommunens servicetorg, kirkemedarbeidere, treningssentre o.l. skal få opplæring i hvordan de best mulig kan møte mennesker med demens som bor hjemme.

Målet med Nasjonalforeningen for folkehelsens kampanje for et mer demensvennlig samfunn, er at mennesker med demens skal møte forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen som de trenger hjelp fra og at dette vil gjøre det mulig for dem å utføre vanlige hverdagsaktiviteter, som for eksempel: å handle, bruke offentlig transport, kommunisere med offentlige myndigheter, delta i foreningsliv, være fysisk aktive og kunne bruke kulturaktiviteter som for eksempel bibliotek, kino og konserter. Å gjøre Farsund til en «demensvennlig kommune» kan være et viktig tiltak for å bedre hjemmeboende dementes muligheter til å delta aktivt i samfunnet.

Tidlig oppdaging av sykdom og forverring av kjent sykdom:

Innbyggernes rolle:

Kunnskaper om sykdom, symptomer, forebygging og behandling er stadig økende i befolkningen. Dette skjer som følge av at informasjon er lett tilgjengelig på nett. Et nettsøk om et symptom kan gi innbyggeren nødvendig informasjon og gode råd om egenhåndtering av dette men ukritisk tillit til informasjon fra nettet kan også gjøre at man dropper en helt nødvendig legesjekk eller utvikler angst for sykdom.

Kunnskap om og ferdigheter i håndtering av egen sykdom er viktig for at innbyggere skal føle mestring og trygghet på tross av skrantende helse. Gjennom Farsund kommunes deltakelse i prosjekt TELMA¹⁵ gis brukere med KOLS, diabetes, hjertesvikt og andre kroniske sykdommer økte muligheter til å håndtere egen sykdom og oppdage forverring på et tidlig tidspunkt.

Tilbudet om e- læring til brukere med kroniske sykdommer og deres pårørende er økende og det er viktig at innbyggere i målgruppene informeres om disse tilbudene.

Fastlegenes rolle:

Fastlegene har en viktig rolle i forhold til tidlig oppdaging av sykdom og tidlig oppdaging av forverring av sykdom. Fastlegenes rolle og ansvar i dette arbeidet tydeliggjøres i endringer i Fastlegeforskriften i 2015 ([FOR-2015-10-29-1232](#) fra 01.11.2015):

Helse og omsorgstjenestens rolle:

Ansatte i helse og omsorgstjenestene har en svært viktig rolle i forhold til tidlig identifisering av ny sykdom og forverring av kjent sykdom. Helse og omsorgspersonell på alle nivåer, inklusiv hjemmehjelpere, bør ha grunnleggende kunnskaper og ferdigheter til å identifisere helsemessige endringer hos brukere og sikre at dette dokumenteres, formidles videre og følges opp på en faglig forsvarlig måte.

¹⁵ TELMA- Telemedisinsk oppfølging i Agder

TILT (tidlig identifisering av livstruende tilstander) er et verktøy som Farsund kommune, som første kommune i landet, tok i bruk i korttidsavdeling og i hjemmetjenestene. Dette er et viktig verktøy i samhandlingen mellom helsepersonell i helse og omsorgstjenestene og fastleger, legevakt og spesialisthelsetjenesten.

Lærings og mestringstiltak:

Sentrale føringer har stort fokus på lærings og mestringstiltak og noen tilbud er allerede gjennomført eller under gjennomføring i Farsund kommune.

Fallforebygging er i gang gjennom bruk av Motiview ute i aktivitetstilbud og i institusjon der målet blant annet er økt balanse og styrke. Målrettet bruk av dette har vist forebyggende effekt i forhold til fall. «Motiview er en sykkel med et motivasjonsverktøy som stimulerer personer med funksjonsnedsettelse, eldre og personer med demens til økt fysisk aktivitet. Videoer fra områder i Farsund kommune er blitt produsert og ved hjelp av levende bilder og lyd kan brukeren dra på virtuell sykkel i kjente omgivelser og til steder der brukeren har minner fra.

Gjennom informasjon på prosjekt «Livskafe for godt voksne» som har vært et samarbeid mellom pensjonistforeningen, Kaffe og prateklubben på Ekko og kommunen har eldre fått jevnlig informasjon om trening som kan forebygge fall og tiltak som kan forebygge fall og fallskader i eget hjem og utendørs.

Høsten 2016 ble det startet egen treningsgruppe for brukere med falltendens i regi av kommunal fysioterapeut. Foreløpig har det blitt gjennomført 2 treningsgrupper over 8 uker med teori og praktiske øvelser.

Gjennom frikslivssentralen har det også vært gjennomført lærings og mestringkurs for innbyggere med KOLS og diabetes og deres pårørende. Det gjennomføres også jevnlig lærings og mestringkurs for pårørende til innbyggere med demens. Tjenestene har også kompetanse til å tilby KID- kurs (kurs i mestring av depresjon), KIB- kurs (kurs i mestring av belastning), DU-kurs (mestring av depresjon for ungdom) og søvnkurs. Flere av lærings og mestringstilbudene skjer i samarbeid mellom kommunene i Lister der deltakere kan rekrutteres på tvers av kommunegrenser.

Rehabilitering og habilitering:

Farsund kommune har vært med i et 3-årig forskningsprosjekt med støtte fra Helsedirektoratet ift utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Prosjektet omfattet både mennesker med utviklingshemming, nedsatt funksjonsevne og eldre med funksjonsfall. Kommunen har valgt en modell der rehabilitering/habilitering i eget hjem ivaretas av ansatte ute i hjemmetjenestene i samarbeid med fysio- og ergoterapeut. Det har vist seg utfordrende å få implementert hverdagsrehabilitering som en ny måte å arbeide på. Å endre ansattes fokus fra «hva er i veien med deg»/ «hva kan vi hjelpe deg med» til et fokus der ansatte skal se etter ressurser hos brukeren, spørre «hva er viktig for deg?» og motivere til trening har vist seg å være en prosess som tar tid. Dette handler om endring av både riktig bruk av fysio- og ergoterapiressurser, holdninger, arbeidskultur og kompetanse. Det arbeides med dette i tverrfaglig forum der ansatte fra de enkelte enhetene deltar og skal være ressurspersoner og pådrivere i egen enhet, - og det arbeides med dette gjennom de foreslåtte endringene i organiseringen av tjenester

Tilrettelagte aktivitets- og sysselsettingstilbud:

Rus og psykisk helse:

Deltakelse i arbeidsliv og aktivitet er sentrale verdier i vårt samfunn. Arbeidsdeltakelse har betydning for den enkeltes identitet og stilling i samfunnet. Deltakelse sikrer inntekt og reduserer fattigdom, og er avgjørende for verdiskapingen. Mestring og selvtilit er i stor grad knyttet til arbeid. Mange som står utenfor eller i utkanten av arbeidslivet, ønsker derfor å være i arbeid. Mennesker med psykiske lidelser eller rusproblemer utgjør en stor del av dem som står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle ut.¹⁶

¹⁶ Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 – 2012

Mangel på tilrettelaget aktivitets og sysselsettingstiltak er et av utfordringsområdene som fremheves i brukerundersøkelsen «Hva er viktig for deg?» som ble gjennomført blant et utvalg brukere av rus og psykiatritjenester i Farsund i 2015. Aktivitet og sysselsetting fremheves blant annet som viktig del av ettervernet i forhold til mestring og mulighet for å bygge seg nye rusfrie sosiale nettverk.

Kommunen har behov for et supplerende tilbud til de allerede eksisterende tilbud for mennesker med samtidig rus og psykisk lidelse. Spesielt gjelder dette for gruppen menn i alderen 18 til 60. Det er behov for tilbud om daglig aktivitet gjennom hele uka, - fra morgen til ettermiddag. Tilbudet bør ha faste rammer og inneholde samling om felles måltider og utføring av oppgaver som gir mening og som samtidig mulighet for noe «avlønning».

Høsten 2015 ble prosjektet «I egen bolig» satt i gang, et samarbeid mellom Nav og psykisk helse i kommunen. Målgruppen: brukere med ROP utfordringer. Hensikten var å kunne mestre å bo hjemme med bistand i bolig samt finne meningsfulle aktiviteter i hverdagen. Det var i starten 2 ansatte som jobbet med dette. De utforsket og prøvde ut muligheter for ulike aktiviteter.

Fra mars 2016 ble aktivitetstilbudet/arbeidsgruppen på Egeland startet opp med en dag i uken.

Hovedprosjektet ble avsluttet pga. manglende økonomi sommeren 2016 og kun arbeidsgruppen ble videreført med 1 dag i uka ut året. Fra 2017 gikk det over fra prosjekt til en tjeneste i kommunen.

Planen var å øke til 2 dager i uka høsten 2017, men pga. manglende ressurser ble dette for sårbart personellmessig. Nå har enheten ansatt erfaringskonsulent og planlegger å øke tilbudet til to dager i uka,- oppstartstidspunkt er pr. i dag ikke avklart. Fra 01.01.2018 forventes det et bedre tilbud til gruppen, da vi midlertidig får disponere lokalene på Farøy. Skjærgårdsparken sysselsetter til enhver tid 3-4 personer som faller utenfor det ordinære arbeidslivet. Dette tilbudet har krav om å møte rusfri. I tillegg er det samarbeid mellom NAV og teknisk sektor i forhold til arbeidsplikten for unge sosialhjelpsmottakere som av ulike årsaker har falt ut av arbeid og utdanning. Her er det til enhver tid 3-4 deltakere som deltar i aktuelle vedlikeholdsoppgaver. En ansatt har ansvar for å lede arbeidet i denne gruppen. Målet er at deltakere skal komme seg ut i ordinært arbeid og i flere tilfeller så lykkes dette. Ordningen vurderes å fungere godt. Behovet for sysselsettings-/aktivitetstilbud til målgruppen med rus og psykisk lidelse bør kartlegging.

Demente- behov for utvidede åpningstider:

Antall plasser i dagaktivitet for demente er økt med 9 plasser fra 27 til 36 i perioden 2012- 2016, - en økning på 33 %. Kommunen driver sine dagtilbud 2 steder i kommunen, ved Farsund Omsorgssenter og ved Listaheimen i Vanse. Ved Farsund Omsorgssenter og Listaheimen er det til sammen tre ulike tilbud til demente; «Dagpost for demente», «Dagaktiviteten» og «Hobbyen på Listaheimen». Kommunen har søkt og fått tilskudd fra Helsedirektoratet til økte plasser for demente i 2015. Tilskuddet er videreført i 2016. Oppbyggingen av tilrettelagte boliger og nytt dagtilbud ved Listaheimen vil øke dette tilbudet.

Dagens aktivitetstilbud har faste åpningstider og både transport og aktivitetene er lagt opp ut fra forutsetninger om at alle brukerne kan møte til ca. samme tid. Dette gir lite fleksibilitet og gjør det vanskelig å møte den enkelte brukers behov og ønsker. Noen brukere har behov for å starte dagen sin senere enn andre, - mens andre har behov for å kunne være lengre i aktivitet enn det dagens åpningstider gir muligheter til.

Dagens åpningstider i aktivitetstilbudene skaper høyt press i hjemmetjenestene på morgenen i ukedagene. Det samme trykket oppstår etter endt aktivitetstilbud og dette gir lite rom for følge opp den enkelte i forhold til individuelle behov og ønsker. Evalueringen av planen viser at det er behov for et aktivitetstilbud som strekker seg utover ettermiddag/kveld og som er mer fleksibelt i forhold til åpningstider og deltakelse.

Et utvidet tilbud antas å gi blant annet følgende gevinster:

- fleksibilitet i aktivitetstilbudet, - bedre tilpasset den enkelte
- ivareta sosiale behov/forebygge svekket kognisjon
- brukere kan spise lunsj, middag og eventuell kveldsmat før hjemreise, - sikre bedre ernæring av
- den enkelte.
- bedre døgnrytme som følge av økt aktivitet på dagtid.

- faste ansatte følger brukeren over tid, -gir mulighet til å følge brukeren over lengre tid og dermed
- kunne identifisere endringer i helse og funksjonsnivå tidligere
- avlaster hjemmetjenestene for oppgaver på morgenen og i perioden mellom klokka 15 og 18.
- brukere får bedre struktur på dagen og færre ansatte å forholde seg til
- pårørende kan få fast avlastning på ettermiddagen

Utviklingshemmede:

I mange år har man nå jobbet for full inkludering av personer med utviklingshemming eller andre funksjonshemninger både i barnehager og skoler, og har med dette fått en ny generasjon funksjonshemmede som er vant til et liv med stor grad av inkludering. Overgangen fra videregående skole og over i et tilrettelagt arbeid oppleves derfor som vanskelig for mange, fordi det tilbudet de får presentert i all hovedsak er et skjermet tilbud i spesielle bedrifter og enheter.

<https://naku.no/prosjekt/arbeid-helse-og-utviklingshemming>

Det å ha en jobb er viktig også for at mennesker med utviklingshemming skal føle at de er til nytte og oppleve at de både er selvstendige og en del av et fellesskap. Det er viktig at alle får mulighet til å få brukt sin arbeidsevne.

Også i VTA-bedriftene går utviklingen i retning av at personer med utviklingshemming taper i kampen om arbeidsplasser. Selv om antallet tiltaksplasser i VTA er økt betydelig de senere årene, har ikke dette medført noen vesentlig økning av antallet personer med utviklingshemming som deltar i tiltaket. Nye plasser har i hovedsak blitt tildelt personer med andre typer funksjonsnedsettelse¹⁷

Også i Farsund er situasjonen for utviklingshemmede at etter videregående skole så mangler det muligheter for et arbeidstilbud. Bedriften Q-43 gir tilbud om VTA-S -plasser (varig tilrettelagte arbeidsplasser i skjermet virksomhet) til kommunene Farsund og Lyngdal. Det er en utfordring at antallet VTA - S- plasser på langt nær dekker etterspørselen.

Muligheten for deltakelse i arbeidslivet for mennesker med utviklingshemming er utfordrende på landsbasis. Som et resultat av dette gjennomføres nå prosjektet «HELT MED»¹⁸ i noen kommuner. Prosjektet handler om å få flere mennesker med utviklingshemning ut i det ordinære arbeidslivet. Samordningsrådet (SOR) har sammen med FO, Fagforbundet, Fellesforbundet og Handel og kontor utviklet en modell der jobbene som opprettes for personer med utviklingshemming tar utgangspunkt i faktiske arbeidsoppgaver som er nyttig for virksomhetene å få utført, - virksomhetene og arbeidstakerne følges opp i arbeidspraksis og etter ansettelsen, - personene med utviklingshemming beholder sin uføretrygd og mottar i tillegg en viss lønn fra virksomhetene og arbeidstakerne har ordinære kontrakter, med unntak av spesielle lønnsbetingelser. En grunnleggende idé ved modellen er å skape et stort volum med arbeidsplasser og arbeidet i den enkelte kommune starter med dialog med ledelsen i hotell-, butikk-, cafe-, restaurantkjeder og andre kjeder i det private næringsliv, og ikke minst gjennom kontakt med ledelsen i kommuner og store offentlige organisasjoner. En del av kostnadene i «HELT MED» vil være knyttet til oppfølging, og her forutsetter prosjektet at bostedskommunen til den aktuelle arbeidstaker dekker dette.

¹⁷ Meld. St. 45 Frihet og likeverd, 2012-2013.

¹⁸<http://www.samordningsradet.no/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocumentId=71026>

Aktivitetskontakter som alternativ til støttekontakter:

Støttekontakt er en tjeneste for å hjelpe den enkelte til meningsfull fritid og sosialt samvær. Avhengig av hva tjenestemottakeren har behov for og ønsker, kan det innebære følge til ulike fritidsaktiviteter, sikre kontakt eller nødvendig støtte til å mestre sosiale situasjoner.

Tjenesten kan være et viktig og nødvendig tiltak for noen men kan også være et hinder for målrettet arbeid mot selvstendigjøring, aktiv deltakelse og integrering for andre. Det å ha med seg en støttekontakt i aktiviteter er synlig, kan virke stigmatiserende og kan bli en barriere for kontakt og deltakelse.

Et alternativ og supplement til støttekontakt kan være aktivitetskontakter med ansvar for å hjelpe enkeltmennesker med behov for støtte til aktivitet og sosialt samvær inn i ordinære tilbud i samarbeid med lag, foreninger og privatpersoner. Dette må skje i et nært samarbeid med brukeren i forhold til kartlegging av ressurser, interesser og ønsker og der det er rom for at brukeren kan prøve ut ulike tilbud før en bestemmer seg. Utprøving av aktivitetskontakter er avhengig av et godt og forpliktende samarbeid med lag og foreninger. Målsettingen vil være at aktivitetskontakten trekkes ut når brukeren enten er selvstendig i deltakelsen eller brukeren inkluderes og ivaretas av andre deltakere i aktiviteten. Mens støttekontakten er knyttet til en bruker, kan aktivitetskontakten være ressursperson for flere. Mens støttekontakten i liten grad synes å bidra til økt nettverksbygging vil aktivitetskontakter kunne bidra aktivt til dette.

Aktivitetskontakter kan også knyttes opp mot å lede faste grupper med tilrettelagte aktiviteter der gruppene består av flere brukere og aktivitetene kan være delvis brukerstyrte, og delvis være styrt av aktivitetskontakten.

Utprøving av en ordning med aktivitetskontakter kom fram som et aktuelt tiltak i arbeidet med brukerundersøkelsen innen psykisk helse og rus. Utprøving er også et ønske fra enheter for funksjonshemmede.

Aktivitet i sykehjem og tilrettelagte boliger:

Sang i eldreomsorgen:

Musikkterapi i eldreomsorgen i Farsund er et viktig tiltak som skjer i samarbeid med enhet for kultur. Det er dokumentert at personer som deltar i kulturaktivitet «opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet sitt og har mindre forekomster av angst og depresjon»¹⁹. Miljøtiltak og nye måter å møte pasientgrupper på har vist seg å virke positivt på behandling, livskvalitet, medikamentbruk og personellressurser. Blant annet så viser nyere studier at når ansatte får mulighet til å bruke sang, musikk m.m. systematisk og terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens, og mot utagering ved stell og daglige aktiviteter. Slike tiltak kan også løfte fram ressurser hos den som mottar omsorg.

Listahheimen er en del av den landsomfattende satsingen «Krafttak for sang» der sang skal benyttes i ulike sammenhenger med økt trivsel, bedre livskvalitet og et positivt psykososialt miljø som mål. Kursing av ansatte i første modul av «omsorgssang»²⁰ er under gjennomføring.

Aktivitetstavlen på omsorgsboligene FOS:

Med økonomisk støtte fra frivillige organisasjoner er Farsund, som første kommune i landet, i ferd med å pilotere en løsning kalt «Touch & play» fra i 28 omsorgsboliger med tilknyttet bemanning ved Farsund Omsorgssenter. Teknologien skal benyttes i oppfølging av hjemmeboende brukere som har behov for bistand til aktivisering, habilitering/ rehabilitering og sosialisering.

Løsningen består av en applikasjon med ulike spill og aktiviteter.

Eksempler på aktiviteter som kan gjennomføres i løsningen:

- hurtighetsspill/ reaksjonstrening: Drepe fluer med fluesmekker, fange ting i en valgt farge
- memoryspill - finne to like brikker
- sosial kveld; konsert med trubadur og sangtekst på storskjermen.
- puslespill, hvor man kan bruke hendene eller stokken til å dra brikkene sammen

¹⁹ materiale fra HUNT3-undersøkelsen: Cuypers, Koenraad et al, 2011

²⁰ <http://www.sangioldreomsorgen.no/omsorgssang/>

- tegnestykker med varierende vanskelighetsgrad
- kommunikasjon med pårørende og venner gjennom lyd og bilde via Skype

Touch & play er en allsidig løsning som gjør at den kan brukes til både yngre, voksne og eldre innbyggere. Innholdet kan tilpasses den enkelte alt etter behov, ressurser og interesser. Løsningen kan bidra til økt aktivitet samtidig som aktivitetene kan oppleves morsomme og frembringe minner fra barndommen. Løsningen er mobil og passer personer som både sitter og står og en stor skjerm gjør at nedsatt finmotorikk eller nedsatt syn ikke utgjør et problem for bruken.

Sertifisering Livsgledesykehjem:

I evalueringen er det kommet innspill om sertifisering av sykehjemmene i Farsund som «Livsgledesykehjem».²¹ Sertifiseringsordningen Livsgledesykehjem er en standard som eies og driftes av Livsglede For Eldre (LFE). For å sertifiseres må ulike spesifikke kriterier oppfylles. Livsgledesertifiseringen er et langsiktig endringsarbeid, som vil kreve aktiv oppfølging over flere år. Sertifisering innebærer i tillegg økonomiske forpliktelser. Hvis kommunen skal delta i ordningen, krever LFE at kommunen ansetter en ekstern prosessveileder kalt livsgledekonsulent som skal veilede i sertifiserings- prosessen og fungere som mellomledd mellom kommunen og LFE. Når kommunen har inngått samarbeidsavtale med LFE må kommunen, i dialog med LFE, ansette en egen livsgledekonsulent. Kommunen skal i tillegg betale en startavgift på kr 110 000 som dekker driftsutgifter for LFE fra oppstart og ett år fram i tid. Ett år etter oppstart og påfølgende år blir kommunen fakturert en årsavgift på kr 30 000. Videre kreves også en årsavgift på kr 30 000 pr virksomhet/sykehjem som deltar.

Organisering av kommunens aktivitetstilbud:

I arbeidet med evalueringen av organiseringen av tjenestene har det kommet innspill med forslag om å opprette en ny «Enhet for mestring og aktivitet» der alle aktivitetstilbud sammen med en ny tjeneste for praktisk bistand opplæring samles under en felles ledelse. Målet med dette er blant annet å få bedre utnyttelse av aktivitetstilbudene samt å gi aktivitetstilbud som ikke er knyttet mot diagnose men mot behov og interesser hos den enkelte.

Forebygge under- og feilernæring:

Gjennom endring i Iplos- registreringene skal brukere som mottar institusjons - eller hjemmetjenester kartlegges i forhold til ernæring og tiltaksplaner skal utarbeides og følges opp for brukere med behov for ekstra tiltak knyttet til ernæring.

Gjennom sentrale føringer, oppslag i media og innspill lokalt er det også stort fokus på og forventninger om at kommunen ser på sine rutiner når det gjelder tidspunkter for servering av måltider. Dagens rutiner i institusjoner og boliger med bemanning gjør at det ofte er for liten tid mellom frokost, lunsj og middag og at siste måltid serveres så tidlig på kvelden at nattfasten blir lengre enn anbefalt. Det er også utfordringer knyttet til at hjemmeboende brukere ikke ivaretas godt nok i forhold til ernæring.

Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader som følger av feil medikamentbruk. Fastlegeforskriften § 25 pålegger fastlegene å oppdatere legemiddelliste når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret. Fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnbyggeren. Kravet om legemiddelgjennomgang kom fra 2016 også inn i Iplos-registreringene i forhold til brukere som tjenestene følger opp og som tar 4 eller flere legemidler. Rutiner for samarbeid mellom fastlegene og tjenestene i forhold til legemiddelgjennomgang er utarbeidet og under utprøving.

²¹ <http://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2016/03/Beskrivelse-av-sertifiseringsordningen-Livsgledesykehjem.pdf>

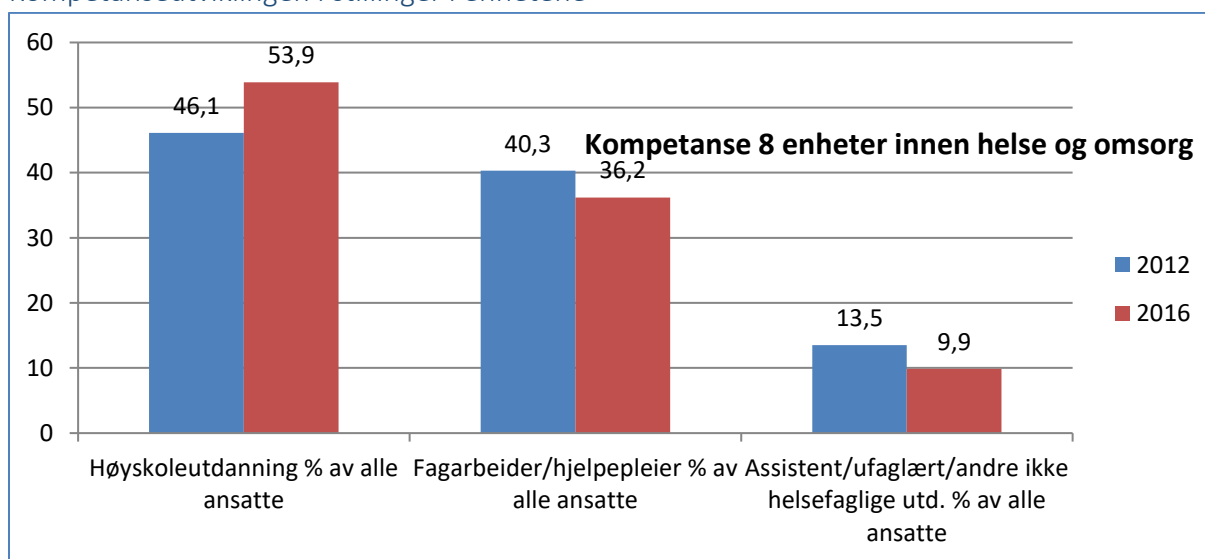
KOMPETANSE OG REKRUTTERING

MÅL:

- Helse- og omsorgstjenester har aktive og engasjerte medarbeidere med god faglig kompetanse til å ivareta stadig mer komplekse oppgaver og nye oppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.
- Økt andelen ansatte med helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning
- Økt andel fagarbeider
- Tverrfaglig kompetanse tilpasset oppgaver og faglige utfordringer
- Farsund kommunes helse og omsorgstjenester er attraktive arbeidsplasser, hvor det legges vekt på kompetanseutvikling og faglige fellesskap, slik at fagutdannet personale ønsker å jobbe her.
- Kompetanse deles aktivt mellom enhetene og mellom sektorer

STATUS OG UTFORDRINGER:

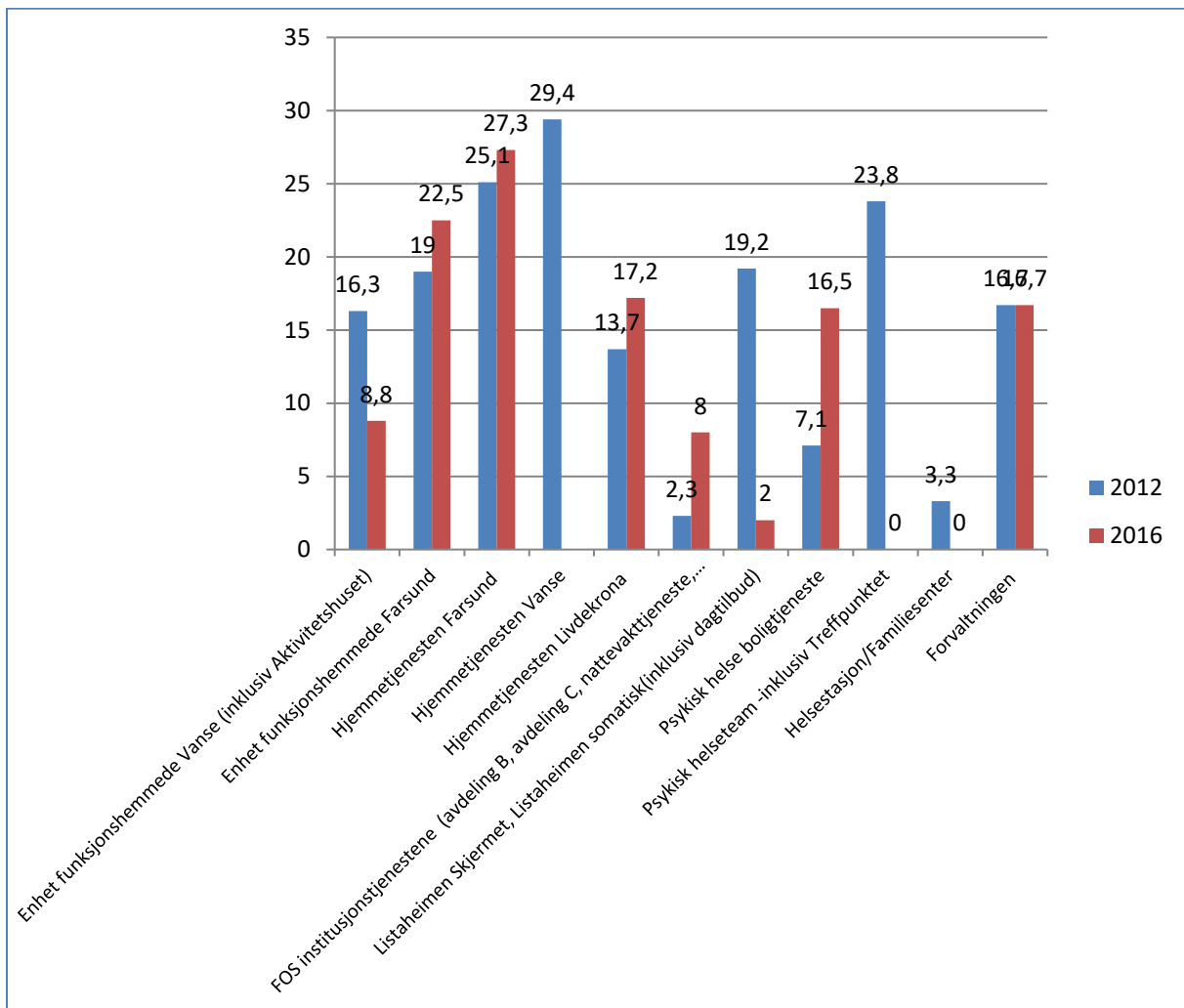
Kompetanseutviklingen i stillinger i enhetene



Figur 26. Fordeling av kompetanse innen de 8 enhetene med turnustjenester (hjemmetjenester og institusjonstjenester samlet) mai 2016

Andelen helsefaglig høyskoleutdannede i tjenestene er økt fra 46,1 % til 53,9 % i gjennomsnitt i alle enheter som yter helse og omsorgstjenester (mars 2016). En del av den prosentvise økningen innenfor høyskoleutdannede kommer som følge av nyopprettede sykepleierstillinger knyttet til opprettelse av KØH tilbudet og styrking i hjemmetjenestene som følge av samhandlingsformen. Andelen ansatte med fagarbeider/hjelpepleierkompetanse er samtidig redusert fra 40,3 % til 36,2 %. Det kan se ut som at omgjøring av ledige stillinger til helsefaglig høyskoleutdannede har gått på bekostning av fagarbeider/hjelpepleierstillinger og i mindre grad på bekostning av årsverk for ufaglærte slik som forutsatt i planen. Dette må justeres i det videre arbeidet med å øke kompetansen. Andel ufaglærte/ansatte med ikke helsefaglig kompetanse er gått ned fra 13,5 % til 9,9 %, noe som er en mindre nedgang enn forventet. Vi må samtidig forvente at tjenestene alltid vil ha en andel ufaglærte

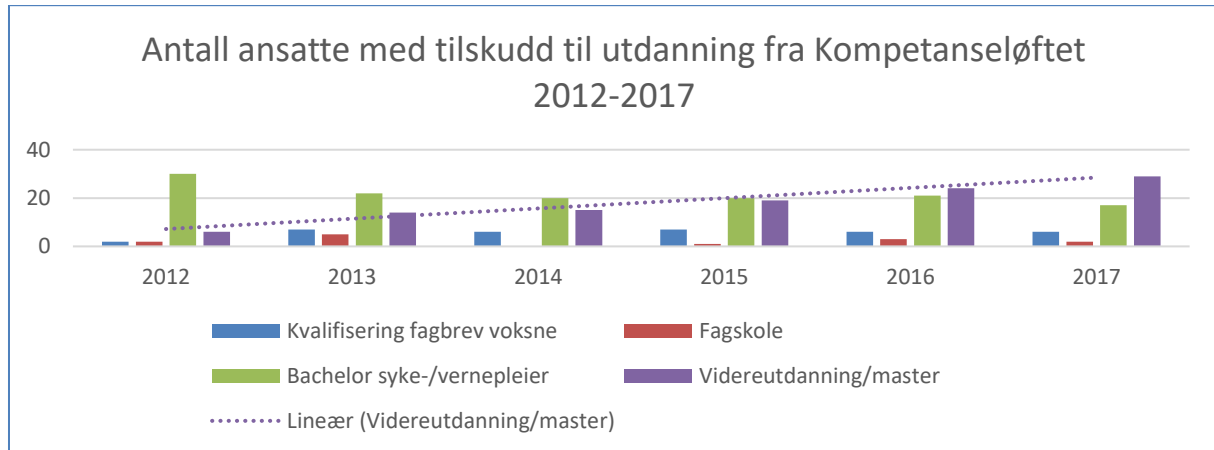
innen tjenesten BPA – brukerstyrt personlig assistanse der det ikke er krav til formell kompetanse hos assistentene.



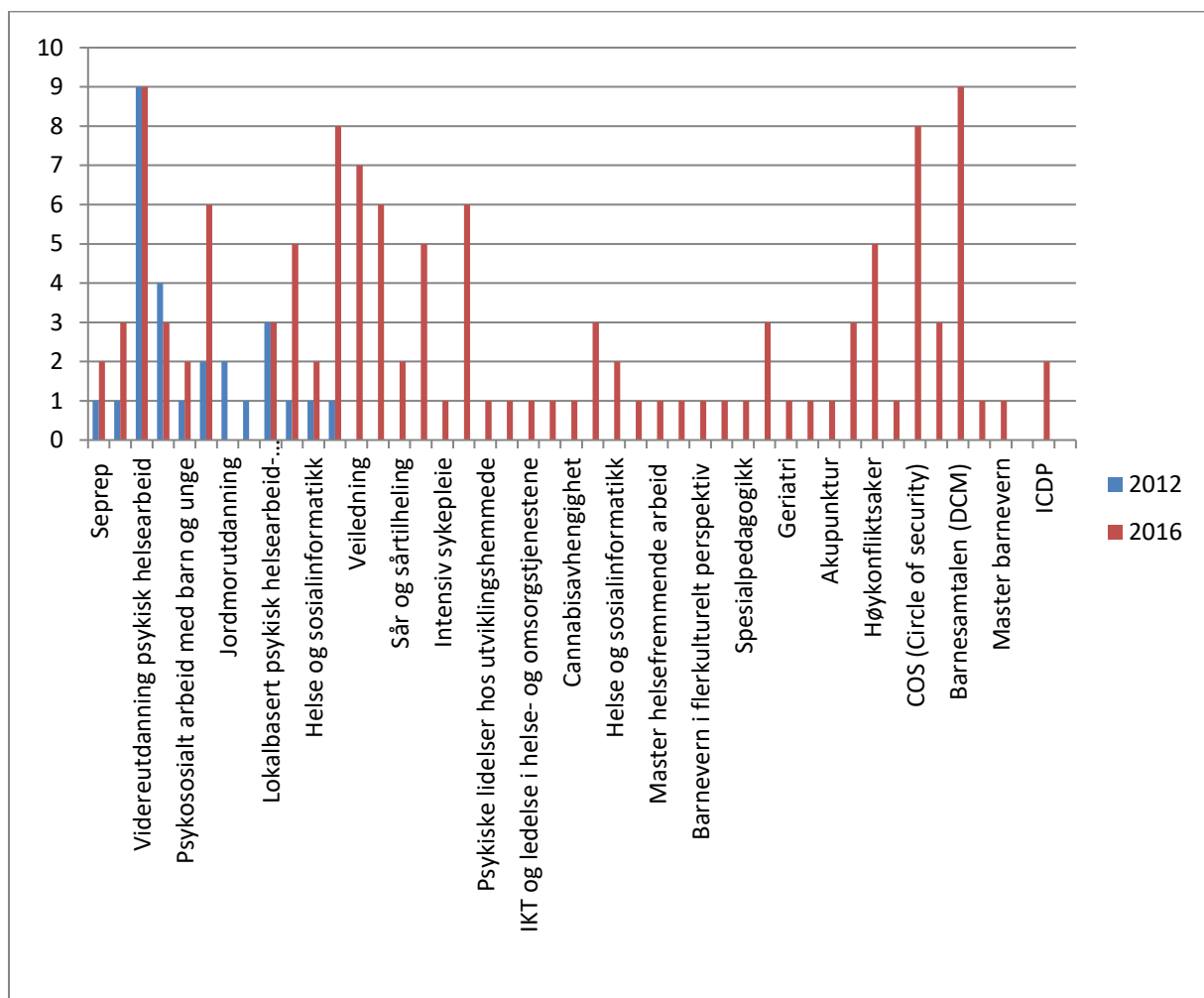
Figur 27. Utviklingen av andel ansatte uten formell kompetanse i enheter med turnustjenester fra 2012 til 2016

Tallene for 2016 viser at enhet for funksjonshemmede i Farsund, hjemmetjenesten i Farsund, hjemmetjenesten i Livdekrone, institusjonstjenestene ved FOS og boligjenesten innen psykisk helse har hatt en negativ utvikling med en større andel ufaglærte i denne perioden. Årsakene er sannsynligvis sammensatt men kan blant annet skyldes at ufaglærte ansatte gjennom midlertidige ansettelser som vikar opparbeider seg rett til fast stilling. Samtidig hadde enhet for funksjonshemmede i Vanse, Listahjemmen, hjemmetjenesten i Vanse, psykisk helseteam og helsestasjonen betydelig reduksjon av andelen ufaglærte.

Utdanninger og videreutdanninger:



Figur 28. Antall ansatte med tilskudd fra Kompetanseløftet (Fylkesmannen). Figuren viser at det har vært en øking fra 2012 – 2013 av voksne ufaglærte som tar fagbrev innen helse og omsorgsfaget og dette antallet har holdt seg rimelig stabilt. Samtidig er det svært få ansatte med fagbrev som søker seg til fagskole som gir tilbud om videreutdanning for ansatte med fagbrev. Antall ansatte som tar bachelor sykepleier- og vernepleier gikk litt ned fra 2013 til 2013 men har deretter holdt seg ganske stabilt. Flere av disse har tatt utdanning på deltid og har arbeidet deltid eller i studentstillinger under utdanningen. Det er i perioden en betydelig øking av ansatte som tar videreutdanning/master.



Figur 29. Utvikling ansatte med videreutdanning i sektoren totalt (inkludert barnevern og NAV) i 2012 og i 2016

Figuren viser en dramatisk økning i antall ansatte med videreutdanning og er også et bilde på økingen og variasjonen av tilbudet innen videreutdanninger og masterutdanninger fra 2012 til 2016.

ABC – utdanninger:

En stor del av ansatte i institusjonstjenestene og hjemmetjenestene har gjennomført ulike ABC- kurs som er et studiemateriale beregnet til bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper.

Heftene gir faktakunnskap om ulike tema og har arbeidsoppgaver og spørsmål fra egen praksis til ettertanke og refleksjon i grupper. Kommunen får gjennom søknad om kompetansemidler fra Fylkesmannen tilskudd til ulike ABC- kurs.

Følgende ABC- kurs er gjennomført eller under gjennomføring i enhetene:

Eldreomsorgens ABC, Demensens ABC, Psykiske sykdommer i eldre år, Miljøpermen ABC (demente), Mitt livs ABC (utviklingshemmede), Velferdsteknologiens ABC

Kompetanse i forhold til utfordrende atferd:

Innenfor de fleste enheter er det i perioder utfordringer knyttet til oppfølging av brukere som av ulike årsaker viser atferdsmessige endringer som kan være vanskelig å håndtere. De fleste tilfellene er i enheter i forhold til brukere med utviklingshemming, demens, rus og psykiske lidelser, - ikke sjelden har brukere flere samtidige diagnoser. Utfordrende atferd kan handle om selvskading, selvstimulering, vold mot ting eller personer, trusler, lovbrudd, avvikende seksuell atferd og brudd på sosiale normer.

Det kan være mange ulike årsaker til utfordrende atferd. Eksempler kan være dårlig tilpasset oppfølging, ikke egnede boforhold, manglende kommunikasjonsferdigheter, lite aktivitet i hverdagen, kroniske smerter, kroppslige irritasjoner, bivirkninger av medisiner, hypersensitivitet for sensoriske stimuli, hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, nevrologiske skader og diverse syndromer.

Tjenestene mangler i mange tilfeller kompetanse i forhold til å kartlegge og etablere felles forståelse av hva problemet er, og hva som er aktuelle tiltak.

Dette handler om kultur og holdningsarbeid der brukeren nå få god hjelp der brukeren er uten å måtte flyttes til en annen enhet eller en annen avdeling. Dette handler også om å øke den generelle og spesifikke kompetansen. i forhold til:

- kartlegging av årsaker og atferdens funksjon, - mindre fokus på hva personen gjør, - mer fokus på hvorfor
- strategier som kan forebygge at utfordrende atferd oppstår
- strategier for å håndtere den utfordrende atferden i det øyeblikk den forekommer
- strategier som kan gi varige endringer i atferd over tid

Psykiske lidelser hos utviklingshemmede og demente.

Det er behov for økt kompetanse innen området psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming og eldre med demens. Dette er sårbare grupper i forhold til kommunikasjon og relasjoner. Dette er mennesker som i liten grad har muligheter til å nyttiggjøre seg av de ordinære tilbudene fra psykisk helse, - både de kommunale tilbudene og tilbudet fra spesialisthelsetjenestene. Samtidig er dette mennesker som er sårbare for endring både når det gjelder personell og fysiske omgivelser. Hjemmetjenestene har ofte en nøkkelrolle i oppfølgingen og det er viktig at det sikres grunnleggende kompetanse i disse tjenestene.

Samhandlingskompetanse:

Endringer i tjenesteytingen stiller krav til ny kompetanse i forhold til samhandling internt i tjenester, mellom tjenester, mellom nivåer og ikke minst med brukere og pårørende.

Noen kjennetegn på hva god samhandling innebærer:²²

- å forstå at å lytte er viktigere enn å snakke
- å være seg bevisst at det viktigste ikke er at jeg sier det, men at det blir sagt.

²² <http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/42787>

- å være i stand til å se egen kompetanse og egen begrensning
- å vite hva de andre kan og hva som er deres rolle og funksjon
- å evne å ta imot kontinuerlig tilbakemelding på hvordan jeg virker i samspill med andre
- å være i stand til å stå i en vedvarende prosess
- å evne å bruke personlige egenskaper og styrker som ikke nødvendigvis har mye med fag og profesjon å gjøre, men som har mye med meg som person å gjøre.

Å lære samhandlingskompetanse handler i hovedsak om:

Kommunikasjon: For å få samarbeidet til å fungere innad i tjenestene og mellom tjenester er man avhengig av god kommunikasjon både faglig og personlig. For at et budskap skal nå frem er det nødvendig å etablere tillit og skape klima for samarbeid. Dette handler om bevissthet både i forhold til innhold, relasjonelle forhold og kontekst.

Kommunikasjon med bruker og pårørende er helt avgjørende i det tverrfaglige arbeidet og et godt samarbeidsklima bereder grunnen for en vellykket prosess. Å tilegne seg forståelse for brukers situasjon og hans/hennes behov og ressurser er avgjørende. Bruker må tas aktivt med i forhold til de vurderinger som gjøres i løpet av prosessen og gjennom dialog må man sikre at brukeren har tilstrekkelig viten om de muligheter som fins.

I tillegg handler samhandlingskompetanse om:

- likeverdighet, gjensidig respekt og mulighet til innflytelse
- møteplasser med mulighet for felles informasjonsutveksling, diskusjon, refleksjon og vurdering
- dokumentasjon som følger de faglig og juridisk retningslinjer og gir god informasjonsflyt
- at brukere skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjede
- gode tjenesteforløp der tjenester henger sammen og gode overganger sikres
- individuelle planer
- koordinator i kommunen - alle personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester i kommunen skal tilbys koordinator
- koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

Samhandlingskompetanse vil være et viktig område for kompetanseutvikling i tjenestene.

Rekruttere og beholde kompetanse:

Det er utfordringer knyttet til rekruttering av personer med relevante høyskoleutdanninger og til spesialstillinger både innen helse-, omsorg og barnevern. Eksempler på dette er rekruttering til stilling som jordmor og psykolog. Til stillinger som fysioterapeut og ergoterapeut har kommunen derimot hatt mange og godt kvalifiserte søkere. Også til fagarbeiderstillinger er søkermassen vanligvis god til utlyste stillinger.

Det kan være ulike forhold som påvirker rekrutteringen som f.eks:

- Stillingsstørrelse, mulighet til 100% stilling og til fast stilling
- Lite faglige utfordringer
- Turnusløsninger
- Faren for faglig ensomhet
- Mulighet for samarbeid med andre fagpersoner
- Innholdet i stillingen, - faglige utfordringer og mulighet til faglig utvikling
- Ansvarsområdet til stillingen
- Avlønning
- Muligheter for veiledning og etterutdanning

Innen enhetene i helse- og omsorg rekrutteres mange høyskoleutdannede gjennom intern rekruttering der ansatte tar ønsket høyere utdanning mens de fortsetter å arbeide deltid eller i studentstillinger under studiet. Flere syke- og vernepleiere rekrutteres også gjennom eksterne utlysninger av studentstillinger der studenter gis mulighet til stipend ved å binde seg til arbeid i helger og ferier gjennom studietiden. Mange av disse velger å fortsette i Farsund kommune etter endt utdanning. Rekruttering handler også om å beholde fagkompetansen som rekrutteres eksternt eller bygges opp internt. Tjenestene har lite samlet kunnskap om årsaker til at ansatte velger å slutte og det mangler en samlet strategi som kan forebygge at kompetanse forsvinner.

Det er behov for å evaluere nåværende virkemidler for rekruttering og vurdere endringer og nye tiltak i forhold til å rekruttere og beholde fagpersonell.

Sikre tverrfaglighet og spisskompetanse i rekruttering:

Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette innebærer blant annet å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene. Dette handler både om tverrfaglighet i tjenestene og spisskompetanse innenfor områder der tjenestene har utfordringer. I de fleste tjenestene i Farsund er tverrfagligheten i liten grad til stede. Hjemmetjenestene, korttidsavdeling og langtidsplasser for somatikk og til demente bemannes i hovedsak med sykepleiere og helsefagarbeidere. Innenfor enheter for funksjonshemmede, i barnevernet og i NAV er det et større mangfold av utdanninger.

Det er behov for å se på hvorvidt dagens rekrutteringspraksis møter de tverrfaglige, sammensatte behov til dagens brukere. Det er for eksempel behov for å vurdere om høyskoleutdanninger med fordypning i arbeid med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker og som kan jobbe strukturert med målrettet miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid bør sterkere inn i hjemmetjenester og institusjonstjenester.

«Menn i Helse»:

Menn i helse er et rekrutteringsprogram i regi av KS hvor menn tilbys et komprimert og forutsigbart utdanningsløp frem mot fagbrev som helsefagarbeider der deltakerne i prosjektet rekrutteres via NAV. Prosjektet er avhengig av forpliktende samarbeid mellom NAV lokalt og deltakende kommuner. Menn i helse prosjektet har også samarbeid med Fylkeskommune og Fylkesmann.

De aktuelle deltakerne starter med tre måneder som «helserekruiter» i sykehjem. Etter utvelgelse tilbys inntil 20 menn Vg1 helse- og oppvekstfag og Vg2 helsearbeiderfag. Både i rekruttperioden og når de går Vg1/Vg2 beholder deltakerne sine ytelser fra NAV. Etter endt teoriopplæring tegnes det lærekontrakt med en kommune. Deltakerne blir da lærlinger og mottar lærlingelønn fra kommunene. Farsund kommune har i oktober 2017 deltatt på informasjonsmøte om prosjektet i Agder og ønsker å delta i prosjektet fra 2018.

BOLIGER OG BOFORMER

MÅL:

- Det legges vekt på tiltak som muliggjør at mennesker kan bo lengst mulig i eget hjem.
- Det legges vekt på tiltak som gir mulighet for at innbyggere med helseutfordringer selv kan leie- eller eie bolig i det ordinære boligmarkedet
- Øking av institusjonsplasser først og fremst i form av videreutvikling av kortidsfunksjoner. Det vil si at innbyggerne skal få midlertidige tilbud om:
 - observasjon, oppfølging og behandling i form av døgnbasert øyeblikkelig hjelp for å unngå unødvendig innleggelse i sykehus
 - avklaring/kartlegging av enkeltpasienter etter utskrivning fra sykehus
 - utredning og kartlegging av behov for tjenester og hjelpemidler dersom dette ikke er mulig i brukerens hjem
 - rehabilitering og opptrening
 - tilbud om smertelindring og omsorg ved livets slutt (palliativ behandling)
 - avlastning til pårørende som påtar seg tyngende omsorgsoppgaver
- Boliger tilrettelagt for heldøgns bemanning eller langtidsplass i institusjon prioriteres for personer med så omfattende døgnbasert omsorgsbehov at oppfølging ikke kan faglig forsvarlig ivaretas i hjemmet.

STATUS OG UTFORDRINGER:

Tilrettelegging av private boliger/boligplanlegging:

Gode tilrettelagte boliger for eldre reduserer behovet for bygging av omsorgsboliger i kommunal regi ifølge KS- rapporten «Heldøgns omsorg- kommunenes dekningsgrad 2016».

Farsund har mange eldre hus, som er utfordrende å tilrettelegge, bebodd av skrøpelige eldre.

Fremover vil det være viktig å se heldøgnsstilbud i sammenheng med andre botilbud til eldre.

Sentrumsnære boliger kan være attraktive for personer over 50 år og i slike leiligheter kan det være lettere å møte alderdommen, enn i store, tungvinte eneboliger. Samtidig kan slike botilbud legge grunnlag for mer rasjonell drift av hjemmetjenestene.

Kommunens rehabiliteringsteam bidrar til at private boliger kartlegges og tilrettelegges ved søknad om tjenester slik at innbyggere kan fortsette å bo i eget hjem også ved sykdom og skade. En del eldre har privat bolig som er svært vanskelig og noen ganger umulig å tilrettelegge slik at personen kan ivaretas i eget hjem etter sykdom/skade.

I Farsund bidrar dårlig tilrettelagte private boliger til press på kommunale omsorgsboliger. Det har til nå ikke vært en proaktiv tilnærming fra kommunens side i forhold til å bidra til at private hjem tilrettelegges best mulig ved ombygging/nybygg eller bidra til at innbyggere anskaffer seg tilrettelagt boliger selv når alder og helseutfordringer gjør det vanskelig å bo i dagens bolig. Når ordning med forebyggende hjemmebesøk blir iverksatt vil dette være et naturlig tema.

Kommunale utleieboliger:

I enhetene for funksjonshemmede er det en trend der flere velger å kjøpe eller bygge egen bolig, alene eller sammen med andre. Det siste tilskuddet er at 5 personer bygger selvstendige leiligheter som er samlokalisert og uten tilknyttet fellesareal. Dette er brukere som kan klare seg med at hjemmetjenestene ikke er tilstede i boligen på døgnbasis. Pr. 02.10.17 er 3 leiligheter ledige i eller i tilknytning til to ulike bofellesskap. Leilighetene her er tilpasset brukere med omfattende bistandsbehov med behov for nærhet til tjenesteytere. Behovet for denne type botilbud kan synes å være redusert etter hvert som leietakere som har en bakgrunn fra sentralinstitusjoner faller vekk. Pr. 12.10.17 er 5 kommunale boliger som disponeres av NAV ledige.

Erfaringer de senere år er at også stadig flere av innbyggere som tidligere henvendte seg til NAV for å leie bolig, - kjøper sin egen bolig eller leier boligen sin selv. Et godt privat leiemarked har sannsynligvis vært en medvirkende årsak til nedgang i etterspørselen.

Behovet for «hardbruksboliger» varierer med behovet for akuttboliger og pr. 12.10.17 står alle de tre hardbruksboligene ledige. Viktige årsaker til at disse boligene er lite attraktiv er blant annet en beliggenhet som gjør det vanskelig å komme seg til butikk, lege og andre sentrale servicefunksjoner dersom leietaker ikke har bil og selv kan kjøre bil. I tillegg er manglende nett- tilgang en utfordring for hardbruksboligene.

Det er flere andre årsaker til ledige boliger. Jevnlig er noen boliger under oppussing, noen av boligene er øremerket «flyktningeboliger» og boliger som passer best for familier. Disse store boligene har en relativt høy utleiepris og er lite hensiktsmessig for enmannshusholdninger. Flere boliger ligger dårlig til i forhold til muligheter for offentlig kommunikasjon f.eks. boligene på Maberg og Hananger. NAV opplyser at de har behov for fleksibilitet i forhold til utleieboliger. Noen ganger må man av ulike årsaker bytte bolig til brukere, eks. i områder med flere boliger samlet der det kan oppstå konflikter som gjør at leietakere må flytte til annen bolig. Derfor vurderes bomiljø kontinuerlig når det ligger flere boliger samlet. Det gjøres også vurderinger i forhold til naboer og samlet belastning i bomiljøet. Kommunen har en plikt til å bistå med midlertidig husvære til de som ikke klarer det selv og derfor er en av boligene øremerket til midlertidig husvære. Slik situasjonen er i dag antas boligbehovet å være stabilt fremover.

Boligbygging som middel i integrering:

Forskning og erfaringer fra brukere viser at samling av flere boliger for mennesker med bo-utfordringer hindrer inkludering i nabolag og kan bidra til å stigmatisere innbyggere. I stedet anbefales en strategi med spredte boenheter i vanlige bomiljø for mennesker med utfordringer i forhold til å bo. Sannsynligheten for inkludering og nye nettverk øker ved spredt boligbygging som del av ordinære boområder for innbyggere som har utfordringer i forhold til å skaffe seg og beholde bolig.

Boliger til mennesker med rusproblemer:

Erfaring viser at mennesker med rusproblemer har større vanskeligheter med å komme seg ut av situasjonen med rus eller andre utfordringer dersom flere bor samlet på et sted. Dette er godt dokumentert fra mennesker med egen erfaring, personer som har kommet ut av rusituasjonen og fagfolk.

Det er utfordrende å få på plass gode boløsninger for mennesker med rusproblemer. Hva som er egnet bolig for en person som er i aktivt rusmisbruk vil ofte ikke være det samme for en som kommer rusfri fra behandling og tilbake til kommunen. Det er lite ønskelig å ha botilbud som blander aktive rusmisbrukere og mennesker som er på vei til et rusfritt liv og det er viktig å huske at rusmisbrukere har ulike behov for bolig på ulike stadier i livet sitt. Samling av boliger for mennesker med rusproblemer vurderes derfor ikke som en god måte å møte disse utfordringene på. Det er behov for å se på de samlede behovene til denne gruppen og samtidig vurdere ulike individuelle tiltak som f.eks. «Fra leie til eie» der kommunen og leietaker inngår en langsiktig avtale hvor formålet er at leietaker, etter en avtalt leieperiode, kan kjøpe boligen til avtalt pris ²³.

Samlokaliserte boliger til brukere med sammensatt og omfattende problematikk:

Det er behov for å få en mer samlet oversikt over tilgjengelige boliger for denne gruppen sett opp mot behovet for denne type tilbud. Flere brukere med utviklingshemming og andre typer funksjonshemming velger nå å kjøpe/bygge sin egen bolig. Dette er en ønsket utvikling og kommunen prøver å oppmuntre til at disse legges i rimelig nærhet til personalbaser for å kunne gi mest mulig effektive tjenester. Samtidig gjør bortfall av eldre leietakere at det er behov for å se på endret bruk og endret behov for leiligheter med tilknyttet bemanning innen enheter for funksjonshemmede. Boligene med tilknyttet bemanning i Sundeveien som driftes av enhet for Psykisk helse er lite egnet til målgruppen og det er behov for å se på andre løsninger for denne gruppen.

²³ <http://www.husbanken.no/forbildeprosjekter/prosjekt/?id=265525>

Tilstrekkelig antall korttidsplasser:

Behovet for korttidsplasser svinger og det har i perioder vært nødvendig å kjøpe ledig kapasitet i omliggende kommuner. Knapphet på korttidsplasser har også medført at kommunen i noen få tilfeller har måttet betale for utskrivningsklare pasienter i sykehus.

Mangel på korttidsplasser kan ha flere ulike årsaker, - som for eksempel:

- personellmangel gjør det utfordrende å raskt øke hjemmetjenester i stedet for innleggelse i korttid
- det tar for lang tid før hverdagsrehabilitering vurderes og igangsettes
- manglende fokus på rehabilitering og utskrivning allerede ved innleggelse
- perioder med opphopning av fall/bruddskader
- svingninger i antall utskrivningsklare pasienter fra sykehus med behov for ferdigbehandling og rehabilitering før hjemreise
- akutt behov for avlastning hos pårørende
- manglende mulighet for tilrettelegging i eget hjem
- manglende mulighet til å få på plass hjelpemidler/teknologi
- periodevis mangel på ledige boliger med heldøgns tjenester/langtidsplasser i institusjon
- pasienter som av ulike årsaker ikke kan ligge i dobbeltrom

De 10 rommene ved Farsund omsorgssenter er tilrettelagt for 2 pasienter og benyttes til avlastning, rehabilitering, palliativ behandling, omsorg ved livets slutt, ferdigbehandling etter sykehusinnleggelser og kommunal øyeblikkelig hjelp. Plassene er utstyrt slik at de kan benyttes fleksibelt og ved stor etterspørsel benyttes dobbeltrom for de brukere der det er faglig forsvarlig å gjøre dette. I tillegg benyttes 3 plasser i leilighet ved FOS (dagtilbud demente) som buffer ved behov.

Befolkningsutviklingen framover gjør det nødvendig å sikre et tilstrekkelig antall korttidsplasser for å dekke behovet for KØH, avlastning, rehabilitering, oppfølging etter utskrivning fra sykehus og i forhold til palliativ omsorg. Samtidig er det viktig å sikre at dagens plasser faktisk benyttes til målgruppen.

I dag fylles i perioder flere av korttidsplassene opp med brukere som av ulike årsaker ikke vurderes å kunne skrives ut til eget hjem. Økt tilgang til boliger med tilknyttet bemanning gjennom den pågående utbyggingen i Vanse vil redusere antall brukere som i dag bor i korttidsavdelingen i påvente av et varig døgnbasert tilbud. En forsert igangsetting av byggetrinn 2 i Vanse, boliger med tilknyttet bemanning, vil i tillegg kunne tilrettelegge for at 6 langtidsplasser ved FOS avd. B kan frigjøres til korttidsplasser. Utbyggingen vil også, dersom enkelte enheter holdes av til dette, kunne gi avlastning for pårørende til hjemmeboende demente slik at ytterligere kapasitet kan frigjøres i korttidsavdelingen. Signaler fra hjemmetjenestene er at tilgang på personell og kompetanse i noen tilfeller gjør at pasienter søkes inn til korttidsopphold i stedet for at hverdagsrehabilitering og økt tjenester i hjemmet prøves ut.

Fremover vil det derfor være viktig å balansere tilbudet om korttidsplasser opp mot en styrket innsats fra hjemmetjenestene med fokus på hverdagsrehabilitering og økt tilgang på hjemmetjenester når behov endres. Overkapasitet i korttidsplasser vil lett kunne gi lavere terskel for innleggelse og dermed undergrave målet om å ivareta brukere best mulig og lengst mulig i eget hjem.

«Langtidsopphold i sykehjem er ikke egnet som boform, verken faglig, økonomisk eller strategisk. Hvis en spør morgendagens eldre, hvor mange ønsker da å bo på sykehjemmet fremfor egen bolig? Egen bolig vil i denne sammenheng kunne være omsorgsbolig»

KS rapporten 16149 KS - Heldags omsorg- kommunenes dekningsgrad 2016

Et tjenestetilbud med heldøgns helse- og omsorgstjenester innebærer at du skal få de tjenestene du har behov for, uavhengig av hvor du bor.

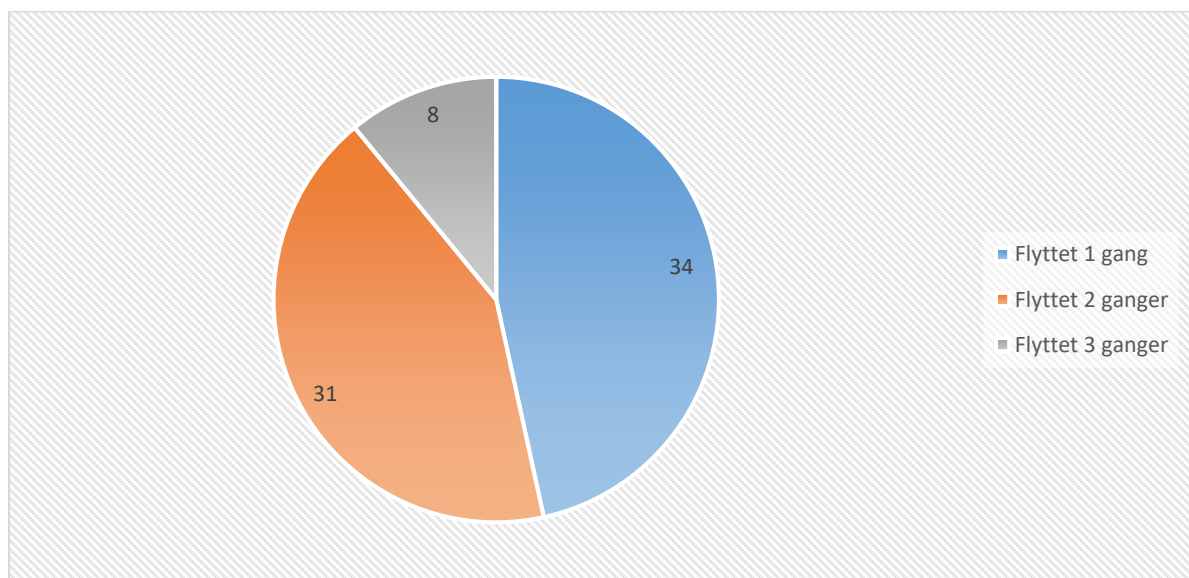
I følge KS- rapporten ²⁴det er sitert fra i innledningen så må kommunene ta et valg om de ønsker å opprettholde en boform/botilbud i tradisjonell institusjon, eller tilrettelagt i egen bolig.

Omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns omsorg og med fast tilknyttet personell kombinerer den private, fullverdige bofunksjonen og gir rettigheter som følger av å eie eller leie egen bolig, samtidig som det gir en trygghet for nødvendige helse og omsorgstjenester gjennom hele døgnet.

I prinsippet skal brukere med langvarig behov for heldøgns helse og omsorgstjenester kunne få det samme tilbudet enten de bor i en langtids plass i sykehjem eller de bor i egne leiligheter i et bofellesskap med heldøgns tjeneste. Forskjellen går i hovedsak på boformen, bokvaliteten, finansieringen og verdigheten ved å kunne bo i egen bolig eller omsorgsbolig, alderdommen ut, og ikke bli institusjonalisert.

Et viktig verdivalg vil være å legge bo- og tjenestetilbudet til rette slik at den enkelte slipper flyttinger mellom ulike nivåer i en tiltakskjede, selv om behovet for helse- og omsorgstjenester øker.

En gjennomgang av bruken av langtids plassene i perioden 2012- 2017 ved Listaheimen viser følgende i forhold til flyttinger:



Figur 30. Antall flyttinger pr. beboer Listaheimen i perioden 2012-2017.(Kilde: CosDoc)

²⁴ 16149 KS - Heldøgns omsorg- kommunenes dekningsgrad 2016

Figuren viser at av de totalt 73 brukerne av plasser i perioden så hadde 34 bare flyttet en gang, - fra hjemmet til langtidsplassen. 31 brukere har blitt flyttet fra en langtidsplass til en annen og 8 brukere har vært innom 3 ulike langtidsplasser.

Tallene er en illustrasjon på en praksis der brukeren flyttes rundt i systemet når behovene endres i stedet for at kompetanse og ressurser flyttes til brukeren slik som i hjemmetjenestene.

Samtidig vet vi at å flytte demente mennesker sannsynligvis er en av de største belastningene denne målgruppen kan utsettes for. Demente er sårbare for endringer og erfaringer viser at flytting av demente fører til økt forvirring, atferdsproblemer, økt medisinerings, funksjonsfall, forringelse av livskvalitet og fare for raskere død.

Når innbyggere får behov for helse- og omsorgstjenester hele døgnet, kan kommunen tilby dette i beboerens hjem, i en omsorgsbolig med heldøgns omsorg eller på et sykehjem. Lovkravet er at tjenestene er forsvarlige i forhold til hjelpebehovet, og at tjenestetilbudet ikke fremstår som åpenbart urimelig for brukeren.

Kommunen har etter helse og omsorgstjenesteloven plikt til å sørge for nødvendige helsetjenester og praktisk bistand til de som har behov for dette og for kommunen vil det være viktig å finne frem til riktig balanse mellom ulike typer av tilbud. Kommunen må ta et valg i forhold til om den skal opprettholde et tilbud om langtidsopphold i sykehjem som varig botilbud, eller erstatte dette botilbudet med en satsning og utbygging av omsorgsboligen med tilknyttet bemanning som botilbudet for eldre med behov for tjenester hele døgnet.

Det formelle skillet mellom institusjonsomsorg og tjenester i omsorgsboliger (eller private hjem) går først og fremst på ansvarsforhold, økonomi og ulik forankring i lovverket.

I institusjoner har det offentlige ansvar for både bofunksjon og tjenester, og institusjonene tar et totalansvar for å dekke beboernes behov.

I omsorgsboliger og andre private hjem har beboerne ansvar for bofunksjonen, og individuelle tjenester tildeles etter behov. Men i praksis trenger ikke skillet å være stort.

Farsund kommune har i mange år vært gitt denne formen for tjenester til mennesker med utviklingshemming og mennesker med alvorlig psykisk lidelse som ikke faglig forsvarlig kan ivaretas i eget hjem. Omsorgsboliger med fast tilknyttet tjenester hele døgnet ivaretar nødvendige helse- og omsorgsbehov og kan legges til rette for at omsorgsboligen blir en varig bolig for brukeren.

Omsorgsboliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester og fast tilknyttet personell hele døgnet, innebærer helse- og omsorgstjenester tilsvarende det kommunen i dag tilbyr som langtidsopphold i sykehjem.

Pårørende fremheves i mange av de sentrale føringene som viktige ressurser også når mennesker har fått innvilget døgn tjenester. Samtidig opplever mange at det kan være vanskelig å delta aktivt i livet til sin pårørende etter at vedkommende har fått plass i institusjon. Undersøkelser viser at usikkerhet om hva jeg som pårørende kan gjøre når jeg er på besøk hos en av mine i sykehjemmet kan hindre deltakelse. I omsorgsboliger derimot, synes pårørende det er enklere å delta. Boligene gir større muligheter til aktiviteter som å lage seg mat og drikke, rydde, vaske tøy og lignende.

Det kan være ulike syn på om syke eldre trenger å bo i sykehjem for å oppnå forsvarlige tjenester og tilstrekkelig trygghet. De fleste av brukerne som i dag har langtidsopphold og bor i sykehjem, er eldre med kroniske sykdommer, fysisk funksjonssvikt gjerne i kombinasjon med en aldersdemens. Det vil si at dette er mennesker som i hovedsak trenger omsorg og aktivitet der de bor, ofte med varierende behov for helsehjelp men sjelden er behovet for den spesialiserte helsehjelpen døgkontinuerlig og av en spesiell art.

Det er derfor svært få som trenger å bo i et sykehjem. Sykehjemmene bør derfor utvikles til å bli behandlingsinstitusjoner, hvor vi kan sikre at kommunen i form av korttidsopphold tilbyr forsvarlige tjenester innen behandling, rehabilitering, utredning, lindrende behandling, avlastning og øyeblikkelig hjelp. Samtidig må det sikres utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger med tilknyttet bemanning.

Fremtidig behov for heldøgntjenester

Beregninger av behovet for antall plasser med heldøgns omsorg som kommunen behøver, er vanskelig å anslå. Men gjennom statlige føringer er det blitt en myte at en trenger en dekningsgrad på minst 25 % av antall eldre over 80 år.

Kommunen må uansett ta et strategisk valg nå, ifht demografisk utvikling og om en skal legge seg på denne normen. Det vil i så fall innebære en kraftig utbygging de nærmeste år, spesielt i årene 2025 til 2030. Et alternativ er å satse på teknologi, forebygging og hjemme-rehabilitering for å legge til rette for å bo i egen bolig.

(16149 KS - Heldags omsorg- kommunenes dekningsgrad 2016)

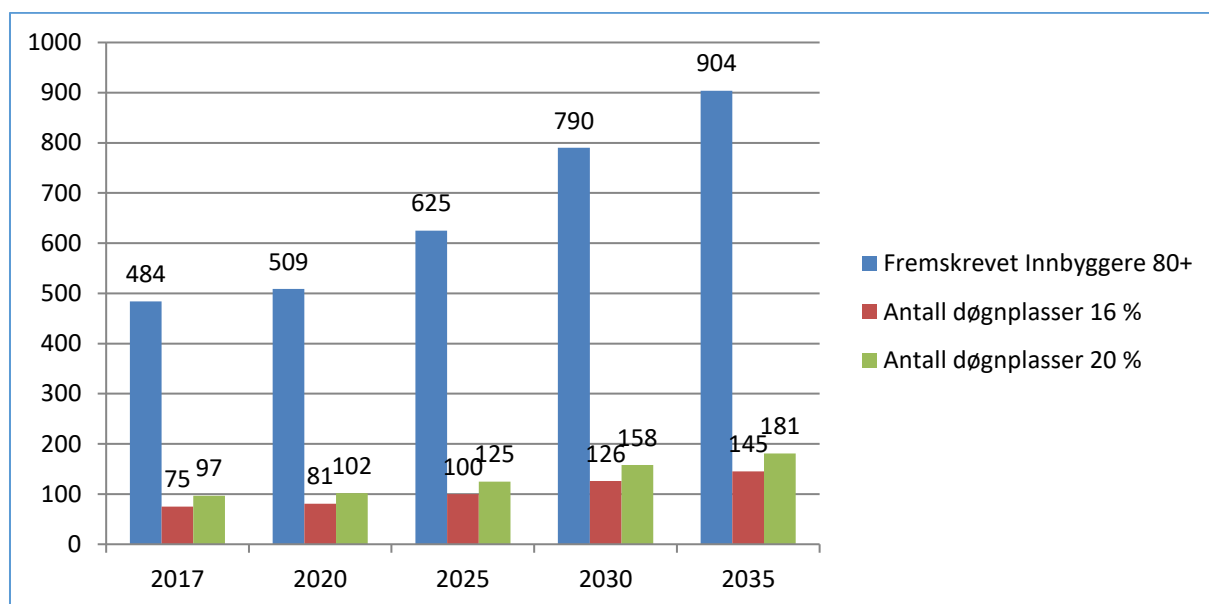
Staten har i de siste årene gitt en rekke signaler om at kommunene bør satse sterkere på forebygging og tiltak som bidrar til at eldre kan klare seg lengre i egne hjem som et viktig virkemiddel for å møte utfordringene som følger av en stadig aldrende befolkning. Samhandlingsreformen, ny folkehelselov og økt satsing på velferds-teknologi er signaler i denne retningen og NOU 11:2011 «Innovasjon i omsorg»²⁵ var et tydelig signal i denne retningen.

I sin rapport «Heldøgns omsorg- kommunenes dekningsgrad 2016» tar KS utgangspunkt i en hypotese om at en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år) bør være en anbefalt norm. KS sin konklusjon i rapporten er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. Den viktigste grunnen til denne betenkeligheten er at tilbudet om heldøgns omsorg omfatter svært ulike nivåer av bistand, både for sykehjem og boliger med fast tilknyttet personale hele døgnet. I tillegg gir ikke statistikken et pålitelig bilde av dagens situasjon ifølge KS. En eventuell kommunal norm kan heller ikke være lik for alle kommuner. Nivået vil blant annet avhenge av levealder, kulturelle forhold, geografiske avstander, utviklingen av resten av omsorgstrappen, hjemmetjenestenes kompetanse og en vellykket boligpolitikk for eldre.

I de seks eksempelkommunene som inngår i kartleggingen i KS rapporten «Heldøgns omsorg- kommunenes dekningsgrad 2016», er det bevisst satset på reduksjon i sykehjems plasser. De kommunene som har klart dette best, bruker en kombinasjon av omfattende hjemmesykepleie, dagsenterplasser og rullerende korttidsopphold. Erfaringene fra disse kommunene viser at dersom ett av disse tiltakene svikter, eksempelvis at korttids plassene blir blokkert av eldre som trenger tettere oppfølging i eget hjem, rakner hele omsorgskjeden.

²⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/sec1>

Med utgangspunkt i en framskriving av befolkningsutviklingen i Farsund ville en hypotese på 14 % og 20% antall heldøgns plasser av innbyggere 80+ gitt følgende behov for øking av heldøgns plasser.



Figur 31: Framskriving av antall heldøgns plasser i institusjon og heldøgns bemannede boliger i 16% og 20% av innbyggere 80+

I 2017 har Farsund kommune 91 slike plasser og ligger dermed på like under 19%. Legger man til 13 bemannede boliger innen psykisk helse og enheter for funksjonshemmede er dekningsprosenten ca. 21,5%

I planleggingen av kommunale sykehjem og tilrettelagte boliger er det viktig at det sikres et tilstrekkelig antall enheter som er egnet for å gi brukerne oppfølging av helsepersonell hele døgnet. Samtidig er det viktig å legge til rette for fleksibel bruk av disse tilbudene, - både i forhold til diagnoser og i forhold til oppfølgingsbehov. Det bør også være mulig å legge til rette for å gi beboerne bistand deler av døgnet i perioder hvor beboerne har mindre behov for bistand.

I følge KS- rapporten er det mange argumenter som taler for at deknningen av tradisjonelle sykehjems plasser for eldre over 80 år fortsatt blir redusert i årene som kommer. Levealderen vil øke og tjenestene i hjemmet vil bygges ut, - og det vil bli lagt stadig større vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

BRUKERENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

MÅL

- Økt brukermedvirkning og brukerfokus med utgangspunkt i brukers egne mål
- Tjenestemottakere tildeles tjenester etter individuell vurdering, med medvirkning fra brukeren selv og i form av enkeltvedtak.
- Alle brukere av tjenestene har sin egen koordinator uavhengig av individuell plan.
- Pårørendes rolle i forhold til omsorgsansvar tydeliggjøres og det skal legges til rette for at familieomsorg kan utvikles og opprettholdes. Dette innebærer også å gi tilpasset og forutsigbar støtte til brukers nærmeste omsorgsperson.
- Brukere får mulighet til mestring og selvstendighet, og derigjennom frihet til å kunne styre livet sitt selv – også når han eller hun er blitt tjenestemottaker.
- Mennesker med rusproblemer som kommer tilbake fra behandling eller soning i fengsel er sikret samordnet og individuelt tilpasset oppfølging

STATUS OG UTFORDRINGER:

Fokus på brukers ressurser og mål:

Å endre fokus fra å se hvordan vi med passive tjenester kan møte brukers behov og begrensninger, - til å se ressurser og muligheter på tross av sykdom eller skade handler mest om endring av tanker og holdninger både hos tjenestemottakere, pårørende, tjenesteytere, innbyggere og politikere. Dette er endringer som krever tid til systematisk endringsarbeid i organisasjonen. God forankring politisk og administrativt er også avgjørende når fokus og innhold i tjenester skal endres.

Tjenestene har allerede kommet et stykke på vei. Gjennom deltakelsen i prosjektet «Utprøving av modeller innen hverdagsrehabilitering» er dette arbeidet påbegynt ute i de hjemmebaserte tjenestene. Endringene krever ledere som er tett på og følger opp. Kommunen har i 2016 fått tilskudd fra Fylkesmannen til et prosjekt for å få fortløp i implementering av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene enheter for funksjonshemmede og korttidsavdelingen.

Brukermedvirkning:

Gjennom deltakelsen i prosjektet hverdagsrehabilitering i regi av Helsedirektoratet, læringsnettverk psykisk helse og rus, samt læringsnettverk eldre og kronisk syke er det et økt fokus på brukermedvirkning. Her spørres brukere direkte om «Hva er viktig for deg?» og målsettinger settes opp i nært samarbeid med brukeren. Brukeren er aktivt med i utarbeidelse av tiltak og evalueringen av fremdriften. Gjennom læringsnettverkene arbeides med å få disse prinsippene på plass i de ulike tjenestene.

Brukere har også vært representert i prosjektet «Læringsnettverk psykisk helse og rus». Forbedringsteam med brukerrepresentant fra psykisk helse/rus er videreført og innspill fra undersøkelser i denne brukergruppen er tatt med i forslag til tiltak i rulleringen av planen. Som en følge av dette lyses høsten 2017, som et prøveprosjekt med midler fra Fylkesmannen, utstilling for Erfaringskonsulent / medarbeider med brukererfaring fra psykisk helse/rus. Arbeidet til erfaringskonsulentene vil være motivasjons- og håpsarbeid og opplysningsarbeid i forhold til brukere samt være en brukerstemme i planleggingen og driften av tjenestene.

I regjeringens melding til Stortinget Meld. St. 45 (2012–2013) «Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming» slås det fast at retten til å bestemme over eget liv er et grunnleggende menneskerettslig prinsipp og at personer med utviklingshemming har samme selvbestemmelsesrett

som andre. Selvbestemmelse handler om valg. Å bestemme selv innebærer å ha kontroll over valg og beslutninger som har betydning i livet. Å bestemme selv handler ikke bare om de vanskelige og krevende valgene, som for eksempel hvor vi skal bo, men like mye om de hverdagslige valgene: om hva en vil ha på seg, hva man vil si til de man møter, om man vil spise frokost eller ikke. De valgene vi tar, forteller noe om hvem vi er, og påvirker vår forståelse og opplevelse av egen identitet. Selvbestemmelse er en ferdighet som må læres, - blant annet gjennom praktisering. Tilpasset informasjon om de valgmuligheter som foreligger og konsekvenser av ulike valgalternativer er avgjørende for utviklingshemmedes muligheter til å utøve selvbestemmelse.

Også i arbeidet med demente er det økt fokus på brukermedvirkning.

Demensomsorgens VIPS har utviklet en modell for å implementere og opprettholde personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger og hjemmetjenester²⁶. Hver bokstav i VIPS står for et element som må være med for at omsorg for personer med demens skal være personsentrert. De som arbeider med den enkelte demente må sammen komme fram til hva personsentrert omsorg kan bety for den enkelte demente ut fra disse spørsmålene:

- Hvor godt tilrettelegger vi for et fysisk og sosialt miljø som støtter personen med demens?
- Vet vi hva personen liker og misliker og har vi rutiner som sikrer at dette blir tatt hensyn til?
- Blir personen spurt om hva hun ønsker og mener?
- Trekker vi personen med demens med i samtaler slik at hun/han har fellesskap med de andre og med oss?
- Passer vi på at vi ikke snakker over hodet på personen?

Økt brukermedvirkning handler både om økt kompetanse og om endring av holdninger og kultur både blant tjenesteytere og hos pårørende.

Forventninger og krav om økt brukerstyring og brukermedvirkning vil kreve kompetanseøkning og tett oppfølging framover.

Samhandling mellom psykisk helsetjeneste og de øvrige helse- og omsorgstjenestene:

Tverrfaglig journal er på plass slik at nødvendig og relevant informasjon kan deles der flere enheter/avdelinger er inne med tjenester.

Stortingsmelding 26 /2014- 2015 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» har stort fokus på manglende samhandling og koordinering av tjenestene. Meldingen opererer med begrepet «Silotjenester» som beskriver hvordan tjenestene hver for seg kan være gode men som når de skal arbeide sammen har utfordringer. Oppdelte tjenester gir også økt fare for ikke å se hele mennesket, - f.eks. at eldre med alvorlige, kroniske, somatiske lidelser ofte sliter med angst og depresjon. Tjenestene hadde i 2015 en begrenset spørreundersøkelse blant brukere av rus og psykiatritjenester. Her kom det fram at manglende samhandling og manglende deling av relevant og nødvendig informasjon gjør at brukere ofte må fortelle sine historier på nytt og på nytt.

Undersøkelsen viste at det har skjedd en utvikling der flere tjenestetyper ytes samtidig til den enkelte bruker. Deltakere i undersøkelse, som oppgir at de tidligere hadde mottatt tjenester, hadde da i gjennomsnitt 2, 8 tjenester mens snittet i dag var på 4,3 tjenester pr bruker i undersøkelsen. Høyest antall samlede tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste var 8 ulike tjenester. Det økende antallet tjenester illustrerer kanskje at det er større fokus på rus og psykisk helse i dag enn tidligere. Samtidig så kan dette øke faren for at tjenester «ikke henger sammen», noe som stiller større krav til samordning og koordinering av de tjenestene som gis til den enkelte bruker.

Fragmenteringen av tjenesteytingen gjør også at vi risikerer ikke å arbeide mot samme mål og gir økt risiko for at vi gir tjenester som overlapper hverandre. Arbeidet med samhandling og deling av relevant og nødvendig informasjon mellom ulike deltjenester vil fortsatt måtte ha et viktig fokus.

²⁶ Modellen er en konkretisering av innholdet i personsentrert omsorg (Røsvik et al. 2011, Røsvik et al. 2013).

Ettervern:

Kommunen sendte i 2015 en spørreundersøkelse til 33 personer med som hadde/hadde mottatt tjenester. 19 personer, svarte på undersøkelsen.²⁷ Det er et lite antall av de menneskene som totalt sett mottar tjenester for sine rus- og psykisk helse problemer, men undersøkelsen ga allikevel et visst bilde av hvordan brukerne opplever tjenestene, tjenesteyterne og samarbeidet.

Undersøkelsen viste at de aller fleste var fornøyd med tjenestene de mottar men kom også med flere innspill til forbedringer som vi må ta med oss i arbeidet med å videreutvikle tjenestene, samarbeidet og samhandlingen. Dette handler om at vi har rom for forbedring både når det gjelder tilgjengelighet, informasjon, kompetanse, brukermedvirkning, målsettingsarbeid, nettverksarbeid, samarbeid mellom tjenestene og ikke minst ettervernet.

Det kom inn flere forslag til forbedringer av ettervernet. Eksempler på innspill som ble gitt kan være; det er «viktig at ikke den som roper høyest får mest hjelp, lik behandling», «arbeidsplasser og flere lignende steder som Q43». Det ble også meldt behov for raskere tilbakemeldinger når en tar kontakt med hjelpeapparatet og om tettere oppfølging. Døgntilbud, kveldstilbud, telefonkontakt, praktisk bistand, oppfølgingsteam og støttekontakt var også noen av innspillene. Større fokus på motivasjonsarbeid ble også fremhevet av enkelte, samt viktigheten av å ikke blande aktive rusmisbrukere og rusfrie i boliger/boområder og i aktiviteter.

Oppsummert så handler innspillene fra brukerne i hovedsak om behov for følgende forbedringer:

- Bedre tilgjengelighet til tjenestene utover kontortid ved kriser
- Økt fokus på nettverksarbeid, - bygge nye rusfrie sosiale nettverk for den enkelte
- Økt mulighet til aktivitet og arbeid er viktig i mestringsarbeid og nettverksbygging
- Bistand til strukturering av hverdagen
- Praktisk bistand og opplæring i dagliglivets oppgaver
- Botilbud som ikke har nærhet til boliger med aktive rusmisbrukere

Samarbeid med pårørende:

Godt samarbeid med pårørende er i mange tilfeller helt avgjørende for å kunne ivareta brukere på en best mulig måte. Godt samarbeid handler mye om god og likeverdig kommunikasjon mellom pårørende og tjenesteytere og det handler også om å avklare forventninger til hva tjenestene kan bidra med samt avklare hva pårørende har muligheter til å bidra med. Dette var tema i kurset «Samarbeid med pårørende» som kommunen gjennomførte i 2017 2- dagers kurs Pårørendesamarbeid i regi av Pårørendesenteret i Oslo. Redskaper som blir benyttet i pårørendesamarbeid er hentet inn i forbindelse med kurset og er planlagt implementert i enhetene i løpet av 2017.

I planleggingen av boligene som bygges ved Listaheimen er det tatt hensyn til at pårørende skal kunne besøke «sine» i private og avskjermede omgivelser som også er lagt til rette for aktiv deltakelse fra pårørende. Overgangen fra institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester i boliger må planlegges og møtes slik at vi nytte av denne tilretteleggingen. Dette handler om å skape holdninger og kultur blant ansatte for aktiv å invitere til og legge til rette for pårørendedeltakelse.

Helse- og omsorgstjenester til flyktninger og innvandrere:

Helse og omsorgstjenestene har i en periode hatt økt etterspørsel i forbindelse med økt antall asylsøkere. I noen tilfeller har henvendelsene handlet om å avklaringer i forhold til hva tjenestene kan eller ikke kan bidra med. I videregående skole har en helsesøster hatt ansvar for oppfølgingen av en gruppe ungdommer med fremmedspråklig bakgrunn.

Etterspørselen etter hele og omsorgstjenester er nå redusert. Alle tjenestene opplyser at de største utfordringene er og har vært å sikre en god kommunikasjon slik at korrekt informasjon kan formidles og misforståelser kan unngås. Språklige utfordringer gjør også at ansatte er usikre på om de klarer å formidle godt nok innholdet i det tilbudet som kommunen kan gi, - samtidig som det er vanskelig for ansatte å være sikre på at de har forstått de utfordringene som brukeren ønsker å formidle. Ulikheter i forhold til kultur påvirker også samhandlingen med tjenestene. Fra tjenestene er det kommet innspill

²⁷ «Hva er viktig for deg?» Brukerundersøkelse psykisk helse og rus i Farsund 2015

om at kompetanse innen migrasjonshelse og traumebehandling kan være viktig i oppfølgingen av flyktninger og innvandrere.

Koordinator og individuell plan:

Gjennom sin rolle som koordinerende enhet har forvaltningsenheten ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene for individuell plan.

Ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utvider retten til koordinator til også å gjelde brukere med langvarige og sammensatte tjenester som ikke ønsker eller har behov for individuell plan. Koordinator skal sørge for at en tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Å være koordinator for noen vil si å være tjenestemottakerens kontaktperson og ressurs i tjenesteapparatet. Koordinator skal ha tjenestemottakerens mål i fokus i arbeid med å kartlegge ressursene og mulighetene som finnes. Grunnlaget for å lykkes med koordineringsarbeidet er at en etablerer og vedlikeholder en relasjon til tjenestemottakeren, som er preget av tillit og respekt. Ordningen med koordinator er nå i ferd med å implementeres i tjenestene.

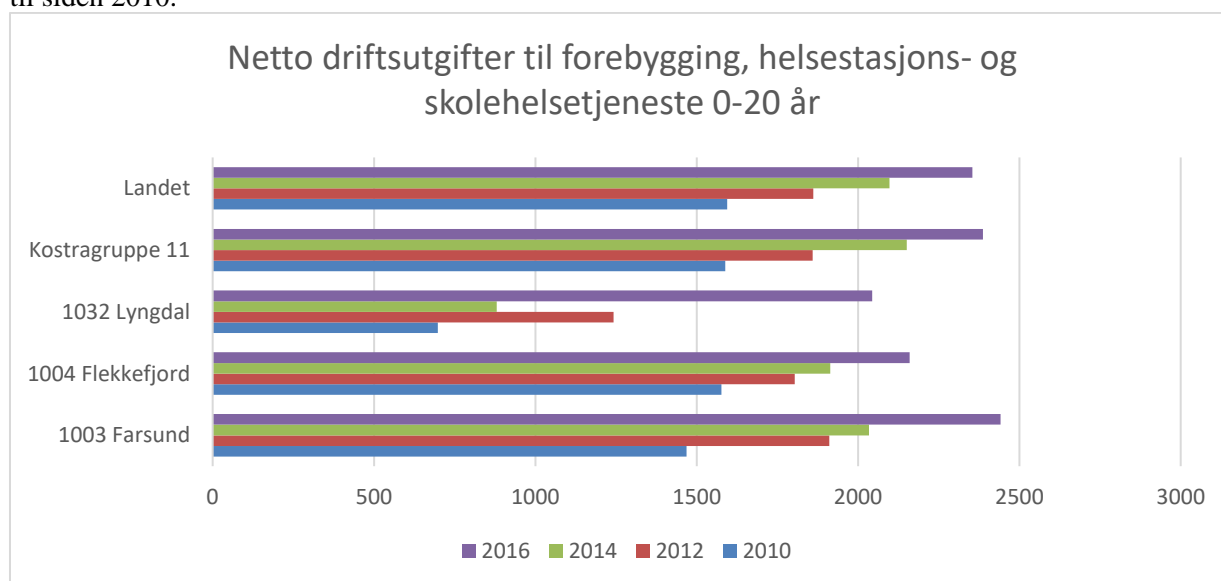
BARN OG UNGE

MÅL:

- Problemer hos barn og unge avdekkes tidlig slik at problemene ikke utvikler seg videre.
- Økt samarbeid og bedre koordinering internt mellom sektorer og enheter internt i kommunen og i forhold til eksterne samarbeidspartnere
- Tilpasse helsestasjons- og skolehelsetjenestens innhold og arbeidsformer til dagens og fremtidens utfordringer
- Psykologkompetanse i helse og omsorgstjenesten

STATUS OG UTFORDRINGER:

Forebyggende tiltak knyttet til barn og unge er et viktig område som omfattes av arbeidet med handlingsplanen for folkehelse. Tilbud om helsestasjon for ungdom er ett av tiltakene som er kommet til siden 2010.



Figur 32: Netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenester 0-20 år- 2010 - 2016. SSB

Siden 2010 har det vært en betydelig økning i netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons – og skolehelsetjenester pr. innbygger 0- 20 år. Farsund kommune ligger i 2016 like over landet og Kostragruppe 11

Målrettet tilbud til utsatte familier med små barn:

Farsund er en del av en regional satsing på bedre samordning av tjenester for barn og unge, BTI - Bedre tverrfaglig innsats. Dette er et tverrsektorielt organisert prosjekt med deltakelse fra både barnehage, skole og helsesektor og er forankret både i Oppvekstplanen for Lister og i Strategisk Plan for samarbeid innen helse og velferd. Lister Barnevern og Lister PPT er organisert interkommunalt og deltar også i prosjektet.

Målgruppe for satsingen er barn, unge og familier det er knyttet bekymringer til. Samarbeidsmodellen skal tydeliggjøre det tverrgående samarbeidet som foregår mellom barnet, dets familie og faginstansene. Dette samarbeidet kan være mer eller mindre omfattende og involvere få eller mange tjenester, men fokus i modellen ligger på en synliggjøring av hvordan man kan sette i gang innsats så tidlig som mulig. Aktørene skal få bedre og gjensidig forståelse og oversikt over hverandres oppgaver og bli bedre til å koordinere innsats og ansvar slik at oppfølgingen blir mer helhetlig og sammenhengende. I tillegg skal modellen sikre at innsatsen blir dokumentert og fremmer god overgang mellom ulike tjenester.

Samarbeid og koordinering:

Et godt samarbeid mellom undervisningssektoren og helse- og omsorgssektoren er helt avgjørende for barn og unge med funksjonsnedsettelse som trenger samordnet bistand. Ny veileder «Barn og unge med habiliteringsbehov» - Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand (Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet 2015) understreker at barn og unge som har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, må sikres livskvalitet og muligheter på lik linje med den øvrige befolkningen. For å innfri barn og unges rettigheter er vi avhengige av at det etableres gode samhandlingsrutiner mellom de ulike tjenesteyterne slik at brukerne opplever god kvalitet i tjenestene og får mulighet til aktiv deltakelse i samfunnet. Det er viktig at de skole, helse- og omsorg samarbeider godt for å oppnå dette. For å oppnå et best mulig resultat for bruker, må tilbud og tjenester ses i sammenheng og tjenestene må understøtte hverandres innsats på tvers av sektorene. Ansvar og roller må avklares og gi skape en felles plattform som gir forutsigbare og godt koordinerte tilbud og tjenester til målgruppen.

Tilpasse helsestasjons- og skolehelsetjenestens innhold og arbeidsformer til dagens og fremtidens utfordringer:

Det har vært en styrking av helsestasjonstjenestene de siste årene. I tillegg har kommunen fått på plass tilbud om helsestasjon for ungdom.

Helsestasjonen er nå også inne i et 2- årig prosjekt som handler om utprøving av økt oppfølging fra barnefysioterapeut fra fødsel til og med 4-års kontrollen via tilskudd fra Helsedirektoratet.

Dette for å styrke det tverrfaglige tilbudet og stimulere til tidlig identifisering og oppfølging av motorisk skjevutvikling hos barn i målgruppen.

Sommeren 2017 trådte første del av «Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom»²⁸; som omfatter fellesdelen og helsestasjon 0–5, fra Helsedirektoratet i kraft. Resterende del av retningslinjen, som omfatter barn over 5 år og helsestasjon for ungdom, skal foreligge høsten 2017.

Helsestasjonen er den eneste offentlige helsetjenesten som møter barnet regelmessig. Helsestasjon er et tilbud til alle uavhengig av sosial bakgrunn og tilbudet når bredt i alle samfunnslag med likeverdige

²⁸ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

tjenester uavhengig av bosted, kjønn, fødeland, etnisitet, diagnose og livssituasjon og er dermed en unik arena for oppfølging både på individ- og samfunnsnivå.

Helsestasjonstjenesten har som oppgave å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn, samtidig som tilbudet er viktig får å oppdage barn og familier som trenger mer støtte og oppfølging. I den nye retningslinjen er en tydeliggjøring av ledelse og styring, og av tjenestens rolle for å avverge og avdekke vold og overgrep hos barn. Ansvar for å implementere de nye retningslinjene vil ligge til enhet for Psykisk helse, barne- og ungdomstjenester.

Psykologkompetanse i kommunen:

Fra 2020 skal alle kommuner ha psykolog tilsatt. Farsund kommune har søkt og fått tildelt midler fra Helsedirektoratet til rekruttering av psykolog og er inne i en rekrutteringsprosess.

Målet med stillingen vil være å øke tverrfaglig kompetanse og samarbeid innen områdene tidlig innsats, forebygging og lavterskel tilbud i Farsund kommune.

Stillingens oppgaver vil i første omgang knyttes til:

- Deltakelse i planarbeid og tiltak innen områder folkehelse og likestilling, helse og omsorg, med spesielt fokus på barn og unge.
- Kartlegging, behandling og oppfølging av utsatte barn og deres familier.
- Videreutvikling av lavterskel mestring og læringstilbud.
- Deltakelse i tverrfaglige fora.
- Veiledning og støtte til helsepersonell, deltakelse i kompetanseheving av ansatte.

TEKNOLOGI; INNOVASJON OG UTVIKLING

MÅL:

- Helse- og omsorgstjenester med kompetanse og ferdigheter til å kunne drive fortløpende innovasjons- og fornyingsarbeid.
- Helse- og omsorgstjenester som er aktive i forhold til å søke eksterne midler til innovasjons- og utviklingsprosjekter
- Helse- og omsorgstjenesten har de nødvendige IKT-verktøyene som understøtter arbeidsoppgaver på en god måte og som bidrar til bedre kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenestene
- Økt elektronisk samhandling internt og i forhold til eksterne samarbeidspartnere
- God tilrettelegging for elektroniske møter
- Digitale tjenester på nett som bidrar til at innbyggerne kan ta aktive valg rundt egen helse og bedre mulighet til å påvirke eget helsetilbud
- Teknologi er en naturlig del av helse og omsorgstjenestene, - som alternativ eller supplement til ordinære tjenester
- Gevinstrealisering er en selvfølgelig del av all utprøving av teknologi.

STATUS OG UTFORDRINGER:

Lean:

LEAN som metode for å jobbe systematisk med forbedring og innovasjon er tatt i bruk ute i enkelte enheter innen helse- og omsorg. LEAN-metodikken er basert på hvordan vellykkede bedrifter de siste årene har endret sin arbeidsmetodikk ved å ta i bruk Lean-prinsipper i sitt innovasjonsarbeid. Vi erfarer at LEAN er en svært relevant arbeidsmåte i helse- og omsorgstjenester der vi må forholde oss til stadige krav om endring, økt effektivitet og bedre kvalitet på tjenestene vi yter. Tjenestene har blant annet samarbeidet med Fibo- fabrikken i Lyngdal for innhenting av inspirasjon og kompetanse innen

dette området. I tillegg har ansatte hatt læringsgrupper knyttet til LEAN- metodikken. Ute i enhetene er det ansatte i drift som velger ut og kjører forbedringsprosjektene. Dette opplever vi er viktig for at ansatte skal få eierskap til de endringer som skal skje.

Teknologiske løsninger i effektivisering, kvalitetssikring og dokumentasjon av tjenestene:

Svært mye har skjedd på dette området siden 2012.

Kommunen har siden helse og omsorgsplanen ble vedtatt blant annet gjennomført følgende tiltak:

- Elektronisk meldingsutveksling mellom PLO, legekantor og helseforetak
- Tilgang til fagprogram (EPJ) på mobil/nettbrett
- Web-basert individuell plan er tatt i bruk og gjør bruker til aktiv deltaker i egen plan. Redusert behov for fysiske møter, reiser og tid på telefon.
- Interne og eksterne kurs erstattes av e-læringsprogrammer.
- Videokonferanser benyttes når det er mulig, -sparer tid, kjøreutgifter og miljø.
- Web-baserte «Praktiske prosedyrer i sykepleietjenestene» er integrert i fagsystem.
- Elektroniske nøkler er tatt i bruk i hjemmetjenestene fra 2014.
- GPS – sporing er under utprøving i forhold til enkelte demente.
- Elektroniske medisindispensere er i bruk i hjemmetjenestene i forhold til aktuelle brukere.
- Ipad/nettbrett er i bruk ift. brukere med nedsatt kognisjon for dagsplanlegging, aktivisering og kommunikasjon med tjenester og nettverk.
- Kommunen piloterer i 2017 «Touch & play» fra Danmark i 28 omsorgsboliger med bemanning. Teknologi i oppfølging av hjemmeboende med behov for bistand til aktivisering, habilitering/ rehabilitering og sosialisering.
- Kommunen deltok i Trygghetspakken i samarbeid med andre kommuner i Listerregionen, et prosjekt med støtte fra Helsedir. som ble avsluttet i 2016. Kommunen er som følge av denne satsningen nå ressurskommune for andre kommuner.
- Kommunen avsluttet i februar et prosjekt som omhandler logistikk knyttet til hjelpemidler og teknologi, prosjekt «Hjelpemiddelbasen XL+». Prosjektet har vært et samarbeid mellom Farsund kommune og et privat firma. Tilrettelegging for teknologi er en viktig del av planleggingen og byggingen av nye tilrettelagte boliger ved Listaheimen.

«Hjelpemiddelbasen XL+»

Farsund kommune har sammen med privat aktør utviklet en logistikk plattform som på en enkel måte vil holde oversikt over ulike hjelpemidler og velferdsteknologi i kommunen. I tillegg vil dette være en felles plattform for henvendelser til teknikker/vaktmester, forvaltning og rehabilitering. Utviklingen av den teknologiske løsningen har skjedd i nært samarbeid med brukere av systemet ute i driftsenhetene. Systemet er nå kommersielt tilgjengelig for andre kommuner.

Utgangspunktet for prosjektet var følgende utfordringer:

- manglende oversikt over antall ulike hjelpemidler som er tilgjengelig
- manglende oversikt over hjelpemidler som er i bruk og har status som utlånt
- manglende oversikt over hvor det enkelte hjelpemiddel til enhver tid befinner seg
- manglende kontroll over uvaskede og rengjorte hjelpemidler levert inn fra brukere
- manglende oversikt over status på hjelpemidler med behov for reparasjoner
- manglende oversikt over hjelpemidler som krever oppfølging av meditec for PE- periodisk ettersyn
- vanskelig å få oversikt over behov for supplering av ulike hjelpemidler

Disse forholdene medførte at det ble benyttet u hensiktsmessig mye tid og ressurser på å lete fram, klargjøre og levere hjelpemidler ut til brukere. I noen tilfeller kunne manglende oversikt medføre at brukere ble liggende unødvendig i sykehus eller i korttidsavdelingen i påvente av at hjelpemidler kom på plass. Manglende oversikt førte også til at det i noen tilfeller helt unødvendig ble anskaffet nye hjelpemidler.

Økt kunnskap om hjelpemidler og teknologi hos helse personell og økt vilje til å prøve ut og ta i bruk nye produkter:

Det er stort fokus på dette området og følgende tiltak er gjennomført:

- Ansatte har tatt videreutdanning Velferdsteknologi og Helseinformatikk.
- Ansatte tar Velferdsteknologiens ABC.
- 2 ansatte har tatt master innen Helseinformatikk
- Koordinator for utprøving og implementering av hjelpemidler, velferdsteknologi og telemedisin som en del av støttefunksjonene i helse- og omsorgstjenestene ansatt i 2015. Har ført til bedre innovasjon og implementering av teknologi i tjenestene.
- I regi av Frivilligsentralen er visningsrom og visningsleilighet for velferdsteknologi på plass der ansatte og innbyggere presenteres for teknologi og de muligheter som følger av dette. Sentralen tilbyr også kurs/opplæring i bruk av nettbrett/pc for seniorer.

Dette er et område som vil kreve mye oppfølging framover. Dette handler både om å sikre ansatte kunnskaper og nyttige erfaringer, - men ikke minst handler det om å endre kultur, holdninger og arbeidsmåter.

Tilgjengelig velferds og omsorgsteknologi er en naturlig del av tjenestetilbudet:

I tjenestene er bruk av teknologi i ulike former og med ulike formål et daglig tema og en klar forventning i styringsdialogen mellom enhetsledere og kommunalsjef. Lederne forventes å aktivt bidra til en kultur i pleie og omsorgstjenestene der de ansatte er med på å utforme og ta i bruk nye teknologiske løsninger som en naturlig del av tjenesteytingen. Endringer av kultur, holdninger og arbeidsmåter er et tidkrevende arbeid og i forbindelse med denne endringen er det opprettet en tverrfaglig gruppe for systematisk samhandling mellom forvaltning og enheter, - og internt mellom de ulike driftsenhetene der målet blant annet er:

- økt fokus på brukers ønsker, ressurser og behov
- øke ansattes evne til nytenkning og innovasjon i møte med den enkelte brukers behov
- øke ansattes forståelse og kompetanse i forhold til gevinstrealisering
- økt intern samhandling mellom enheter og innad i enheter
- oppbygging av kompetanse og ferdigheter hos ansatte i direkte møte med brukere
- økt kunnskap om rehabilitering og teknologi som del av rehabilitering/habilitering blant kommunens innbyggere

Følgende tiltak er gjennomført:

- Tjenestebeskrivelse for velferdsteknologi og telemedisin er utarbeidet.
- Vedtaksmaler og flytskjema for saksbehandling er tilpasset.
- Modell som definerer roller og ansvar til den enkelte ansatte i hjemmebaserte tjenester i forhold til velferdsteknologi, telemedisin og hverdagsrehabilitering er utarbeidet
- Ressurspersoner er identifisert i de enkelte arbeidslag, - disse skal ha spesielt fokus på områdene hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi og telemedisin.
- Kompetanseøkning hos ressurspersoner innen hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi og telemedisin

Det er behov for fortsatt å holde et høyt fokus på dette arbeidet også fremover. Resultater kommer ikke av seg selv. Vellykket bruk av velferdsteknologi forutsetter opplæring, endring av arbeidsrutiner og vilje til å gi tjenester på nye måter. Teknologi må erstatte hele eller deler av tjenesten slik at gevinster faktisk kan tas ut. Et sentralt suksesskriterium er å rekruttere mange brukere som kan ha nytte av velferdsteknologiske løsninger fremfor å motta tradisjonelle tjenester. Når et behov for bistand/tjenester fra kommunen oppstår er det viktig å vurdere om velferdsteknologi kan være en del av tiltaket.

Telemedisinske løsninger er en naturlig del av helseoppfølgingen for enkelte pasientgrupper:

Følgende er under utprøving:

- Farsund er telemedisinsk sentral for Lister og Lindesnesregionen og deltok i U4H, et samarbeidsprosjekt med SSHF, UiA og kommunene om telemedisinsk oppfølging av kols pasienter etter utskrivning fra sykehus. Videreføres nå som «TELMA», et avstandsoppfølgingsprosjekt på Agder med støtte fra Norsk Forskningsråd. Eies av

Kristiansand kommune der Farsund, Risør, UiA og SSHF er partnere. Prosjektet har støtte fra Norsk Forskningsråd og målgruppene utvides nå til mennesker med ulike kroniske lidelser som diabetes, hjertesvikt, psykiske lidelser samt pasienter med stort oppfølgingsbehov uavhengig av diagnose. Prosjektet varer ut 2019 og målgrupper er mennesker med kroniske lidelser og komorbiditet. Hoveddel av rekrutteringen skal skje fra fastleger og hjemmetjenester.

- Kommunen prøver i 2016- 2017 som en av de første kommune i Norge ut teknologisk plattform for «Virtuell Gjenopptrening», en løsning fra Welfare Danmark. Brukere med behov for gjenopptrening trener hjemme og følges opp virtuelt av fysioterapeut.

I dag er den telemedisinske oppfølgingen lokalisert til korttidsavdelingen på FOS og følges opp av ansatte derfra. I fremtiden vil det være aktuelt å gi avstandsoppfølging fra den enkelte sone i hjemmetjenestene og enheter for funksjonshemmede. Den teknologiske løsningen som er valgt vil gi muligheter som flere små «sentraler». Da vil det være mulig for ansatte i hjemmetjenestene å ivareta deler av eller hele oppfølgingen gjennom oppfølging via skjerm, - noe som vil kunne gi mer effektiv bruk av personellressurser og kompetanse samtidig som kjøring/transport vil kunne reduseres. Erfaringer fra lignende prosjekter viser så langt at brukere opplever økt innsikt i og mestring av egen sykdom.

Boliger er tilrettelagt for å ta i bruk teknologiske løsninger ved behov:

Tilrettelegging for teknologi i nye og eksisterende kommunale boliger er delvis på plass. Det er også fokus på dette når funksjonshemmede selv velges å bygge bolig.

Når det gjelder individrettet veiledning og rådgiving til innbygger som bygger nytt eller renoverer eksisterende bolig så mangler det fremdeles rutiner for dette. Dette bør prioriteres framover.

Oppsummering teknologi:

Utprøving av teknologi i tjenester gir både muligheter og utfordringer. Det utvikles stadig nye løsninger og tilbud om ulike typer teknologi er i rask økning. Enkelte ansatte i tjenestene har etter hvert opparbeidet seg god svært kompetanse og etter hvert kommer en grunnkompetanse på plass hos de fleste ansatte.

Utprøving og implementering av teknologi gir ofte utfordringer som er vanskelig å forutse. Mye av dette handler om at det er ny teknologi som ikke alltid oppfører seg og fungerer slik som forutsatt. Dette kan skape utrygghet både hos ansatte, brukere og pårørende. Det er derfor helt avgjørende at tjenestene har ressurspersoner tilgjengelig med kunnskap om hvordan vi skal håndtere dette.

Opprettelse av og ansettelse i stillingen som hjelpemiddel og teknologikoordinator har vært helt avgjørende for det arbeidet som skjer og som skal skje.

Å ha en person i egen kommune, med nærhet til ansatte og som kan følge opp når ting ikke virker som forutsatt, gir ansatte trygghet og etter hvert kunnskaper til selv å finne ut av ting. Dette vil være helt avgjørende for å kunne høste gevinstene av teknologibruken.

ØYEBLIKKELIG HJELP OG LEGETJENESTER

MÅL:

STATUS OG UTFORDRINGER:

- En legevaksordning som fyller kravene i Akuttmedisinforskriften
- Øyeblikkelig hjelp døgntilbud styrkes og utvikles til å ivareta stadig mer komplekse oppgaver og nye oppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen
- Øyeblikkelig hjelp døgntilbud som også omfatter brukere med psykisk helse- og rusproblemer
- Innbyggere med psykiske helseutfordringer og rusutfordringer får oppfølging der også deres somatiske problemer ivaretas på god måte
- En faglig styrket hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste som supplement til legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud.
- Fastlegehjemler som er tilpasset befolkningsutvikling
- Tilpassede legetjenester i kommunens sykehjem

Legevaksordningen:

Akutforskriften ²⁹ som trådte i kraft i 2015 skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Kapittel 2 i forskriften omhandler blant annet om nye kompetansekrav i kommunale legevakter. Krav til lege i legevakt er enten:

- a. Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.
- b. Legen har godkjenning som allmennlege. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene. Kompetansekravene gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt og bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.

Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kravene for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste for allmennleger.

Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal også ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Forskriften beskriver også krav til utstyret i legevakten.

Legevakten i farsund skal i utgangspunktet dekkes opp av fastlegene, jfr. Fastlegeforskriften § 13 og den enkeltes fastlegeavtale. Fra 2014 har i hovedsak legevakt vært dekket av leger fra vikarbyrå. Dette fordi mange av fastlegene hadde helt eller delvis fritak på grunn av alder. Avtalen med fastlegene er pr. i dag at fastlegene dekker vakter som vikarbyrået ikke klarer å skaffe lege til og ved akutt fravær/sykdom hos innleide vikarleger.

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KØH):

Farsund kommune var tidlig ute og opprettet allerede i 2012 sitt KØH tilbud som en del av plassene ved korttidsavdelingene på Farsund Omsorgssenter. Dette var i tråd med anbefalinger i veileder fra Helsedirektoratet og med prinsippene om sammenhengende tjenester og nærhet til tjenester. Tilbudet har vært gradvis bygd opp i forhold til kompetanse og utstyr og var fra oppstart fram til 1.januar 2017 øremerket innbyggere med spesifikke diagnoser/tilstander knyttet til somatisk sykdom.

²⁹ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

Oppbyggingen av kompetanse har skjedd i samarbeid med andre enheter og styrking av kompetanse har gitt muligheter for at i Farsund kommune så kan KØH også gis i brukerens eget hjem, i omsorgsboliger eller i langtidsplass i institusjon dersom dette vurderes som faglig forsvarlig og til det beste for brukeren. Denne praksisen, som kommunen har hatt siden 2012, anbefales nå i den nye veilederen fra Helsedirektoratet.

Innleggelse i KØH foretas av fastleger, legevakt og tilsynsleger med mulighet til innleggelse hele døgnet, - avhengig av at det er ledig kapasitet. Ved manglende ledig kapasitet må lege legge inn i sykehus dersom dette vurderes som nødvendig.

Bruken av KØH rapporteres årlig til Helsedirektoratet og tallene viser at kommunen har høy bruk av tilbudet sammenlignet med de fleste andre kommuner. Tilbakemeldinger fra brukere er at dette er et godt alternativ til innleggelse i sykehus.

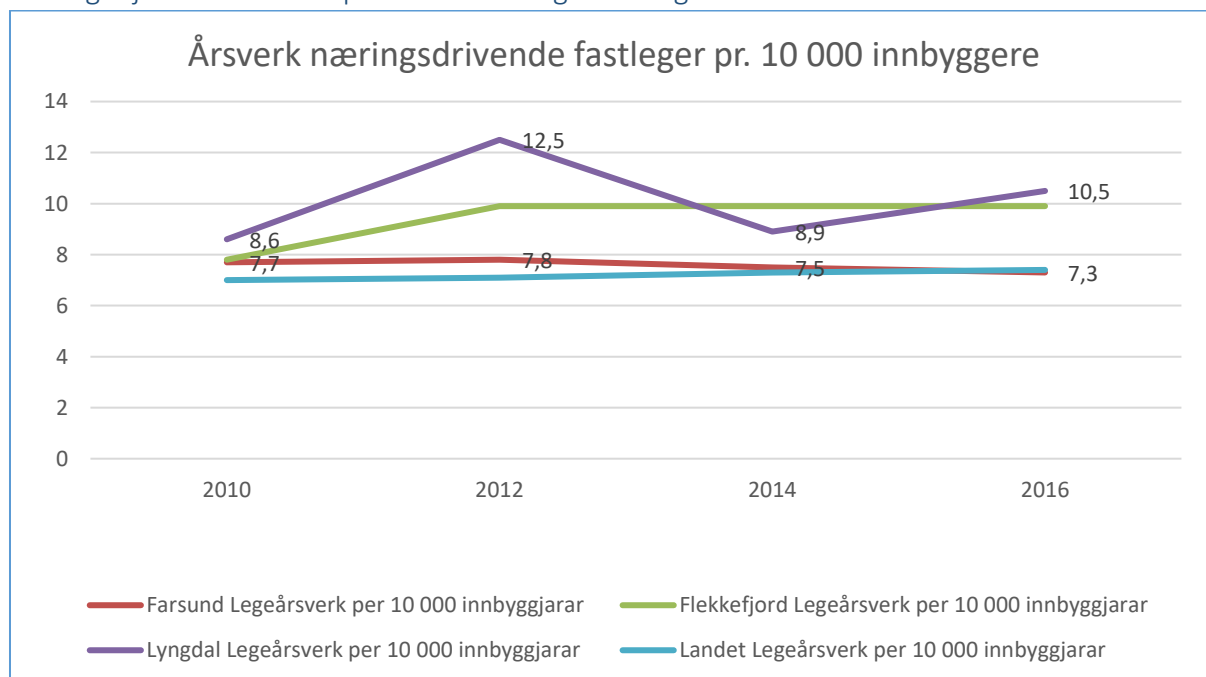
Helseoppfølging til innbyggere med psykisk helse og rusutfordringer:

Innbyggere med psykisk helse og rusutfordringer utvikler svært ofte andre somatiske plager i tillegg, - samtidig som belastningen med kroniske somatiske lidelser for noen kan føre til psykisk helse og rusutfordringer.

Manglende fokus på oppfølging av somatiske plager var en tilbakemelding fra flere deltakere i spørreundersøkelsen i 2015. Innspill som at «det er viktig å bli tatt på alvor når en kommer til legen» og det er viktig å oppleve at helsepersonell «ser mennesket som en helhet og ikke bare psyken» er viktige signaler. Dette er viktige innspill fra brukerne som må tas med i videre arbeid både hos fastleger og hos ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Fra 1. januar 2017 ble tilbudet om innleggelse i døgnbasert kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) utvidet til også å gjelde mennesker med psykisk helse og rusutfordringer. I Farsund kommune har dette tilbudet i enkelttilfeller vært gitt før lovendringen trådte i kraft. Dette viser at det i tjenestene er fokus på å se hele mennesket og å gi mennesker med psykisk helse og rusutfordringer tilgang til samme tjenester som andre innbyggere. Tilbudet er lagt til eksisterende somatisk tilbud med korttidsavdelingen på Farsund Omsorgssenter slik som det er anbefalt i veilederen fra Helsedirektoratet. Tilbudet krever et nært samarbeid mellom ansatte i korttidsavdelingen og ansatte innen psykisk helse.

Fastlegehjemler som er tilpasset befolkningsutvikling:



Figur 33: Årsverk næringsdrivende fastleger pr. 10 000 innbyggere. Kilde SSB

Farsund kommune ligger i 2016 på nivå med landet i forhold til næringsdrivende fastleger pr. 10 000 innbyggere men samtidig betydelig lavere enn nabokommunene Lyngdal og Flekkefjord. I 2017 har kommunen 8 fastlegehjemler fordelt på ca. 9760 innbyggere. Ledige listepasient- plasser totalt i Farsund kommune november 2017 er 507 fordelt på 5 av fastlegene (kilde fastleger.no)

Det har, i samarbeid med tillitsvalgte for fastlegene, vært fortløpende vurdering av behovet for å øke antallet fastlegehjemler i kommunen. Tilbakemeldingen fra kontaktperson for allmennlegene november 2017 er at de mener det ikke er behov for en ny fastlegehjemmel nå og at kommunen vil slite med å få besatt en null- liste. Dette fordi det ikke foreligger avtale med noen av kontorene om hvor denne hjemmelen eventuelt skulle være plassert og fordi fastlegene tenker at det er en massiv jobb å skulle starte opp på egen hånd som fastlege med alt dette innebærer. Behovet for nye fastlegehjemler vil bli vurdert fortløpende.

Fastlegenes deltakelse i allmenlegeoppgaver i kommunen:

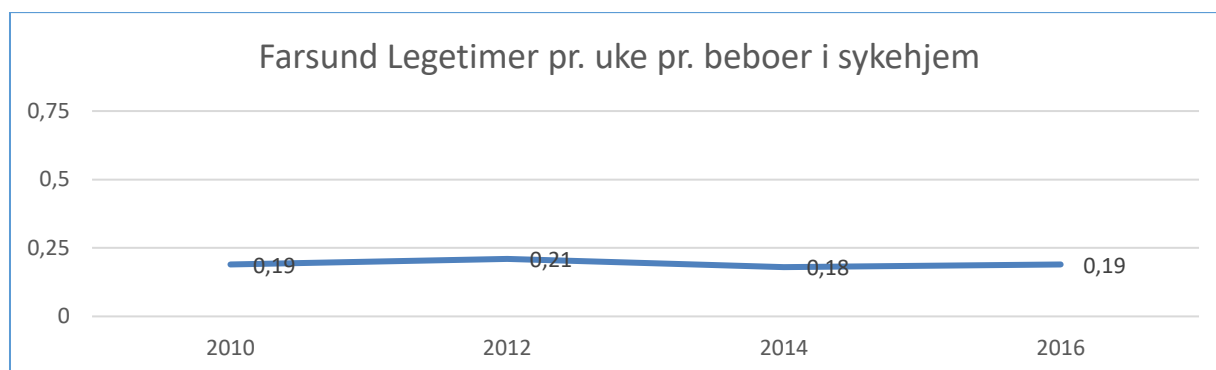
Fastlegeforskriften § 12 har bestemmelser om fastlegenes deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Det allmennmedisinske offentlige legearbeidet er individ- eller grupperettet og omfatter arbeidsoppgaver som helsestasjonslege, lege for skolehelsetjeneste / helsestasjon for ungdom, sykehjemslege og lege ved fengselsanstalter. For øvrig vil legeoppgaver knyttet til asylsøkere/flyktninger, veiledning av turnuslege og fagutviklingsarbeid ved legetjenesten kunne ligge innenfor offentlig legearbeid.

Fastlege i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen.

Kommunen har en fortløpende dialog med kontaktperson for fastlegene i forhold til ivaretagelse av allmenlegeoppgavene i Farsund kommune.

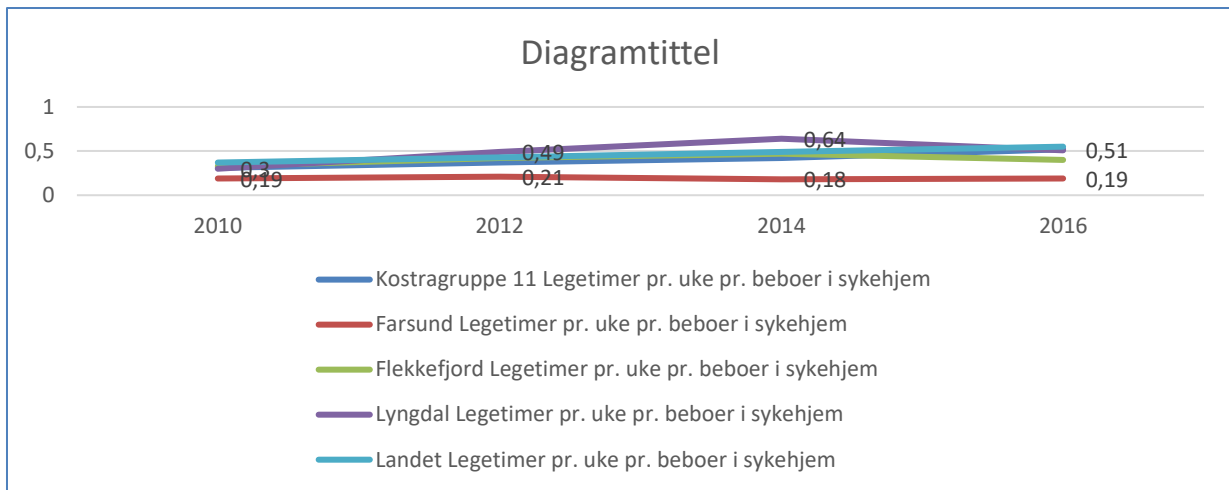
Pr. november 2017 er allmenlegeoppgave fordelt som følger:

- Tilsynslege ved institusjonene: Farsund Omsorgssenter 6 t/uke fordelt på 2 leger, Listaheimen 6 t/uke
- Skolelege: 4 t/uke i grunnskole, 2 t/uke videregående skole
- Helsestasjonslege: 5 t/uke



Figur 34: Legetimer pr. beboer i sykehjem i Farsund 2010- 2016. Kilde: SSB

Tallet på legetimer pr. beboer i sykehjem i Farsund har ligget stabilt i perioden 2010- 2016.



Figur 35: Legetimer pr. beboer i sykehjem i Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, landet og Kostragruppe 11 2010 - 2016. Kilde: SSB

Brukere som bor i bemannede boliger på Farsund omsorgssenter, i enheter bofellesskap for funksjonshemmede/rus og psykisk helse følges opp av sine fastleger og dette vil også være tilfelle for brukere av de 32 nye boligene i Vanse. Dermed vil antall institusjonsplasser reduseres og legetimer pr. beboer i sykehjem økes fra 2018.

I dag har Farsund Omsorgssenter to tilsynsleger med henholdsvis 4 og 2 timer pr. uke, - til sammen 6 timer pr uke. Etter innspill fra kontaktperson for fastlegene om å øke antall timer tilsynslege økes dette nå med 2 timer pr uke til 8 timer totalt. Det forutsettes at økningen legges til de to legene som allerede er inne som tilsynsleger ved omsorgssenteret. Dette ut fra viktigheten av at brukerne sikres kontinuitet og sammenheng i oppfølgingen fra tilsynslegen.

Kommunelege:

Kommunelegefunksjonen er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 5.5 og Folkehelseloven § 27. Kommunelegen har en medisinsk faglig rådgivende rolle innen helse- og legetjenester.

Arbeidsområdet omfatter blant annet blant:

- vern mot smittsomme sykdommer, smittevernloven,
- medisinsk faglig rådgivning
- miljørettet helsevern og saker som kan ha negativ innvirkning på helsen
- vedtak om undersøkelse, lov om psykisk helsevern
- helsemessig beredskap, inkl. medisinsk faglig rådgivning

Den praktiske utførelsen av de overstående oppgavene ivaretas for en stor del innenfor den daglige drift i de ulike sektorene.

Kommunens vurderinger ut fra tidligere erfaringer er at disse oppgavene på en god måte kan ivaretas innenfor en ramme på 2 dager tilstedeværelse pr. uke. Kommunen har, som svært mange andre små og mellomstore kommuner, utfordringer i forhold til rekruttering av kommunelege. Kommuner har hatt utlysninger av kommunelegestilling både i kombinasjon med tilsynslege og i kombinasjon med fastlegehjemmel.

Det oppleves fra kommunens side at det er utfordrende å oppnå en avtale om 2 dagers tilstedeværelse som kommunelege når dette er i kombinasjon med tilsynslege eller fastlegehjemmel.

Farsund kommune har drøftet situasjonen med kontaktperson for fastlegene.

Kommunens konklusjon er, etter drøftinger og tidligere erfaringer, at det vurderes faglig forsvarlig å ha kommunelege tilstede en dag i uken, kombinert med timebasert innleie ved behov og ivaretagelse i drift av en større del ikke-medisinske oppgaver.

Et annet alternativ kan være å dele kommunelege med nabokommuner. Kommunen har dialog med andre kommuner om dette for mulig samarbeid.

VEDLEGG 1

Gjennomføring av tiltak som var påbegynt i 2012 jamfør handlingsplanen som ble vedtatt i 2012

TILTAK PLANLAGT GJENNOMFØRT I 2012	Gjennomført:	Kommentarer:
Meldingsløftet	Ja/delvis	Elektronisk meldingsutveksling er på plass mellom omsorgstjenestene, fastleger og sykehus. Elektronisk meldingsutveksling er ikke på plass i forhold til helsestasjonen og legevakt?
Pårørende skole til demente	ja	Gjennomføres årlig i samarbeid med Lyngdal kommune
Eldreomsorgens ABC	ja	Gjennomføres fortløpende i institusjons- og hjemmetjenestene
Demensens ABC	ja	Gjennomføres fortløpende i institusjons- og hjemmetjenestene
KID kurs	ja	Ansatte har i tillegg utviklet kurs tilpasset utviklingshemmede og andre med nedsatt kognisjon. Dette kurset har også vært tilbudt omliggende kommuner.
Kvelloprosjekt	ja	Modellen benyttes. PPT, barnehage, barnevern og helsestasjonen har observasjonsdager i de enkelte barnehagene
Kvalitetslosen	delvis	Kvalitetslosen er i varierende grad i bruk i alle enheter. Våren 2016 startet arbeidet med en gjennomgående kvalitetshåndbok til bruk i alle enheter.
Frisklivsentral	ja	Sentralen er samorganisert med Frivilligsentralen. Tilbyr lærings og mestringskurs. Har samarbeid med frivillige, lag og foreninger if.t. ulike tilbud. Skal videreutvikles.
Brukerundersøkelse	ja	Gjennomføres enhetsvis med jevne mellomrom

VEDLEGG 2

GJENNOMFØRTE TILTAK I PERIODEN JFR. HANDLINGSPLANEN

Samhandlingsreformen		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:
Øke andel helsefaglig høyskole innenfor døgnbaserte tjenester	delvis	Andelen helsefaglig høyskoleutdannede i tjenestene er økt fra 46,1 % til 53,9 %.
Øke andel fagarbeider	nei	Andelen ansatte med fagarbeider/hjelpepleierkompetanse er redusert fra 40,3 % til 36,2 %. Omgjøring av ledige stillinger til helsefaglig høyskoleutdannede har i for stor grad gått på bekostning av omgjøring av fagarbeider/hjelpepleierstillinger og i mindre grad på bekostning av andelen årsverk for ufaglærte. Dette må justeres i det videre arbeidet.
Redusere andel ufaglærte/ansatte med ikke relevant helsefaglig utdanning	I liten grad	Andel ufaglærte/ansatte med ikke helsefaglig kompetanse er gått ned fra 13,5 % til 9,9 %, noe som er en mindre nedgang enn forventet.
Opprettelse av diabetes, lindrende, kols team	nei	Det er ikke opprettet spesifikke team basert på diagnoser da dette ikke vurderes som bærekraftig. Det er i stedet satset på at de ulike enhetene bygger kompetanse innenfor de ulike områder og at den generelle grunnkompetansen i alle enheter økes. 5 sykepleiere har gjennomført videreutdanning «Avansert sykepleie i kommunen»
Handlingsplan kompetanse	ja	Planen oppdateres årlig i forbindelse med søknader om kompetansemidler.
Hospitering spesialisttjenesten	delvis	Det er lagt til rette for gjensidig hospitering mellom helseforetak og kommunen.
Innkjøp av medisinsk utstyr hjemmetjenestene	ja	I forbindelse med opprettelse av KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold) i korttidsavdelingen ved FOS ble det kjøpt inn nødvendig medisinsk utstyr både til korttidsavdelingen og til andre enheter. Noe utstyr kan lånes ut og benyttes på tvers av enhetene.
Innkjøp av hjelpemidler	ja	Som en del av forberedelsene til å ta imot pasienter fra sykehus til hjemmet samt sikre utskrivning fra korttidsopphold til hjemmet, - er kommunens hjelpemiddellager oppgardert.
Handlingsplan for kommunalt hjelpemiddel formidling	nei	Ikke gjennomført pga. manglende kapasitet
Samarbeidsrutiner med fastlegene i forhold til innleggelse, utskrivning og	ja	Samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetak er på plass i forhold til innleggelse i og utskrivning fra sykehus. Fastlegene legger inn og følger opp pasienter i KØH

døgnbasert øyeblikkelig hjelp		
Oppfølging og evaluering av samarbeidsavtalene	ja	Oppfølging og evaluering samordnes mellom kommunene gjennom RS Lister. En omfattende evaluering av eksisterende avtaler skal påbegynnes i 2018.
Helseovervåking	Avsluttet 2014	Bruk av spesialisthelsetjenester ble fulgt fortløpende opp fram til 2014 da kommunens medfinansiering av spesialisthelsetjenester falt bort
Ledelsesutvikling	delvis	Ved hjelp fra intern kompetanse er det påbegynt opplæring og veiledning i bruk av Lean som metode for endring, utvikling og innovasjon. Det mangler midler til gjennomføring av en felles lederopplæring innen helse og omsorg.
Vurdere multidose i hele sektoren	Ja	
Kreftkoordinator	nei	Ordningen ble prøvd ut med støtte fra Kreftforeningen. På bakgrunn av erfaringene fra dette har kommunen nå valgt å legge oppfølgingen av kreftpasienter til ansatte i hjemmetjenestene som har tilegnet seg kompetanse innen kreft og lindring. Kontakt skjer ved henvendelse forvaltning som ved andre tjenester.

Boliger/institusjonsplasser

Tiltak:	Gjennom - ført:	Kommentarer:
Tilrettelegging av boliger for smarthusteknologi	Ja/delvis	Tilrettelegging for teknologi i nye og eksisterende boliger er delvis på plass.
Styrke individbasert rådgivning ved kjøp av bolig	nei	Mangler rutiner if.t dette
Øke antall korttidsplasser til KØH, rehabilitering, avlastning, utredning og utskrivningsklare pasienter	ja	Gjennom fysiske tilrettelegginger kan enkeltrom nå benyttes til dobbeltrom for pasienter som er på korttidsopphold. Rommene benyttes fleksibelt og pasienter som har vært i KØH fortsetter å ligge i samme seng dersom vedkommende overføres til ordinært korttidsopphold. Det er i perioder behov for kjøp av plasser i andre kommuner.
Utrede tilrettelagte boenheter for demente - øke antall til totalt 34 plasser i 2021	ja	Farsund kommune har vedtatt å starte prosjektet med bygging av boliger og dagtilbud for demente ved Listaheimen. Byggingen er forventet ferdig i oktober 2018
Boenheter med nærhet til hjemmetjeneste. Behov 9 innen 2015 + 11 innen 2020	nei	Behovet har endret seg, se omtale under pkt boliger og boformer.

Boenheter til yngre med sammensatte behov. Ombygging av eksisterende boenheter (bofelleskap)	nei	Behovet har endret seg, se omtale under pkt boliger og boformer.
Tjenester til yngre mennesker med funksjonsnedsettelse		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:
Aktivitet og sysselsetting	delvis	NAV og psykisk helse har fått tildelt prosjektmidler til utprøving av aktivitetstiltak ift. brukere med rus og psykisk lidelse.
Avlastningstiltak utviklingshemmede	ja	Byggekllossen er utviklet til også å gi tilbud til brukere over 18 år
Kompetanseheving tvang og makt pasient og brukerrettighetsloven kap. 4a	ja	Dette er tema som må følges opp jevnlig for å opprettholde kompetanse og ferdigheter
Kompetanseheving tvang og makt lov om kommunale helse og omsorgstjenester kap. 9	ja	Dette er tema som må følges opp jevnlig for å opprettholde kompetanse og ferdigheter
Økt brukermedvirkning	delvis	Web-basert individuell planer tatt i bruk. Bruk av IP i forhold til brukere med rus og psykisk lidelse er liten og bør økes jfr. undersøkelse. Gjennom «hva er viktig for deg» er fokus på brukerens vurdering av egne behov og brukerens egne målsettinger økt.
Demensomsorg		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:
Økning dagplasser	ja	Med tilskudd fra helsedirektoratet er det økt med totalt 9 plasser innenfor eksisterende tilbud på FOS og Listaheimen med tilskudd fra Helsedirektoratet
Pårørende skolen	ja	Gjennomføres årlig i samarbeid med Lyngdal kommune
Demensteam	ja	Demensteam er etablert med utgangspunkt i forvaltningen
Styrke samarbeid mellom fastlegen og tjenesten	ja	Det avvikles årlige samarbeidsmøter mellom tjenestene og fastlegene. Demensteamet samarbeider med fastlegene if.t kartlegging ved diagnostisering.
Kompetansehevende tiltak tvang og makt pasient og brukerrettighetsloven kap. 4a	Ja/delvis	Dette er tema som må følges opp jevnlig for å opprettholde kompetanse og ferdigheter
Økt samarbeid med pårørende	Ja/delvis	

Folkehelse og forbyggende helse og omsorg		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:
Folkehelseplan	ja	Vedtatt høsten 2015 som felles folkehelse og likestillingsplan. Tiltaksplan er under arbeid.
Forebyggende hjemmebesøk	Ja	Oppstart høst 2017
Helsestasjon for ungdom	ja	Forebyggende lavterskeltilbud til unge mellom 14 og 24 år med behov for samtale, helserelevante spørsmål, utfordringer i livet. Helsesøster og lege er tilstede.
Handlingsplan for aktiv forebygging for barn og ungdom med fokus på ernæring og fysisk aktivitet	nei	Vurderes inn i arbeidet med tiltaksplan folkehelse og likestilling
Handlingsplan for forebygging av røyking og snusbruk	nei	Vurderes inn i arbeidet med tiltaksplan folkehelse og likestilling
Røykfri arbeidstid i Farsund kommune.	ja	Innført fra 2015.
Informasjon til eldre	ja	Gjennom frisklivstilbudet «Livskafe for godt voksne» er eldre informert om ulike tema innen forebyggende helse. I tillegg informeres eldre via dagtilbud, hjemmetjenester og hjemmesider om ulike tilbud.
Tilrettelegging fysisk aktivitet	delvis	Det er under oppstart lavterskel tilbud knyttet til fysisk trening som fallforebygging og «Kom i gang» gruppe trening for eldre/voksne som ikke kan benytte ordinære tilbud.
Rusforebygging	nei	Vurderes inn i arbeidet med tiltaksplan folkehelse og likestilling
Ernæring utsatte grupper	delvis	Innføres fra 2016 som obligatorisk del av IPLOS-kartlegging.
Lengst mulig i eget hjem og eget liv		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:
Hverdagsrehabilitering etter Fredricia modell, opplæring,	Ja/under implementering	Farsund kommune har vært med i et treårig prosjekt i regi av Helsedirektoratet knyttet til innføring av hverdagsrehabilitering, der habilitering og rehabilitering skjer i brukers hjem på bakgrunn av brukers egne mål.
Styrke stillinger innenfor hjemmetjenesten	ja	I forbindelse med midler knyttet til KØH ble en del av midlene benyttet til styrking av sykepleiedekningen i hjemmetjenestene.
Organisering av turnusordning	delvis	Det er i enkelte enheter under utprøving bruk av «langvakter» med målsetting å få større stillinger og dermed færre tjenesteytere pr. bruker. Innføringen av

		«diff-timer», ubunden tid i turnus har også medvirket til større stillinger og bedre tilgang på kjent personell ved vikarbehov. Utfordrende å få på plass avtaler med de ulike fagforeningene.
Effektivisering av samarbeid/bedre tverrfaglig samarbeid	delvis	Gjennom implementering av modell for hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene har det blitt tettere samarbeid mellom de ulike faggruppene.
Velferds og omsorgsteknologi		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:
Elektroniske nøkler	ja	Er innført i hjemmetjenestene i sone Vanse og sone Farsund.
PDA	ja	Mobiltelefoner med tilgang på EPJ er i bruk og erstattes høsten 2017 med nettbrett.
Telemedisin	ja	Gjennom deltakelse i U4H- prosjektet har Farsund opprettet telemedisinsk sentral ved korttids-avdelingen. Farsund er partner i TELMA (Telemedisinsk oppfølging i Agder) som er et prosjekt eid av Kristiansand kommune. Her prøves telemedisinsk oppfølging ut i forhold til andre pasientgrupper og disse skal også rekrutteres fra fastleger og fra hjemmetjenester.
PPS – (sykepleieprosedyrer på nett)	ja	Er tilgjengelig på mobil, nettbrett og stasjonær pc og kan integreres med pasientjournalssystemet if.t prosedyrer knyttet til tiltak.
Anskaffelse av velferdsteknologi	ja	En del velferdsteknologisk utstyr er anskaffet til utprøving og bruk i tjenestene.
Økning i rehabiliteringsstillinger	ja	Fysioterapeut er økt med en 100 % stilling. Ergoterapeut er økt med en 100 % stilling. Koordinator for hjelpemiddel og velferdsteknologi er ansatt i 100 % stilling.
Tverrfaglig rehabilitering/habilitering og Individuell Plan		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:
Koordinerende enhet	ja	Forvaltningen er utviklet til å være koordinerende enhet.
Tverrfaglig saksbehandling	Ja/delvis	Alle søknader, inklusiv psykisk helsetjenester, behandles av forvaltningen. Rustjenester fra NAV behandles ikke i forvaltningen.
Opplæring koordinator	ja	Ansvar for opplæring/veiledning av koordinatorene er lagt til forvaltningsenheten.
Web basert IP	ja	Web- basert IP fra Acos er tatt i bruk.
Frivillig innsats		
Tiltak:	Gjennomført:	Kommentarer:

Utvikle frivilligsentral	ja	
Avlastning til pårørende	ja	Avlastning til pårørende som ivaretar særlig tyngende omsorgsoppgaver ytes ut fra individuelle behov. Avlastningen tilrettelegges individuelt og kan gis i privat hjem, hos private avlaster, i institusjon, i form av dagtilbud o.a.
Styrke frivillig omsorg	Ja/delvis	Ved nybygg tilrettelegges for tettere samarbeid med frivillige. Økt etterspørsel etter frivillig innsats i tjenestene.
Aktivitet kultur	ja/delvis	Seniorkor, sang i eldreomsorgen
Selvhjelps kurs		

VEDLEGG 3

ORGANISERING AV TJENESTENE – FORSLAG TIL VIDERE ARBEID

Fase 1:	Beskrivelse:	Mulige gevinster:	Tidspunkt gjennomføring:
1.1	<p>Opprette «Forebyggende og koordinerende enhet»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinerende enhet/forvaltning • Forebyggende hjemmebesøk • Kommunale fysioterapeut tjenester • Driftshjemler fysioterapi • Ergoterapitjeneste • Vaktmester • Trygghetsalarmer • Velferdsteknologi koordinator • Syns- og hørselskontakt • Demens- team • Omsorgslønn • Støttekontakt/aktivitetskontakt • Kommuneoverlege • Fastlegehjemler • Legevakt • Frisklivstiltak/frivilligsentral • Tildeling omsorgsboliger uten bemanning • Vederlagsbetaling • Tildeling boliger fra NAV • Psykolog • Kjøkken 	<ul style="list-style-type: none"> • En vei inn til forebyggende tjenester og «tjenester tidlig i omsorgstrappen» • Sikre mestringstanken i alle nye tjenester • Raskere kartlegginger fra fysio- og ergoterapeuter ved endrede behov hos brukere • Større fokus på rehabilitering og habilitering • Fysio- og ergoterapi tetter på hjemmetjenestene • Kunne se kommunale fysioterapeut-ressurser og fysioterapeuter med driftshjemler i en sammenheng • Tidligere og mer samordnet hjelp • Bedre oppfølging av pårørende • Større fokus på frivillighet og frikslivstiltak • Større fokus på velferdsteknologi 	<p>Ferdig før budsjettbehandling 2017. Ferdig utredet: september 2017</p>
1.2	<p>Opprette «Enhet for mestring og aktivitet»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles diagnoseuavhengige team praktisk bistand opplæring (PBO/habilitering/rehabilitering) • Alle aktivitetstilbud 	<ul style="list-style-type: none"> • Helhetlige og sammenhengende tjenester for brukeren • Sikre grunnkompetanse innen målrettet miljøarbeid • Utnytte spisskompetanse • Utnytte personellressursene bedre. • Kan gi større stillinger 	<p>Utredning planlagt ferdig: juni 2018</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Sikre arbeid mot samme mål • Bedre organisering av opplæring/rehab/habilitering vil mulighet for at brukere blir mer selvhjulpne med redusert behov for tjenester. • Brukeren får bedre kontinuitet i oppfølgingen. • Brukeren får færre ansatte å forholde seg til • Lettere å fange opp endrede behov hos brukere • Vil kunne gi større likhet i tjenestene og kompetansen ut til brukere uavhengig av sone. • Vil kunne bidra til felles kultur i tjenestene. • Vil kunne gi mer utfordrende og spennende faglige oppgaver • Vil kunne gjøre rekruttering enklere • Gi bedre utnyttelse av aktivitetstilbudene • Gi aktivitetstilbud som ikke er knyttet mot diagnose men mot behov og interesser hos den enkelte 	
1.3	Vurdere felles natt tjeneste hjemmetjeneste og institusjon – endret bruk av våkne natt tjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Utnytte våkne natt-tjenester i en sammenheng på tvers av enheter. • Utnytte personellet bedre, ved å benytte mer teknologi • Kan gjøre det mer spennende og mer attraktivt å jobbe på natt • Ved mer bruk av teknologi kan man redusere antall utrykninger, redusere tid til kjøring. • Utnytte spesiell kompetanse på tvers av enheter på natt, - psykiatri og annen spisskompetanse. 	Utredning planlagt ferdig: januar 2018

Fase 2	Beskrivelse:	Ferdig utredet:
2.1	Utrede overføring av Rus-tjenester i NAV til Enhet for barn, unge og psykisk helse.	2018
2.2	Utrede sammenslåing av enheter for funksjonshemmede. Opprettelse av felles diagnoseuavhengig team praktisk bistand opplæring (PBO)jfr. pkt. 3 vil gi endringer for begge enhetene	2019
2.3	Utrede organiseringen av hjemmetjenester sone Vanse og sone Farsund	2019
2.4	Utrede organiseringen av kort- og langtidsplasser institusjon: <ul style="list-style-type: none"> • Somatiske plasser Listaheimen • Langtidsavdelinger FOS • Korttidsavdelingen FOS Vi sitter igjen med 13 institusjonsplasser på Listaheimen +22 langtids institusjonsplasser på FOS etter ombyggingen av Listaheimen til hjemmebaserte tjenester. Vil være svært små enheter.	2019
2.5	Utrede felles enhet «Bemannede boliger Listaheimen» og «bemannede boliger FOS» (henger sammen med overstående punkt)	2019

