

Helse og omsorgsplan 2030

Mobilisering og muligheter

Vedtatt av bystyret 10.02.2022 (sak 3/22)



Forord

Det er et betydelig utfordringsbilde som helse- og omsorgsplan peker på for de neste årene. Statistikkanalyser spår at utfordringene vil trolig vil bli flere og større mot og etter 2030.

I denne planperioden er det derfor viktig at vi gjør kloke valg og prioriteringer. Det er også viktig at vi arbeider kontinuerlig og aktivt for å adressere temaer som demografi, ensomhet, psykisk helse og livsglede. Mye av dette kan ikke løses av kommuneorganisasjonen alene slik vi kjenner den i dag. Men mange av utfordringene og tematikken kan løses av fellesskapskommunen (samskappingskommunen), hvor offentlig sektor samarbeider med innbyggere, frivillig- og privat sektor om gode løsninger.

Vi må stadig mobilisere samt holde varmt den politiske oppmerksomhet og fokus på gode helse - og omsorgstjenester.

Vi må mobilisere ressurser, nettverk og samfunn, slik at flest mulig kan mestre hverdagen og delta i utdanning, aktiviteter og arbeid.

Vi må fortsette å mobilisere og samarbeide med frivillige lag og foreninger, slik at vi sammen kan skape trygge og gode oppvekstmiljø, og bidra til aktiviteter som gir mening og muligheter for alle innbyggere, uavhengig av alder og funksjonsnivå.

Vi må mobilisere og samarbeide med privat initiativ, slik at vi sammen kan utvikle inkluderende nærmiljø og lokalsamfunn og bygge trygge hjem som legger til rette for aktivitet og fellesskap.

Vi må mobilisere og ta kloke valg for vår egen helse og for fremtiden.

Vi må mobilisere hverandre, og bevisstgjøre at vi har viktige ressurser, evner og kompetanse som kan hjelpe andre, og bygge inkluderende lokalmiljø.

Vi må skal sammen bygget et trygt, trivelig, solid og godt samfunn for oss selv, men også med en god framtid for de som kommer etter oss.

For mulighetene og løsningene finnes!

Flekkefjord er full av innbyggere som kan og vil gjøre en forskjell.

Som ønsker å ta ansvar for sin egen helse.

Som ønsker å ta seg en utdanning og komme ut i jobb.

Som ønsker å jobbe for å gi andre en bedre hverdag.

Som ønsker å bidra til gode fritidsaktiviteter, fellesskap og folkehelse.

Som ønsker å ta vare på hverandre.

Som ønsker å leve i et trygt lokalmiljø.

Som ønsker å utvikle samfunnet.

Som ønsker å leve og bo - hele livet, i en kommune vi kan være stolte av.

Innhold

Forord	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn og formål med helse- og omsorgsplan	4
2.0 Rammebetingelser og forutsetninger	4
2.1 Kommunens verdier	4
2.2 FNs Bærekraftsmål	4
2.3 Aktuelle nasjonale føringer	5
2.4 Regionale strategier og planer	6
2.5 Kommunale planer og prioriteringer	6
3.0 Om tjenestene	7
4.0 Utfordringsbildet	10
4.1. Demografi og rekrutteringsutfordringer	10
4.2. Vekst i forventninger, oppgaver og ressurskrevende tjenester	12
4.3 Økning i ikke-smittsomme sykdommer	13
4.4 Utenforskap og ensomhet	14
4.5 Innbyggerne opplever tjenestene som fragmenterte	14
4.6 Beredskapsutfordringer og klimaendringer	15
5.0 Målgruppe for planen	16
6.0 Satsningsområder	16
6.1. Folkehelse, livsmestring og levekår	17
6.2. Innbyggerinvolvering, frivillighet og samskaping	19
6.3 Lengst mulig i eget liv	21
6.4 Aktivitet og fellesskap	22
6.5 Kvalitetsutvikling gjennom bruker- og pårørendemedvirkning og kunnskapsbasert praksis	24
Effektmål	25
6.6 Digitalisering og hensiktsmessig bruk av velferdsteknologi og telemedisin	26
6.7 Sammenheng i tjenestene: tverrfaglig, tverrsektorielt og interkommunalt	28
6.8 Beholde, utvikle og rekruttere	30
6.9 Miljø og beredskap	32
6.10 Hensiktsmessige bygg og trygge hjem	33
Handlingsplan	35
Vedlegg	41
Sluttnoter	42

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med helse- og omsorgsplan

Helse- og omsorgsplanen tar utgangspunkt i de nyeste nasjonale og regionale føringer, kommunens oversikt over helsetilstanden, kommuneplanens samfunnsdel og egne analyser. Planen gjelder for perioden 2022 til 2030 og peker på seks hovedutfordringer sektoren står ovenfor. Planen definerer ti satsningsområder og tilhørende effektmål. Handlingsdelen inneholder 100 prioriterte tiltak.

Helse- og omsorgsplan 2030 er et styringsdokument som

- danner grunnlag for enhetenes arbeid med virksomhetsplaner
- danner grunnlag for eventuelle handlingsplaner på enkeltområder
- gir retning til tiltak og prioriteringer innenfor sektorens rammer
- legges til grunn for sektorens innspill til prioriteringer i forbindelse med den årlige behandlingen av økonomiplan og årsbudsjett

2.0 Rammebetingelser og forutsetninger

2.1 Kommunens verdier

Flekkefjord kommunes verdier er REDELIG, ENGASJERT og NYSKAPENDE. Disse verdiene skal legges til grunn for hvordan vi som ansatte tenker og handler, våre vurderinger og beslutninger. Verdiene skal prege hvordan vi opptrer i møte med kolleger, innbyggere, tjenestemottakere, pårørende og samarbeidspartnere.

Helse og omsorgstjenestene vi gir skal preges av verdiene KOMPETANSE, VERDIGHET, DELTAKELSE. De som mottar tjenester skal oppleve at ledere og ansatte har god kompetanse og jobber kunnskapsbasert. Alle som mottar tjenester og deres pårørende skal oppleve å bli møtt med verdighet og respekt. Videre skal de som mottar tjenester bli oppfordret, og få mulighet, til å bruke ressursene sine – og delta i et fellesskap

2.2 FNs Bærekraftsmål

Selv om vi som sektor er små i den store helhet, vil våre valg være av betydning for helheten og for fremtidig bærekraft. FNs bærekraftsmål illustrerer bredden av områder hvor våre valg og handlinger kan gjøre en forskjell.

FNs BÆREKRAFTSMÅL



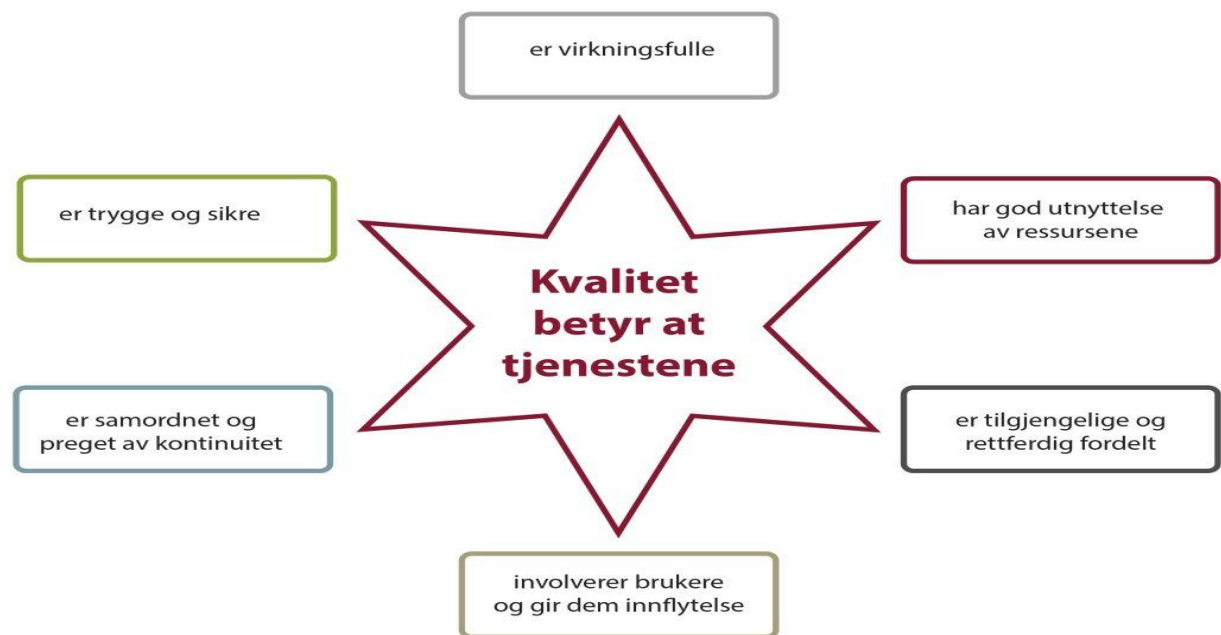
Som sektor har vi et særlig ansvar for at innbyggerne får god helse (3), men som sektor jobber vi også med å hjelpe mennesker inn i arbeid (8), redusere ulikhet (10) og bidra til bærekraftige byer og samfunn (11). Som sektor har vi ansvar for å sikre kompetanseheving (4), likestilling (5), jobbe innovativt (9) og samarbeide med ande (17). Hva vi anskaffer og hvordan vi reiser påvirker forbruk og produksjon (12) klimaet (13), livet under vann (14) og livet på land (15).

2.3 Aktuelle nasjonale føringer

Det er en rekke lover og forskrifter som regulerer helse og omsorgstjenestene i kommunene. Blant de mest sentrale lovene som regulerer sektoren er

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Folkehelseloven
- Pasient og brukerrettighetsloven
- Lov om helsemessig og sosial beredskap

Det finnes et stort antall forskrifter som er hjemlet i lovene ovenfor. *Forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse og omsorgstjenesten* bør nevnes særskilt, da den legger grunnlaget for kvalitetsutvikling i hele sektoren. Sentralt i forskriften er leders ansvar for kvalitetsutvikling gjennom å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Kvalitetstjernen viser at det er mange dimensjoner som er avgjørende for hva som er god kvalitet!



Videre er det en rekke stortingsmeldinger og andre dokumenter som er sentrale da de angir retning for utvikling av helse- og omsorgssektoren. Nedenfor gjengis de viktigste som er publisert fra 2015 og frem til i dag.

- Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen Gode liv i et trygt samfunn. Les meldingen [her](#)
- Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet En kvalitetsreform for eldre. Les meldingen [her](#)
- Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Les meldingen [her](#)

- Meld.St.34 (2015 – 2016) Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering. Les meldingen [her](#)
- Meld. St. 7 (2019 –2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Les meldingen [her](#)
NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp. Les utredningen [her](#)
- NOU 2020: 15 Det handler om Norge Bærekraft i hele landet - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene. Les utredningen [her](#)
- Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024) - Alle trenger et trygt hjem. Les strategien [her](#)
- Nasjonal strategi om og for pårørende (2021-2025) Vi – de pårørende. Les strategien [her](#)
- Demensplan 2025 Les handlingsplanen [her](#)
- Frihet fra vold Regjeringens handlingsplan for å forebygge vold i nære relasjoner 2021-2024. Les handlingsplanen [her](#)

2.4 Regionale strategier og planer

- Regionplan Agder, hvor hovedmålet er å utvikle Agder til en miljømessig, sosialt og økonomisk bærekraftig region i 2030 – et attraktivt lavutslippssamfunn med gode levekår.
- Regionplan Lister, som er en konkretisering av Regionplan Agder, hvor hovedsatsningene som er særlig aktuelle for helse- og omsorgsplan er attraktive og livskraftige byer, tettsteder og distrikter, kultur, bærekraft, likestilling, utdanning, kompetanse og tjenesteinnovasjon.
- Digitaliseringsstrategi DDV. Hvor hovedmålene for helse og velferd er sømløse og enhetlige tjenester for innbyggerne, økt trygghet og selvstendighet med støtte av digitale løsninger, effektiv bruk av ressurser og økt ansvar for egenhelse – hjelp til selvhjelp.
- Strategisk plan for Helsefelleskapet på Agder, hvor det overordnede målet er at kommunene på Agder og SSHF er pådrivere for en framtidsrettet og bærekraftig helsetjeneste hvor vi i fellesskap utvikler helsetjenestene til beste for befolkningen gjennom å prioritere de samlede ressursene best mulig
- Strategisk plan for Helsennettverk Lister med handlingsplan hvor hovedsatsningene er kommune 3.0, samarbeid om felles analyser, satsninger og løsninger regionalt, herunder også innspill til nasjonale myndigheter, forskning og utvikling.
- Kommunebrev fra Arbeids- og velferdsdirektoratet oppdateres årlig, men hovedsatsningene er i all hovedsak å sikre gode levekår og et sosialt sikkerhetsnett gjennom satsning på arbeid, utdanning og inkludering.

2.5 Kommunale planer og prioriteringer

Helse- og omsorgsplan 2030 er en temaplan som tar utgangspunkt i kommunens «Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer». Helse- og omsorgsplan skal koordineres med kommuneplanens samfunnsdel som er påbegynt.

Planen skal også koordineres med den kommunale oppvekstplanen som er under utarbeidelse. I Flekkefjord er Ressurssenter for barn og unge som består av helsestasjon, barnevern og pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) organisert i oppvekstsektoren. Satsningsområder, mål og tiltak som i andre kommuner ville ha vært sentrale i en helse-

og omsorgsplan, vil i Flekkefjord, bli innarbeidet i oppvekstplanen. Samarbeidet og samordningen på tvers av sektorene er betydelig og arbeidet med ny oppvekstplan vil kreve aktiv deltakelse og involvering fra en rekke ansatte og ressurspersoner i helse og velferd. Helse- og omsorgsplan skal videre samordnes med i plandokument som handlingsplan for vold i nære relasjoner, kulturplan og plan for idrett, friluftsliv og folkehelse og arealplaner.

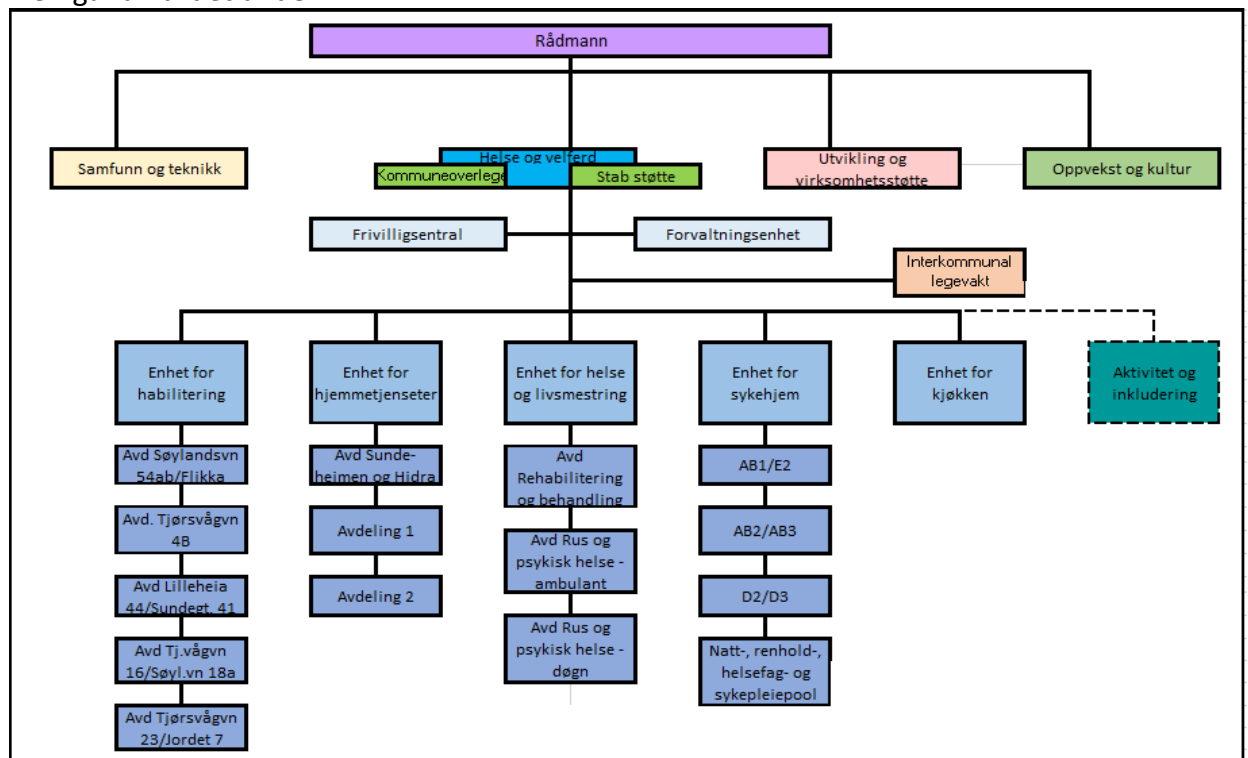
Helse- og omsorgsplan 2030 omhandler den største sektoren i kommunen, både hva angår antall ansatte og budsjett. Helse og omsorg er også det området som må forventes å vokse mest i planperioden. Sektoren er i stadig endring og det skjer løpende en rekke interne omprioriteringer og justeringer Vi har grunn til å være stolt av alle de gode tjenestene vi har i Flekkefjord i dag og disse skal vi videreføre og videreutvikle. Helse- og omsorgsplan 2030 er en overordnet plan for sektoren og i handlingsdelen er det i all hovedsak fokus på nye tiltak, da særlig tiltak som har større driftsmessige og økonomiske konsekvenser. Noen tiltak kan gjennomføres ved interne omprioriteringer, andre må eventuelt prioriteres og vedtas gjennom de årlige budsjett og økonomiplaner. Helse- og omsorgsplan 2030 danner grunnlag for strategier med handlingsplaner på enkeltområder. Disse er:

- Strategi for Rekruttering, kompetanse, heltid og inkludering
- Strategi for legetjenesten
- Strategi for boligsosialt arbeid

Helse- og omsorgsplan 2030 vil også være førende for enhetenes virksomhetsplaner.

3.0 Om tjenestene

Organisasjonskartet for sektoren er stadig i endring. Per 1.12.2021 er strukturen slik det fremgår av bildet under:



Helse og velferd ledes av en kommunalsjef og 5 enhetsledere. Kommunalsjef for helse og velferd har i tillegg ansvar for sosial- og flyktningetjenesten (Enhet for aktivitet og inkludering) som er interkommunalt organisert med Kvinesdal som vertskommune.

Under kommunalsjefens ansvar er også en forvaltningsenhet med 3 årsverk, frivilligsentralen med 1,6 årsverk, en felles stab med 2 årsverk, kommuneoverlege, samt interkommunal legevakt med 0,4 administrative årsverk.

Forvaltningsenheten består av 3 årsverk som har ansvar for kartlegging og tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Forvaltningsenheten sikrer at innbyggernes rettigheter ivaretas innenfor gjeldende lovverk, samtidig som de sikrer en helhetlig, forsvarlig og rettferdig forvaltning av sektorens ressurser. Enheten har også ett årsverk merkantil som bla. har ansvar for fakturering, tilgangsstyring og journalsystem.

Frivilligsentralen består i utgangspunktet av 1,6 årsverk, men har en rekke prosjekter som gir ekstra ressurser. Frivilligsentralen er organisatorisk plassert i helse og velferd, men jobber tverrsektorielt og har et eget styre.

De to årsverkene knyttet til stab/støtte skal ivareta oppgaver knyttet til turnusplanlegging, kompetanseheving, digitalisering og informasjon, bruker- og pårørendearbeid, innbyggerdialog og samskaping, rekruttering, plan- og utviklingsarbeid, kvalitetsutvikling og etisk refleksjon. De har ansvar for drift og oppfølging av vikarpool, lærlinger og støttekontakter.

Kommuneoverlegen er medisinsk faglig rådgiver og har delegert myndighet innen miljørettet helsevern. Kommuneoverlegen har også definerte ansvarsområder innen smittevern og helsemessig- og sosialberedskap, samt vedtak om undersøkelse innen psykisk helsevern. Flekkefjord kommune er vertskommune for interkommunal stilling som rådgiver i miljørettet helsevern.

Flekkefjord kommune er vertskommune for interkommunal legevakt for innbyggerne i Flekkefjord, Kvinesdal, Lyngdal (med unntak av gamle Audnedal), Lund med unntak av innbyggerne fra Heskestad og vestover, samt innbyggerne i Åna Sira (Sokndal kommune). Farsund og Sirdal deltar i samarbeidet rundt Legevaktssentral. Kommunene kjøper sykepleierressurser fra Sørlandet sykehus. Legene som har vakt er privat næringsdrivende på kveldstid og kommunalt lønnet på natt. Interkommunal legevakt har ansvar for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste.

Enhet for hjemmetjenester ledes av enhetsleder og 3 avdelingsledere som sammen har ansvar for 66 årsverk som leverer tjenester til hjemmeboende. Dette innebærer blant annet ansvar for praktisk bistand (hjemmehjelp) og hjemmesykepleie, enkelte BPA tilbud, 13 omsorgsboliger på Hydra og 31 omsorgsboliger på Sundeheimen.

Enhet for habilitering ledes av enhetsleder og 5 avdelinger med ca. 95 årsverk som sammen har ansvaret for tjenester til personer med utviklingshemming og funksjonshemming. Dette innebærer blant annet ansvar for praktisk bistand og oppfølging av ca. 45 beboere i omsorgsbolig, samt nærmere 20 hjemmeboende som får tjenester som avlastning, dagtilbud, brukerstyrt personlig assistent og støttekontakt.

Enhet for sykehjem ledes av enhetsleder og 4 avdelingsledere som sammen har ansvar for ca. 105 årsverk, fem langtidsavdelinger med totalt 78 plasser og en korttidsavdeling

med 16 plasser, i tillegg til vaskeri og renhold, samt legetjenesten på sykehjem. Dette innebærer ansvar for helsetjenester, rehabilitering, behandling, pleie og omsorg for 94 pasienter. I tillegg har enhetsleder ansvar for dagtilbud for demente.

Enhetsleder helse- og livsmestring har sammen med 3 avdelingsledere ansvar for fagområdene rehabilitering, utredning og behandling, herunder fysioterapitjeneste og legetjeneste, friskliv, forebygging, hjelpemidler, velferdsteknologi, syn og hørsel, psykisk helse og rus, samt integrering/inkludering. Dette innebærer utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning, sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering, oppfølging, veiledning og omsorg for personer med psykiske lidelse og rusavhengighet, herunder beboere i heldøgns omsorgstilbud. Totalt er det ca. 47 årsverk i enheten. I tillegg kommer prosjektstillinger, private fysioterapeuter og fastleger.

Enhetsleder for kjøkkentjenesten har ansvar for ernæringsomsorgen til beboerne på sykehjem, samt på Hidra omsorgssenter og Sundeheimen. I tillegg tilbyr og leverer kjøkkentjenesten middag til hjemmeboende eldre. Enheten består av ca. 9 årsverk.

Totalt er det i overkant av 330 årsverk innen helse- og velferd i 2022.

Det er i forbindelse med helse og omsorgsplan utarbeidet en innsatstrapp som viser grad av innsats og dermed kan utgjøre grunnlag for en drøfting rundt hvilke «trinn» som bør styrkes i årene fremover. De mørkeste trinnene er de som vi pt. ikke har etablert.



4.0 Utfordringsbildet

I Primærhelsemeldingen beskriver Regjeringen det samlede utfordringsbildet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik:

Utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mange og av ulik karakter. De er knyttet til brukerorientering, ledelse, rekruttering, kompetanse, organisering og arbeidsformer, tilgjengelighet, finansieringsordninger, roller og ansvar gitt de ulike yrkesgruppene gjennom utdanning og regelverk. Det er også utfordringer knyttet til endringer i demografi, med flere eldre og flere innvandrere, og i selve sykdomsbildet. I tillegg kommer mangelfulle IKT-systemer og for lite data som kan benyttes til styring, tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og forskning. På noen områder er det kapasitetsutfordringer og for dårlig tilgjengelighet. Personellressursene utnyttes ikke optimalt. Det legges ikke nok vekt på forebygging. Tjenestene er ikke tilstrekkelig proaktive og har ikke med populasjonsperspektivet i planleggingen. Det gis for lite opplæring i mestring i samarbeid med pasient og pårørende. Tjenestene er siloorganisert og ses ikke i sammenheng som en nødvendig helhet, og med behov for tett koordinering. Det er også store bærekraftutfordringer. Dagens tjeneste er i for liten grad utformet til å møte dagens og morgendagens behov. Veksten i behov for tjenester kan overgå muligheten for å utdanne og rekruttere personell og samfunnets evne til å betale. De samlede ressursene i hele samfunnet må utnyttes bedre. Økt internasjonalisering av markedet for personell, tjenestetilbydere, pasienter og brukere stiller store krav til innovasjon og endring i tjenestene i årene fremover. Fremtidens tjenester må derfor ha nødvendig fleksibilitet og omstillingsevne.

Avslutningsvis påpekes det: *Samtidig er det viktig å påpeke at helse- og omsorgstjenesten ikke bare er en utgiftspost i offentlige budsjetter. Sektoren bidrar vesentlig til verdiskapning i tillegg til befolkningens helse og velferd.*

Hovedutfordringene slik administrasjonen i Flekkefjord vurderer dem er:

- Demografisk utvikling og rekrutteringsutfordringer
- Vekst i forventninger, oppgaver og resurskrevende tjenester
- Økning i ikke-smittsomme sykdommer
- Utenforskap og ensomhet
- Innbyggerne opplever tjenestene som fragmenterte
- Beredskapsutfordringer og klimaendringer

4.1. Demografi og rekrutteringsutfordringer

I 2040 vil ca. 10 % av befolkningen i Flekkefjord være over 80 år, mot 5,7 % i 2020. I 2020 er ca. hver sjettede innbygger over 67 år, i 2040 har dette økt til hver fjerde innbygger.

Framskrivninger på 20 år har stor usikkerhet knyttet til seg. De legger til grunn at verden i morgen blir omtrent som verden i går og i dag og tar ikke høyde for større endringer. Etablering av batterifabrikk, ny E39, flyktningstrømmer og flyttebevegelser ut ifra klimautfordringer er eksempler på hendelser som opplagt vil kunne påvirke framskrivingene og befolkningssammensetningen.

I 2019 var det omlag 3,2 i yrkesaktiv alder (18-66 år) per pensjonist i Flekkefjord. I 2040 år er dette tallet reduseres til om lag 2,1. Tar man høyde for at flere unge studerer og at vi har en høy andel uføre så er aldersbæreevnen enda lavere.

Omsorgsbæreevnen er et mål på hvor mange personer man har i aldersgruppen mellom 50 og 66 år per person som antas å ha behov for omsorg (80+). I 2019 var omsorgskoeffisienten/bæreevnen på 3,9, mens den i 2040 vil være på 2. Dette er en drastisk nedgang som vil stille store krav til de pårørende og til de offentlige omsorgstjenestene.

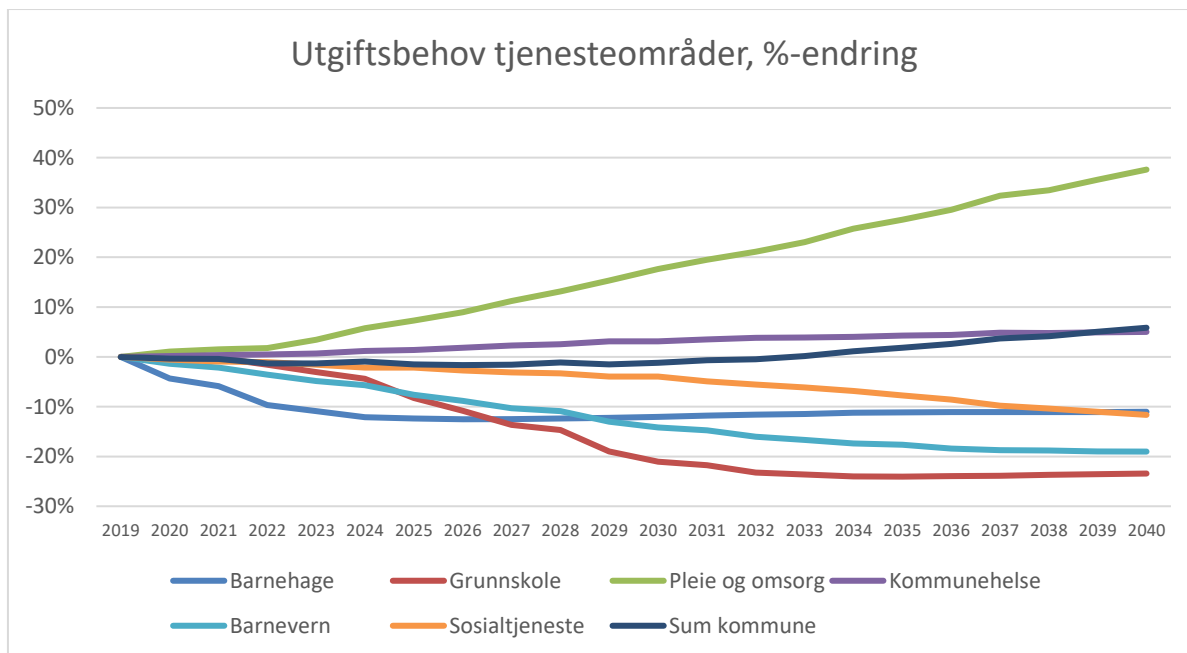
	2020	2025	2030	2035	2040
0-17 år	1959	1900	1811	1788	1816
18-49 år	3368	3274	3280	3237	3150
50-66 år	2047	2055	1995	1909	1839
67-79 år	1174	1259	1289	1373	1428
80-89 år	405	472	608	665	710
90 år og eldre	115	114	115	151	200
Totalt	9068	9074	9098	9123	9143

På landsbasis er andelen over 80 år ca. 4,2 %, mens den i Flekkefjord er 5,7. Flekkefjord har gjennom rammeoverføringene fra staten blitt kompensert for at vi har en «gammel» befolkning, men siden den demografiske utviklingen er lik i store deler av landet vil vi i årene fremover få mindre kompensert via rammeoverføringene fra staten.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utviklet et «demenskart» som viser forekomsten av demens i de ulike kommunene i Norge og for landet som helhet.ⁱⁱ I 2030 vil 286 personer i kommunen ha demens. Dette tilsvarer en økning på 61 personer sammenlignet med i 2020. Andelen personer med demens er 2.49 % i 2020 og 3.29 % i 2030. Til sammenligning er andelen med demens i Norge 1.88 % i 2020 og 2.48 % i 2030. I 2040 anslås det at der vil være 375 personer i Flekkefjord med demens (4,39% av befolkningen) Flekkefjord ligger ca. 10 år foran landsgjennomsnittet.

	2020	2030	2040
30-64	4	4	3
65-69	3	4	4
70-74	28	28	33
75-79	35	42	49
80-84	42	70	76
85-89	56	78	100
90+	57	60	110
Totalt	225	286	375

I en rapport fra Telemarksforskningⁱⁱⁱ er utgiftsbehovet for Flekkefjord fra 2019 til 2040 oppsummert, slik det fremgår av figuren og tabellen under.



	Demografikostnader (mill. kr)				Utgiftsbehov endring i %			
	Barnehage	Grunnskole	Pleie og omsorg	Alle områder	Barnehage	Grunnskole	Pleie og omsorg	Alle områder
Farsund	-11,6	-20,7	112,9	74,2	-12,6 %	-12,2 %	47,5 %	12,3 %
Flekkefjord	-9,1	-38,5	89,1	34,0	-11,0 %	-23,4 %	37,6 %	5,9 %
Nye Lyngdal	-28,9	-42,1	129,3	56,2	-12,9 %	-19,8 %	52,0 %	6,7 %
Hægebostad	-5,0	-4,5	16,8	6,8	-27,6 %	-13,9 %	38,5 %	6,1 %
Kvinesdal	-8,2	-14,6	69,3	45,2	-14,2 %	-13,6 %	44,5 %	11,7 %
Sirdal	-5,3	-8,4	16,5	0,2	-30,6 %	-23,8 %	32,4 %	0,2 %

Det er lite som tilsier at de statlige rammeoverføringene vil følge behovsveksten i sektoren. Gjennom helse og omsorgsplan 2030 må vi sammen med innbyggerne finne nye måter å gi tjenester på, samt mobilisere den enkeltes ressurser og nettverk slik at vi kan ta vare på egen helse og planlegge for egen alderdom.

4.2. Vekst i forventninger, oppgaver og ressurskrevende tjenester

Gjennom sitt ønske om å skape en best mulig helse- og omsorgstjeneste oppfordrer og/eller pålegger staten kommunene til levere stadig bedre og flere tjenester. Kvalitetsforskrifter, retningslinjer og veiledere setter standarder som det er krevende for kommunen å etterleve fullt ut. Pårørende og tjenestemottakere blir stadig mer bevisst på sine rettigheter, og forventningene i befolkningen øker.

Som innbyggere møter vi helsetjenesten med «en bestilling» om tjenester, noe som er krevende å håndtere både ressursmessig, men også ut ifra hensynet til rettferdig fordeling av ressurser. Desto knappere ressurser, desto større blir utfordringen å finne den riktige prioritering – den prioritering som gir mest helse, pleie, omsorg, mestring og trivsel for hver krone.

Overbehandling er en tematikk som det i de siste årene har blitt satt stadig mer fokus på. Den norske legeföreningen har sammen med Den norske tannlegeforening, Norsk pasientforening, Norsk kiropraktorforening, Norsk fysioterapeutforbund, Norges optikerforbund, Jordmorforbundet NSF og Norges farmaceutiske forening startet kampanjen «Gjøre kloke valg». Mange undersøkelser og behandlinger er ikke bare

unødvendige, men kan også være skadelige for pasientene, samtidig er det enkelte pasienter som ikke får god nok utredning og behandling. Omfanget av overbehandling er større enn omfanget av under behandling. Kampanjen har som mål å redusere utredning og behandling som pasienten har liten eller ingen effekt av og dermed skape bedre og tryggere helsetjenester.

Både antall og kompleksiteten i oppgaver øker, uten at dette kompenseres for i form av økte ressurser. Medisinsk utvikling fører til at flere blir født og vokser opp med alvorlige funksjonsnedsettelse, samtidig som flere overlever alvorlig sykdom og får behov for omfattende hjelp. Dette er ofte behov som oppstår plutselig, og som det ikke er mulig å planlegge for. Mens andelen personer med psykisk utviklingshemming er ca.0,4 på landsbasis er denne andelen ca.0,6 i Flekkefjord kommune.

Vi har sett en utvikling hvor ressurskrevende tjenester til unge brukere krever stadig mer innsats og prioritet. Det samme gjelder omfattende og komplekse tjenester innenfor somatisk rehabilitering, habiliteringstjenester og tjenester til innbyggere med alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet og atferdsproblematikk. Stort press på tjenestene fører til at tjenestene ikke klarer å prioritere forebyggende arbeid i så stor grad som ønskelig

Gjennom helse- og omsorgsplan må vi utforske muligheter og løsninger som sikrer at de som har store behov og deres familier kan leve selvstendige, gode og trygge liv, samtidig som vi ivaretar helheten og prioritere riktigst mulig. Vi må gjøre mer, eller nok av det som virker og mindre av det som ikke virker.

4.3 Økning i ikke-smittsomme sykdommer

Kommunen står ovenfor store ressurs- og prioriteringsutfordringer knyttet til å sikre helsefremmende og forebyggende arbeid versus å ivareta tyngre behandlingsoppgaver og personellintensive helsetjenester. Utfordringen er klare å forebygge fremfor å reparere. Omtrent 60 % av dødsfallene i Norge skyldes livsstilssykdommer som kunne vært forebygget. Usunt kosthold, manglende fysisk aktivitet, tobakksrøyking, overdrevet alkoholinntak og stress er hovedårsaker til livsstilssykdommer som koronar hjertesykdom, hjerneslag, demens, høyt blodtrykk, visse typer kreft, type 2-diabetes, KOLS, benskjørhet, depresjon, medikamentmisbruk, overvekt og artrose.

De viktigste tiltakene for å forebygge livsstilssykdommer er å ha et tilpasset kosthold, bli mer fysisk aktive, slutte å røyke og ha et moderat alkoholforbruk. Vi må også begrense forurensningen og bedre miljøforholdene i samfunnet, på arbeidsplassene og i hjemmet.

Forskning viser at et høyt inntak av frukt, bær og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk kan forebygge en rekke sykdommer som type 2 diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og osteoporose.

Kanskje er økt fysisk aktivitet det aller viktigste tiltaket mot livsstilssykdommer. Den moderne sivilisasjon har ført til at dagens mennesker bruker kroppen vesentlig mye mindre enn før. Vi er blitt passiviserte og inaktive. Regelmessig mosjon og bruk av kroppen 30-60 minutter per dag styrker kroppen og forbraker kalorier. På den måten begrenses risikoen for overvekt, diabetes, hjertekarsykdommer, benskjørhet.^{iv}

Den viktigste ressursen for å lykkes er innbyggerne selv. Vi må selv ta de riktige valgene for egen helse.

Gjennom helse- og omsorgsplan må vi finne gode løsninger på hvordan vi som kommune, som samfunn – kan legge til rette for fysisk aktivitet og gode lærings- arbeids- og utemiljø. Planen må også gi svar på hvordan kommunen kan oppfordre og tilrettelegge for innbyggerne til å spise sunnere, bevege seg mer, stumpe røyken og moderere alkoholforbruket.

4.4 Utenforskap og ensomhet

Utenforskap betegner mennesker eller grupper som står på utsiden av fellesskapet. Både eldre, ungdom, innvandrere og personer med kroniske lidelser og/eller nedsatt funksjonsnivå er utsatt for å oppleve utenforskap. Dette er grupper som har større risiko for å ikke ha, eller kun ha en begrenset tilhørighet til utdanning eller arbeid.

Utdanning og arbeid er gjerne arenaer hvor man treffer andre mennesker og knytter sin identitet mot. En sterk tilhørighet blant familie og/eller venner vil kunne veie opp for svak tilknytning til arbeid eller utdanning. Opplevelse av utenforskap kan brukes som en motsats til opplevelse av fellesskap. Utenforskap har alvorlige økonomiske og sosiale konsekvenser – både for samfunnet og de menneskene det gjelder. Utfordringen forsterkes av den demografiske utviklingen som gir økt pleie- og omsorgsbehov ved at andelen eldre øker kraftig, parallelt med stadig mer krevende rekrutteringsutfordringer som følge av andelen som er i arbeidsfør alder reduseres

Gjennom helse- og omsorgsplan må vi skape arenaer for fellesskap og deltakelse. Den enkelte som av ulike årsaker opplever å stå på utsiden må gjennom en rekke kommunale og private initiativ trygges på at man er verdifull og en ressurs for andre, og for fellesskapet.

4.5 Innbyggerne opplever tjenestene som fragmenterte

I stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid, står det blant annet at *mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode. Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten.*^v

I primærhelsemeldingen, som kom 6 år senere, påpekes det at tjenestene fortsatt er preget av siloorganisering og mangelfull helhet og samarbeid. Vi har ikke klart å få til et godt nok tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelinger, sektorer og nivå. Fastlegeordningen som i mange tilfeller har en veldig viktig rolle i samarbeid og samordning, er i krise og det er langt frem mot «En innbygger, en journal».

Økende spesialisering og «silo-organisering» av tjenester kan ha bidratt til fragmentering av tjenestetilbudet både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Personer som trenger

tjenester fra ulike tjenesteytere må forholde seg til mange aktører. Dette kan være krevende for den som trenger hjelp, men også for de som skal gi hjelpen.

Nasjonal helse- og sykehusplan gir Helsefelleskapene, som er samarbeid mellom kommuner og helseforetak, et særlig ansvar knyttet til fire pasientgrupper som trenger tjenester fra begge nivå. Det er et særlig fokus på å utvikle gode og koordinerte tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser

Som en liten mellomstor kommune med lokalsykehus og gode veletablerte arenaer for samarbeid mellom kommuner og sykehus, har Flekkefjord gode forutsetninger for å kunne gi helhetlige og koordinerte tjenester. Det vil kreve mot og vilje både fra politisk og administrativ ledelse og fagpersoner, men er langt fra umulig.

4.6 Beredskapsutfordringer og klimaendringer

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap har gjort en risiko- og sårbarhetsvurdering av ulike hendelser. Mange av hendelsene er knyttet til klimaendringer og til en internasjonalisering av samfunnet.

Jordskjelv, regnflom og kvikkleireskred i byer, flom, fjellskred, atomulykker, skipskollisjon, langvarig strømbrydd, olje- og gassutslipp, sykdomsutbrudd med antibiotika resistente bakterier, legemiddelmangel og pandemi er blant hendelsene som DSB sin rapport «analyser av krisescenarier 2019»^{vi} trekker frem i sin ROS analyse. Disse hendelsene vil få betydelige konsekvenser for helse- og omsorgssektoren.

Kommunene har ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, inkludert psykososial beredskap og oppfølging. Kommunene har ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade, sentrale tema er smittevern, miljørettet helsevern, mattrygghet, drikkevann og strålevern. Kommunen skal etter lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen legge til rette for at befolkningen ved kriser sikres mat, bolig, klær med videre.

I tillegg til å planlegge for, og iverksette risikoreducerende tiltak i tråd med truslene som vi identifiserer så må vi som sektor ta ansvar for å gjøre tiltak rettet mot å fjerne årsakene til truslene. Siden mange av truslene mot helse- og sosialberedskapen er forårsaket av miljø- og klimaendringer er det viktig at vi som sektor tar miljøhensyn og at vi samtidig som vi tenker helse i alt vi gjør også tenker bærekraft i alt vi gjør.

5.0 Målgruppe for planen

Planen gjelder for alle barn, unge, voksne og eldre som bor i Flekkefjord. Den angår de som mottar helse- og omsorgstjenester i dag, deres pårørende og nettverk. Eldre med behov for helsehjelp og funksjonshemmede i alle aldre er særlig viktige målgrupper. Den angår også de som i fremtiden vil motta, eller bli pårørende til noen som trenger tjenester. Altså oss alle.

Planen er også et viktig dokument for medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten, samt for medarbeidere innenfor andre tjenesteområder, som helsestasjon, barnehage, skole, teknisk sektor og kultur. Samarbeidet mellom kommune og frivillige lag og foreninger er også gitt en sentral plass i dokumentet.

6.0 Satsningsområder

Helse- og omsorgsplan 2030 har følgende tverrfaglige satsningsområder:

- Folkehelse, livsmestring og levekår
- Innbyggerinvolvering frivillighet og samskaping
- Lengst mulig i eget liv
- Aktivitet og fellesskap
- Kvalitetsutvikling gjennom bruker- og pårørendemedvirkning og kunnskapsbasert praksis
- Digitalisering og hensiktsmessig bruk av velferdsteknologi og telemedisin
- Sammenheng i tjenestene; tverrfaglig, tverrsektorielt og interkommunalt
- Beholde, utvikle, rekruttere og inkludere ansatte
- Miljø og beredskap
- Hensiktsmessige bygg og trygge hjem

Satsningsområdene er dels overlappende med fokusområdene i Meld. St.15 Leve hele livet

Fokusområder Leve hele livet	Satsningsområder i helse- og omsorgsplan som med overlappende tematikk
Et aldersvennlig Norge	Kapittel 1, 2, 3, 4, 6 og 10
Aktivitet og fellesskap	Kapittel 1, 2, 3 og 4
Mat og måltider	Kapittel 1 og 7
Helsehjelp	Kapittel 1, 5 og 6
Sammenheng i tjenestene	Kapittel 7 og 8

Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av områdene, samt hvilke effektmål som vil gjelde for perioden frem mot 2030.

6.1. Folkehelse, livsmestring og levekår

I folkehelseloven defineres folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan denne er fordelt»^{vii} Folkehelsearbeid defineres som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»^{viii}

Det er grunnleggende viktig for den enkeltes helsetilstand at vi spiser variert og sunt og er fysisk aktiv flere ganger i uken, men det er mange andre faktorer som påvirker vår livskvalitet og våre levekår. Nærmiljø, tilknytting til utdanning og arbeid, sosiale relasjoner, vår opplevelse av trygghet, økonomi, helse, fritid, samfunnsengasjement mv. er viktige områder som påvirker både hvordan vi har det og «tar det».

Mange av faktorene som påvirker folkehelsen har helse- og omsorgstjenesten i Flekkefjord kommune lite direkte påvirkning på, men vi kan sammen med den enkelte innbygger og andre aktører, herunder oppvekstsektoren, plan og bygningsavdeling, NAV Lister, Lister barnevern og Frivilligheten, bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller, og skape god helse for flest mulig.

Folkehelse og livsmestring som tverrfaglig tema i skolen skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Livsmestring dreier seg om å kunne forstå og å kunne påvirke faktorer som har betydning for mestring av eget liv.^{ix}

I forbindelse med Bystyrets behandling av oversikten over helsetilstanden i befolkningen ble følgende områder prioritert for den løpende oversikten:

1. Tidlig innsats og forebygging av frafall i utdanning
2. Forebygge psykiske plager og lidelser
3. Forebygge barnefattigdom
4. Forebygge livsstilssykdommer
5. Forebygge rusmiddelbruk blant ungdom
6. Forebygge ensomhet og utenforskap

Visjon

I 2030 er Flekkefjord en kommune hvor helsefremmende tiltak og tidlig innsats prioriteres. Innbyggerne tar gode helsefremmende valg for seg selv og sine barn. Flekkefjord et trygt og godt samfunn hvor vi tar vare på og inkluderer hverandre. Et samfunn hvor vi legger til rette for aktivitet og trivsel, hvor innbyggerne får muligheter og støtte til å delta i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Et samfunn hvor innbyggerne kan leve et liv trygt uten vold.^x

Effekt mål

Felles for alle tilbud og tjenester hvor formålet er å primærforebygge, er at det er vanskelig, om ikke umulig å avgjøre om det virker eller ikke. Dette fordi resultatet av innsatsen gjerne ikke kommer før mange år senere. Videre er det gjerne tiltak som initieres utenfor helse og velferdssektoren som vil ha størst effekt. Folkehelseinstituttet har samlet kommunale data i kommunehelse statistikkbank og mange av indikatorene og effektmålene er basert på tall fra denne oversikten. Tallene er gjerne 1-2 år gamle når de publiseres, men de vil over tid kunne gi oss en god indikasjon på status for folkehelse, livsmestring og levekår.

Vi har lykket når:

- Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt er lavere enn snittet for Norge^{xi}
- Flekkefjord kommune scorer bedre eller likt som landsgjennomsnittet på Ung data undersøkelsen på spørsmål om fysisk aktivitet, mobbing, ensomhet, bruk av alkohol og rusmidler, samt spørsmål om de er fornøyd med egen helse
- Flekkefjord kommune har bedre eller like levekår (andel unge som står utenfor arbeid og utdanning, mottakere av uføreytelse og stønad til livsopphold) som snittet for landet
- Forekomsten av livsstilssykdommer (KOLS, diabetes, hjerte/karsykdommer), overvekt og muskel-skjelett- bindevevs sykdommer er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xii}
- Andelen innbyggere mellom 0 og 74 år som bruker reseptbelagte legemidler mer mot diabetes, hjerte-kar sykdommer, og astma/KOLS er lik eller lavere enn landsgjennomsnittet
- Andelen innbyggere mellom 0 og 74 år som bruker reseptbelagte legemidler for psykiske lidelser og sove/beroligende midler er lik landsgjennomsnittet^{xiii}
- Minst 70% av tjenestemottakerne med psykiske og/eller rus problemer har rimelig god orden på sin økonomi^{xiv}
- Maks 5% av tjenestemottakerne med psykiske og/eller rus problemer har omfattende fysiske plager^{xv}
- Minst 50 % av de som får tilbud via Frisklivsentralen rapporterer økt livskvalitet

6.2. Innbyggerinvolvering, frivillighet og samskaping

Vi trenger innbygger som vil ta ansvar og ansatte som har mot til å slippe innbyggerne til. For å sikre bærekraftige tjenester fremover er vi avhengige av at innbyggerne engasjerer seg og at vi alle tar ansvar for å videreutvikle kommunen vår. Alle har vi ressurser som andre vil ha glede av enten det er i form av en konkret tjeneste eller tid til andre gjennom pårørendeomsorg, frivillighet, vennskap, naboskap eller som medmenneske. Flekkefjord er blant landets beste på frivillighet og dette må vi ta vare på og videreutvikle til flere områder. Frivillighet skaper felleskap, gir tilhørighet og bidrar til aktivitet og mestring.

Ved å koble ulike innbyggere og ressurser kan vi kanskje løse noen av problemene vi står ovenfor på en ny og bedre måte. Dette gjelder særlig problemer vi som samfunn ikke klarer å løse ved hjelp av de ordinære tjenestene og strukturene vi har. Slike problemer kaller vi gjerne «samfunnsfloker». Samfunnsfloker er utfordringer kommunen ikke alene kan løse innenfor rammen av sitt virkemiddelapparat, men hvor løsningen krever innsats og deltakelse fra andre aktører, f.eks. innbyggere, lokalt nærings- og foreningsliv. Eksempler på floker helse- og omsorgssektoren er særlig opptatt av, og hvor vi er avhengige av bidrag fra andre er: Hvordan få til en god nok eldreomsorg med relativt sett færre ressurser og hender? Hvordan redusere antall unge uføre?

Innbyggerne, tjenestemottakere, pårørende og ansatte vil gjerne delta i prosesser hvor vi sammen utforsker behovene og nye løsninger. Gjennom samskaping bringes kunnskap, ressurser og erfaringer sammen. Løsninger utvikles sammen med de det gjelder, i stedet for til dem. Kommunen sees som et sted, ikke en organisasjon.

Samskapingkommunen (kommune 3.0) representerer således et paradigmeskifte fra service kommunen (kommune 2.0) og forutsetter en kultur- og holdningsendring både blant ledere, ansatte, innbyggere og andre samfunnsaktører. Paradigmeskiftet vil ta tid og forutsetter at ledere og medarbeidere er villige til å slippe taket i en periode før de igjen fester grepet og levere tjenester på en ny måte, sammen med innbyggerne.

Visjon

I 2030 jobber helse- og omsorgssektoren i Flekkefjord kommune systematisk med innbyggerinvolvering, frivillighet og samskaping. Vi løser problemer sammen med innbyggerne, frivillige lag og foreninger og næringsliv. Vi leter etter ressurser hos innbyggere og i samfunnet rundt oss og understøtter disse aktivt. Frivilligsentralen er fortsatt en viktig og sentral brobygger mellom tjenestene og innbyggere, lag og foreninger. Innbyggerne opplever sektoren som nysgjerrig og åpen for innspill og samarbeid.

Effekt mål

I hvilken grad vi som sektor lykkes med innbyggerinvolvering, frivillighet og samskaping er relativt vanskelig å måle. Hva er annerledes og hvordan påvirker endringen innbyggere, ansatte og andre aktører i samfunnet til det bedre? Siden svarene på «problemene» som skal løses er et resultat av en prosess hvor de det gjelder involveres og tas med i selve utformingen og drift av tilbud kan vi ikke i forkant definere disse. Effektmålene må derfor knyttes vel så mye til prosessene og den nye måten å samarbeide på, som til resultatene i seg selv.

Vi har lykkes når:

- Antall aktive frivillige tilknyttet frivilligsentralen til enhver tid er minst 450 personer.
- Minst 80 % av deltakerne i samskapingsprosjekter er fornøyde med både prosess og resultat.
- Minst 50% av tjenestemottakerne som bor i institusjon eller boliger med heldøgns omsorg har minst 1 time aktivitet i regi av nettverk og/eller frivillighet per uke.
- Sektoren samarbeider med frivillighet/næringsliv om minst 3 innbyggerdrevne lavterskel aktiviteter/ sosiale møteplasser med totalt minst 90 fornøyde deltakere.

6.3 Lengst mulig i eget liv

For å sikre bærekraft fremover er vi avhengig at innbyggerne tar gode helsefremmende valg i alle aldre og at vi når den tid kommer, planlegger for egen alderdom.

I helse- og omsorgssektoren møter vi ofte mennesker når de trenger hjelp, ikke før de trenger hjelp. Vi må i større grad sikre systemer og tilbud som bidrar til at innbyggerne tar kontakt for å få råd og veiledning. Vi er avhengige av at den enkelte tar kloke valg og at samfunnsaktørene utenfor helsesektoren tilrettelegger for at alle innbyggerne uavhengig av alder og funksjonsnivå kan leve gode og trygge liv i boligen og i sitt nærmiljø. Perspektivet må endres fra tjenester og rettigheter til ressurser og deltakelse.

Et aldersvennlig samfunn er en av fem hovedsatsninger i reformen leve hele livet. Et aldersvennlig samfunn har to perspektiv:

- hva vi som samfunn kan gjøre for at eldre skal kunne delta, leve aktive liv og bevare sin selvstendighet så lenge som mulig
- den enkeltes eget ansvar for eget liv, helse og alderdom

Å ta ansvar for eget liv gjelder alle aldre. Vi kan alle befinne oss i situasjoner som vi ikke helt vet hvordan vi skal håndtere eller løse hvor problemene topper seg. Klarer vi å be om hjelp før problemene blir for store, er det lettere å løse disse. Som ansatte må vi øve oss på å lytte og på å lete etter ressursene hos dem vi møter.

Visjon

I 2030 har helse- og omsorgssektoren i Flekkefjord etablert gode systemer og tilbud for veiledning og bistand til innbyggere som trenger hjelp til å ta vare på egen helse og innbyggere som ønsker å planlegge for egen alderdom. Helse- og omsorgssektoren har bidratt med innspill til kommuneplaner som har resultert i trygge universelt utformede og helsefremmende boliger og lokalsamfunn.

Effekt mål

Å ta ansvar for egen helse gjennom livet er en stor utfordring og det er vanskelig å måle i hvilken grad man lykkes, da effekten gjerne kommer mye senere i livet. Å planlegge og ta kloke valg når helsen svikter eller når funksjonsnivået reduseres er også vanskelig å gjøre, men det er kanskje lettere å måle, i form av andel som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester.

Flekkefjord kommune har en høy andel eldre og en del unge med store og omfattende behov og vil nok i mange år fremover ligge over landsgjennomsnittet både andel som trenger helse- og omsorgstjenester og i ressursbruk, men på sikt bør forskjellen reduseres.

Vi har lykket når:

- Andel brukere av tjenester til hjemmeboende (med unntak av dagtilbud og matombringing) og institusjonstjenester gjennom året av total befolkning utgjør 7% eller mindre^{xvi}
- Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger reduseres fra å være 32,9 % høyere enn landsgjennomsnittet til å bli maks 20 % høyere enn landsgjennomsnittet^{xvii}
- Helse og velferd holder de vedtatte budsjetttrammer

6.4 Aktivitet og fellesskap

Aktivitet og sosialt fellesskap er en viktig forutsetning for god helse og funksjon i hele livsløpet. Mens folkehelsesatsningen som beskrives i kapittelet over har fokus på mer generelle helsefremmende tiltak som skal forebygge at innbyggerne blir syke eller får dårlige levekår, er dette fokusområde valgt fordi vi vet at det er enkelte grupper som har behov for tilrettelegging og tilbud utover lavterskeltilbudene. Både eldre, personer med demens, personer med funksjonsnedsettelse og personer som i lengre tid står utenfor arbeid og utdanning kan ha behov for særlig tilrettelegging for å kunne drive med ulike former for aktivitet og bli del av et fellesskap.

Aktivitet kan være både fysisk, sosial, intellektuell, kulturell og eksistensiell aktivitet. Fysisk aktivitet er viktig for helsen vår og anbefalingen er at alle voksne skal være fysisk aktive minst 150 minutter i uken med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet. Dersom man har store funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å være fysisk aktiv er det vel så viktig at man får mulighet og hjelp til å opprettholde funksjoner som å reise seg, stå, spise ol.

For personer som står utenfor arbeid og utdanning, mister ektefelle eller andre i sitt sosiale nettverk, eller har funksjonsnedsettelse øker risikoen for å oppleve ensomhet eller utenforskap. Å delta i sosiale aktiviteter skaper tilhørighet og fellesskap noe som er viktig for den enkeltes fysiske og psykiske helse. Sunn og god mat er viktig for god helse og måltider er gjerne en viktig ramme rundt gode sosiale opplevelser.

Intellektuell aktivitet som det å lese, skrive, spille spill, drive med håndarbeid mv. skaper mening, identitet og mestring. Kulturell aktivitet er for eksempel fritidsaktiviteter og hobbyer som har et kulturelt eller kreativt preg i form av å skape og forme. Også sanseintrykk gjennom litteratur, musikk, bildekunst, film er kulturell aktivitet. Kulturell aktivitet har stor betydning for personlig og sosial identitet. Eksistensiell aktivitet er gjerne åndelige og religiøse aktiviteter som skaper mening og trygghet.

Felles for de ulike former for aktivitet er at man gjerne gjør den sammen med andre. Aktiviteter skaper fellesskap og legger grunnlag for deltakelse, mestring og livsglede. I et samfunn hvor stadig mer av praktiske gjøremål og kontakt med offentlige instanser og mellom mennesker skjer via internett er det også viktig å bistå og legge til rette for at flest mulig mestrer digitale verktøy.

Visjon

I 2030 er Flekkefjord et samfunn hvor vi legger til rette for aktivitet og fellesskap hvor innbyggerne får muligheter og støtte til å delta til tross for alder, sykdom eller funksjonsnedsettelse. Vi har gode og differensierte tjenester, aktivitets- avlastnings- og dagtilbud som bidrar til gode opplevelser og til å opprettholde eller øke funksjonsnivået til mottakere og deltakere. Tjørsvågheimen sykehjem er fortsatt et livsgledesykehjem og vi jobber systematisk med «livsglede» tiltak til alle beboere i kommunale omsorgsboliger og hjemmeboende som trenger tilrettelegging for å delta.

Effekt mål

Helsedirektoratet har utviklet noen nasjonale kvalitetsindikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Indikatorene må tolkes ut ifra kontekst, og dekker kun deler av tjenestene, men de er relevante og kunnskapsbaserte. Vi har valgt å ta ett par av

disse, samt en indikator fra Brukerplan kartleggingen for å «måle» om vi lykkes med å legge til rette for at innbyggerne kan opprettholde eller få økt funksjonsnivå og delta i aktivitet og fellesskap som er positive for den enkelte..

Vi har lykkes når:

- Tjørsvågheimen beholder sin sertifisering som livsgledesykehjem
- Andel hjemmeboende personer med demens som har dagaktivitetstilbud er lik eller høyere enn landsgjennomsnittet^{xviii}
- Andel søkere/tjenestemottakere med behov for bistand til å delta i arbeid og utdanning som får dette, er lik eller over landsgjennomsnittet^{xix}
- Andel hjemmeboende med psykisk utviklingshemming som har vedtak om støttekontakt og/eller dagaktivitetstilbud er lik eller høyere enn landsgjennomsnittet^{xx}
- Andel tjenestemottakere med psykiske lidelser og/eller rusproblem som i tilstrekkelig grad deltar i en meningsfull aktivitet er minst 60%^{xxi}

6.5 Kvalitetsutvikling gjennom bruker- og pårørendemedvirkning og kunnskapsbasert praksis

Brukermedvirkning er både demokratisk rettighet og et mål. Brukermedvirkning er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 om rett til medvirkning. Brukermedvirkning er helsefremmende og bidrar til mestring og motivasjon ved at brukere setter egne mål.

Aron Antonovsky utviklet på 1980 tallet teorien om Salutogenese. Teorien fokuserer på menneskets tilpasningsevne for å øke mestring, helse og velvære. Den er en motvekt til patogenese (utvikling av sykdom) som er diagnosefokuseret. Salutogenese fokuserer på tilpasset behandling med vekt på egne mestringsressurser og opplevelse av mening. Retningsendringen fra å spørre «hva er i veien med deg?» til å spørre «hva er viktig for deg?» gir rom for å innta brukerens perspektiv. Med denne tilnærmingen kan vi iverksette tiltak basert på pasienter og brukere egne mål. Denne tilnærmingen er også viktig i møte med pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver.

En nasjonal pårørende undersøkelse viste at mer enn 1,5 millioner personer over 18 år gjør en innsats som pårørende. Halvparten av de pårørende bruker inntil fem timer i uka og 15 prosent bruker over 20 timer i uka på å hjelpe, pleie eller støtte nærstående. Det er foreldre til barn under 18 år og pårørende til partner/ektefelle som bruker mest tid på pårørendeomsorg.^{xxii} Som kommune har vi plikt til å sikre etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter på ulike nivå, og gjøre bruk av disse erfaringene i vårt forbedringsarbeid.

Pårørende er ofte tjenestemottakers viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs. Pårørende kjenner tjenestemottaker godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Å gi omsorg og støtte til andre har mange positive sider. Det kan oppleves tilfredsstillende, gi nærhet og en opplevelse av mening og mestring. Men det kan også føre med seg utfordringer og dilemmaer. Pårørende kan være utsatt for isolasjon, stress, belastning og egen helsesvikt, som depresjon og utmattelse.

Kunnskapsbasert praksis er når fagutøver tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Når man jobber kunnskapsbasert er refleksjon over og evaluering av egen praksis viktig. Som ansatte i Flekkefjord kommune må vi vite hva som virker og gjøre mer av dette. Samtidig må vi vite hva som ikke virker så bra - og gjøre mindre av dette. Kvalitet er ikke det samme som kvantitet. I noen tilfeller kan det å gi mindre tjenester gi et bedre resultat.

For å lykkes med å gi tjenester av god nok kvalitet i en tid hvor behovene øker og ressursene relativt sett blir færre må ledere og medarbeiderne reflektere over de ulike aspektene i kvalitetsbegrepet og jobbe med stadig forbedring av tjenestene gjennom å planlegge – gjennomføre – evaluere og korrigere. Vi må både gjøre tingene riktig og gjøre de riktige tingene.

Visjon

I 2030 har vi gode systemer for å vurdere og evaluere tjenester og tiltak. Vi er bevisste på, og prioriterer på bakgrunn av, hva som virker og hva som ikke virker. Ansatte reflekterer aktivt over egen praksis og har fokus på den enkeltes ressurser- Vi spør «Hva

er viktig for deg?» Lederne sikrer at det er system og kultur for kvalitetsutvikling, brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis. Pårørende opplever å få støtte, avlastning og veiledning slik at de fortsatt kan være en ressurs og gi hjelp og omsorg til sin(e) kjære

Effekt mål

Vi har valgt å bruke noen av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som publiseres av Helsedirektoratet også som mål på i hvilken grad vi lykkes med å involvere innbyggerne slik at de mobiliserer sine ressurser og lykkes med å gi tjenester med god kvalitet. Kvalitetsindikatorer gjør det mulig for oss å sammenligne oss med andre kommuner og landet som helhet og er enkle å hente ut data på. Tallene publiseres relativt raskt det påfølgende år. I tillegg har vi noen egne indikatorer som vi mener kan benyttes for å «måle» om vi klarer å gi tjenester som virker.

Vi har lyktes når:

- Flekkefjord er topp 100 på kommunebarometeret på pleie og omsorg
- Flekkefjord scorer bedre eller likt som landet på 18 av 24 kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenester.^{xxiii}
- Minst 50 % av rehabiliteringspasientene på korttidsavdelingen får økt funksjonsnivå og reiser hjem til egen bolig innen 4 uker etter innleggelse
- Andelen tjenestemottakere med langvarige psykiske- og/eller rusproblem som ikke har aktive tiltak/planer for oppfølging (kriseplan, individuell plan eller tiltaksplan) er maks 10 %^{xxiv}
- Minst 100 personer (35%) av innbyggerne med demens har en virksom tiltakspakke
- Minst 100 pårørende årlig får råd og veiledning gjennom et kommunalt pårørendesenter og 80 % er fornøyd med tilbudet.
- Minst 80 % av pårørende som mottar avlastningstilbud er fornøyd med tilbudet

6.6 Digitalisering og hensiktsmessig bruk av velferdsteknologi og telemedisin

Velferdsteknologi og telemedisin er en forutsetning for å møte fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester. Velferdsteknologi og telemedisin kan gi økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, medbestemmelse aktivitet og livskvalitet for tjenestemottakerne og deres pårørende. Teknologien gir også ansatte en mer effektiv arbeidshverdag og systemer som sikrer bedre tverrfaglig samarbeid og bedre dialog med tjenestemottakere. Velferdsteknologi kan forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.^{xxv}

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har så langt kartlagt gevinster både i økt kvalitet, spart tid og reduserte kostnader ved implementering av følgende løsninger:

- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)
- Elektroniske dørlåser (e-lås)
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg / pasientvarslingssystem
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
- Digitale trygghetsalarmer
- Responstjenester

Bruk av velferdsteknologi og telemedisin forutsetter at de som skal benytte løsningene har god internett tilgang, og at de ønsker å ta løsningen i bruk. Videre forutsetter det at de ansatte har digital kompetanse og vilje til å ta løsningen i bruk. Men det handler også om at vi organiserer tjenestene slik at det er mulig å realisere gevinstene løsningene gir, både for tjenestemottakere, pårørende, ansatte og kommunen. En del av løsningene er dyre både i anskaffelse og i drift og det er derfor viktig at vi ved innføring kan vise til forventede gevinster i form av spart tid, unngåtte kostnader og/eller økt kvalitet.

I tillegg til telemedisin og velferdsteknologi, skjer det en rask digitalisering på andre områder, både internt i organisasjonen ved at vi får nye og bedre administrative systemer og systemer for dialog og samhandling med brukere og samarbeidspartnere. Digisos, Digihelse er eksempler på systemer hvor kommunene kan etablere en effektiv og sikker dialog med tjenestemottakere.

Selv om utviklingen har gått raskt de siste årene, er det mange muligheter som enten ikke utnyttes i kommunen, eller som ikke er utviklet. Eksempelvis snakker ikke journalsystemene i kommunen med andre sektors journalsystem. Helsepersonell bruker mye tid på å lete frem informasjon i egne journalløsninger og etterspørre informasjon fra andre aktører i helsetjenesten. Dette kan svekke pasientsikkerheten. Felles kommunal journal er en plattform/et økosystem som er under utvikling som vil gjøre det mulig å dele informasjon på tvers. som er under utvikling. Målet er å sørge for at pasientinformasjon blir tilgjengelig til for rett behandler, på rett sted, til rett tid.^{xxvi}

Det er vanskelig å forutsi hvilke teknologiske løsninger som vil komme fremover – det vi vet er at utviklingen vil gå videre og at det vil gå stadig raskere.

Visjon

I 2030 er velferdsteknologi og telemedisin som gir økt trygghet og selvstendighet en naturlig del av tjenesten. Innbyggerne etterspør teknologi og de fleste anskaffer denne selv. Helse- og omsorgstjenestene har tatt i bruk ulike systemer som gjør det enkelt å

kommunisere og samarbeide med tjenestemottakerne og pårørende digitalt. Vi unngår unødvendig reisetid og bruker tid og ressurser på de som trenger fysiske besøk. Felles kommunal journal er innført og bidrar til bedre samhandling og informasjonsflyt mellom helseaktører og med tjenestemottaker, noe som igjen gir økt pasient- og brukersikkerhet og kvalitet i tjenestene. Teknologien er et viktig supplement til tjenestene og brukes klokt – den har ikke erstattet de gode mellommenneskelige møtene.

Effekt mål

Valg av indikatorer gjenspeiler at dette er et satsningsområde og at alle enhetene skal jobbe strategisk med å utnytte mulighetene som teknologien gir, samtidig som man skal dokumentere gevinstene. I hvilken grad vi lykkes med velferdsteknologi, telemedisin og digitalisering vil avhenge av om de som skal bruke det opplever løsningen som trygg og nyttig – og at den gir en effekt i form av økt kvalitet, unngåtte kostnader og/eller spart tid.

Vi har lyktes når:

- Andelen hjemmeboende tjenestemottakere med en registrert demensdiagnose, som har lokaliseringsteknologi fra kommunen er lik eller høyere enn landsgjennomsnittet^{xxvii}
- Alle bemannede omsorgsboliger har tatt i bruk velferdsteknologi og kan dokumentere gevinster (økt kvalitet, unngåtte kostnader, spart tid)
- Sykehjem har tatt i bruk velferdsteknologi og kan dokumentere gevinster (økt kvalitet, unngåtte kostnader, spart tid)
- Velferdsteknologi, telemedisinske løsninger og digitale plattformer er tatt i bruk for hjemmeboende og enhetene kan dokumentere gevinster (økt kvalitet, unngåtte kostnader, spart tid)
- Minst 20% av konsultasjonene i legetjenesten utføres via telemedisinske løsninger og gir gevinst i form av spart tid for både lege og innbyggere
- En felles kommunal journal er innført og gir gevinster i form av økt kvalitet (samarbeid, kommunikasjon, brukervedvirkning)

6.7 Sammenheng i tjenestene: tverrfaglig, tverrsektorielt og interkommunalt

Tverrfaglighet og samarbeid på tvers av sektorer og nivå er en forutsetning for å gi gode tjenester til innbyggerne generelt og personer med alvorlige og sammensatte behov spesielt. I kvalitetsreformen Leve hele livet er «Sammenheng i tjenester ett av fem hovedfokus områder.

Skal vi sikre en robust helse- og omsorgstjeneste fremover er det av avgjørende betydning at fagpersoner jobber i flerfaglige team og at det sikres gode systemer for samarbeid på tvers av avdelinger, enheter og sektorer, samt at man får gode systemer for å sikre gode overganger mellom sektorer og nivå. For helse og omsorg er det særlig viktig å sikre et godt samarbeid med oppvekstsektoren, NAV og spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med politi, kriminalomsorg, barnevern og samfunn og teknikk er også viktig for å sikre gode helhetlige tjenester.

Sammenheng i tjenesten er i hovedsak et ledelsesansvar, men den enkelte fagperson må være villig til å anerkjenne kompetansen til andre fagpersoner og være villig til å vurdere og kanskje endre ansvar og oppgaver. Hovedfokus må være hva som er viktig for pasienten/innbyggeren og hvordan tjenestene bruker felles ressurser og kompetanse på en måte som gir virkningsfulle tjenester og dermed best mulig helse.

Til tross for at samhandlingsreformen førte til at det ble etablert nye tjenester i form av kommunal øyeblikkelig hjelp, innført økonomiske incentiver i form av betaling for utskrivningsklare pasienter og krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, er det et stykke igjen før man når målet om helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av forvaltningsnivåene. Vi trenger også at fastlegene i større grad blir en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det er særlig viktig at fastlegen og den øvrige helsetjenesten har et tett samarbeid rundt personer med omfattende behov for tjenester.

Det er pasienten eller brukeren selv som er spesialisten på eget liv – og sykdom – Hva som er viktig for tjenestemottakeren vil derfor måtte legges til grunn for alt samarbeid mellom fagpersoner og med den det gjelder.

Visjon

I 2030 har vi en enda sterkere kultur for samarbeid mellom faggrupper og enheter internt i helse og omsorg. Ansatte er myndiggjorte og har ansvar for oppgaver som de opplever som spennende og utfordrende, samtidig som de stadig utvikler seg gjennom å lytte og lære av andre faggrupper gjennom samarbeid. I 2030 har vi en rekke «grensesprengende» samarbeid om tjenester med spesialisthelsetjenesten hvor det er hensynet til tjenestemottakeren som avgjør hvilke tiltak som iverksettes. Gjennom samarbeid sikrer vi tidlig innsats og «gode overganger». Fastlegene er en integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og rammevilkårene understøtter et tett samarbeid.

Effekt mål

I hvilken grad vi lykkes med å gi innbyggerne sammenhengende og helhetlige tjenester er vanskelig å måle. En del av indikatorene under kapittel 5.2.1 *Folkehelse, livsmestring og levekår* vil også kunne være aktuelle for å måle i hvilken grad vi lykkes med samarbeid. Dette fordi svarene på folkehelse- og levekårsutfordringene ikke finnes i en

sektor alene, tjenestene må samarbeide for å finne gode løsninger. Også indikatorene under kapittel 5.2.5 *Kvalitetsutvikling gjennom brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis* kan sies å gjenspeile i hvilken grad vi er gode til å samarbeide med og til å involvere den det gjelder. Hva som «virker», og hva som er god kvalitet på en tjeneste, avhenger i mange tilfeller av hva som er viktig for den det gjelder.

Vi har lyktes når:

- Helse- og omsorgstjenestene scorer over landsgjennomsnittet på brukerundersøkelser^{xxviii}
- Alle ansatte og faggrupper i helse og omsorg scorer minst 4,5 på faktoren «mestringsklima» i medarbeiderundersøkelsen
- Sannsynligheten for akutt reinnleggelse i sykehus innen 30 dager for pasienter 67 år og eldre som har blitt utskrevet fra sykehus er lavere eller lik som for landet^{xxix}.
- Andel personer mellom 0-74 år som har kontakt med fastlege/legevakt for psykiske symptomer og lidelser er lavere enn landsgjennomsnittet^{xxx}

6.8 Beholde, utvikle, rekruttere og inkludere

For å møte utfordringene og gripe mulighetene i planperioden er Flekkefjord kommune avhengig av at vi:

- Beholder de dyktige ansatte vi har og utvikle en heltidskultur som sikrer at alle som kan, jobber i så store stillinger som mulig.
- Utvikler ansatte gjennom ulike former for ferdighet- og kompetanseheving og at vi sikrer et arbeidsliv hvor det er plass til mange.
- Rekrutterer nok personell med riktig kompetanse.
- Sikrer et inkluderende arbeidsliv hvor det er rom for mangfold.

En lærende og utviklende organisasjon med stabil arbeidskraft, er viktig både for utviklingen av god tjenestekvalitet, effektiv drift og et godt og ivaretagende arbeidsmiljø. Linda Lai definerer kompetanse som “de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål” (Lai 2015, s.46). Medarbeidere har ulike kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som preger hvordan de løser oppgavene. Medarbeiderne er vår viktigste ressurs og det er strategisk viktig å satse på å utvikle de ansatte på alle fire kompetanseområdene.

Kampen om helsepersonell vil bli hard fremover. Som vertskommune for Flekkefjord sykehus har Flekkefjord kommune en ekstra utfordring, men også en fordel med tanke på samarbeid og kompetansebygging. Flekkefjord kommune må legge til rette for at den enkelte kan utvikle sin kompetanse, samtidig som det påligger den enkelte ansatte selv å holde seg faglig oppdatert og reflektere over egen praksis slik at man stadig utvikler seg selv og tjenestene man gir.

For å lykkes med å rekruttere og beholde ansatte må vi ha attraktive og spennende fagmiljø og gode arbeidsmiljø. Vi vil være avhengige av at flest mulig jobber i store stillinger, men vi vil også være avhengige av at så mange som mulig kan komme i jobb og stå i den over tid. Vi må derfor sikre gode rammer for inkludering og tilrettelegging.

Visjon

I 2030 har helse- og omsorgstjenesten i Flekkefjord ingen store rekrutteringsutfordringer. Vi har en høy andel fagutdannede og ansatte jobber i store stillinger. De ansatte er opptatt av «livslang læring» og søker aktivt i samarbeid med sin leder etter relevant kompetanseheving og hospiterer på tvers av enheter og nivå. Helse- og omsorgstjenesten har et godt omdømme og vi klarer å beholde dyktige ansatte, fordi vi har spennende oppgaver, forutsigbare og fleksible turnusordninger, konkurranse-dyktige vilkår, godt arbeidsmiljø og dyktige ledere. Endringstakten har økt, men ansatte er fleksible og ser endring som muligheter og ikke trusler. I 2030 er arbeidshverdagen i enhetene slik at det er rom for de som har redusert arbeidskapasitet. Nærværet er høyt og ansatte trives på jobb.

Effekt mål

Som med de øvrige indikatorene i planen så er det få områder hvor det er mulig å definere et årsaksforhold mellom tiltak og virkning. Effektmålene nedenfor er kjente og de er også å finne i strategi for kompetanse, heltid rekruttering og inkludering. Kommunen har selv forholdsvis gode tall og data som hentes ut og oppdateres årlig eller ved behov.

Vi har lyktes når:

- Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i helse og velferd er minst 80 %
- Vi har et stabilt fastlegekorps med median avtalevarighet på minst 8 år.
- Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem er minst 0,5^{xxxi}
- Andelen fagutdannede i helse og velferd er minst 80 %^{xxxii}
- Sykefravær er maks 8 % for helse og velferd
- Snittet for medarbeiderundersøkelsen 10 faktor undersøkelsen er minst 4,5
- Minst 90% av de ansatte har en utviklings- og kompetansehevingsplan
- Utgifter til kjøp av tjenester fra vikarbyrå på maks 2 millioner kroner årlig
- Andelen menn ansatt i helse og velferd er minst 25%

6.9 Miljø og beredskap

Flekkefjord kommune er en del av verden rundt oss. Hva og hvordan vi forbruker varer og tjenester har betydning for klimautslipp.

Blant områdene hvor vi som sektor kan påvirke klima og miljø er:

- Transport og reiser. Ved å reise mindre og bruke tog og elbil fremfor fly og bensin eller dieselbiler kan vi gjøre en forskjell
- Miljøvennlige bygg. Ved å velge miljøvennlige alternativer når vi bygger nytt, ivareta og isolere eldre bygninger, samt sikre godt utnyttelse av eksisterende areal, kan vi gjøre en forskjell
- Matvarer. Ved å redusere matsvinn og bruk av rødt kjøtt kan vi gjøre en forskjell
- Forbruksmateriell. Ved å forbruke minst mulig og å velge miljøvennlige og/eller svanemerkede produkter kan vi gjøre en forskjell

Helse og velferd vil også fremover stå ovenfor alvorlige kriser og katastrofer som vi må håndtere. Naturkatastrofer, terrorhandlinger, store ulykker flyktningsstrømmer og pandemier er eksempler på hendelser som vi har liten direkte innflytelse på, men som vi som kommune og sektor vil bli utfordret på å håndtere. Det er viktig at vi lager grundige risiko- og sårbarhetsanalyser og gode beredskapsplaner hvor vi vurderer sårbarhet og konsekvens, utarbeider handlingsplaner for å forebygge og tiltaksplaner for å håndtere. Det psykososiale kriseteamet er en operativ og viktig del av den løpende håndteringen av kriser som rammer innbyggere. Teamet er tverrfaglig og har en lav terskel for å rykke ut og bistå innbyggere.

Visjon

I 2030 har helse- og omsorgssektoren et oppdatert og øvd beredskapsplanverk som er samordnet med øvrige sektors beredskapsplaner. I 2030 har helse- og omsorgstjenestene i Flekkefjord et bevisst forhold til hva og hvordan vi forbruker. Vi har digitale møter og bruker telemedisinske løsninger. Når vi må reise så reiser vi så miljøvennlig som mulig. Vi velger miljøvennlige produkter, reduserer matsvinn og bruk av rødt kjøtt, sorterer avfall og unngår å kaste mat.

Effektmål

I hvilken grad vi lykkes med å bidra til å skape et mer bærekraftig samfunn er vanskelig å måle, da vi foreløpig ikke har noen gode verktøy eller databaser hvor det er mulig å hente ut tall fra.

Vi har lyktes når:

- Klimaavtrykket for helse og velferd er lavere enn gjennomsnittet for denne sektoren i kommunene i Norge^{xxxiii}
- Andelen elbiler, eller tilsvarende miljøvennlige biler i helse og velferd er minst 90%
- Vi håndterer alle alvorlige hendelser slik at det ikke utvikler seg til større kriser eller katastrofer.
- Alle kommunale helse- og omsorgsbygg har miljøfyrtårn sertifisering^{xxxiv}

6.10 Hensiktsmessige bygg og trygge hjem

Hvordan vi bor er viktig for både trygghet, livskvalitet og helse. Vi kan lese følgende i den nasjonale strategien for den boligsosiale politikken «Alle trenger et trygt hjem»:

«Boligen dekker et av våre mest grunnleggende behov, og bolig er derfor den fjerde velferdspilaren ved siden av helse, utdanning og arbeid. Boligen bidrar til tilhørighet, den gir fysisk trygghet, den skaper identitet, og den er en viktig sosial arena. Og omvendt – det å bo dårlig eller være bostedsløs, påvirker livskvaliteten negativt. Det blir vanskeligere å ta imot og nyttiggjøre seg velferdstjenester, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet.»^{xxxv}

Det er først og fremst et privat ansvar å skaffe seg et sted å bo, og de fleste gjør det på egenhånd. Eierandelen i Norge og Flekkefjord er høy og for de som ikke eier er det mulig å leie bolig. Men det er en del husholdninger som ikke selv klarer å skaffe og beholde en egnet bolig. Å måtte flytte ofte, bo trangt eller å slite med å betale husleien eller boliglånet, er en stor belastning som også går hardt utover barn og unge.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er ikke en bestemt gruppe i samfunnet, men et begrep som brukes om personer og familier som sliter med å få dekket boligbehovene sine. Vanskeligstilte på boligmarkedet defineres som personer som ikke selv er i stand til å skaffe seg eller beholde en egnet bolig, og som er uten bolig, står i fare for å miste boligen sin, eller bor i uegnet bolig eller bomiljø. Noen er i en vanskelig situasjon i en kort periode, og trenger kun litt veiledning eller økonomisk hjelp for å bedre bosituasjonen sin. Andre trenger omfattende oppfølging og tjenester over lang tid for å mestre boforholdet.

Kommunen er en viktig boligsosial aktør, både for å hjelpe innbyggerne som trenger det med å skaffe bolig, enten gjennom at de deltar i «housing first» satsningen, får startlån, leier kommunal bolig, får bistand til å søke bostøtte, eller mulighet til å delta i «leie før eie ordning» Kommunen har også en liten budsjettpost som kan tildeles innbyggere som trenger tilskudd til å kjøpe bolig, der startlån alene ikke er tilstrekkelig. Kommunen kan også tildele tilskudd til utredning og prosjektering og tilskudd til prosjektering dersom innbyggere med nedsatt funksjonsevne ønsker og har behov for å bygge om boligen for å bli boende.^{xxxvi}

Å hjelpe tjenestemottakerne med å mestre dagliglivets gjøremål, hjelp til å bo og mestre eget liv og økonomi er en viktig del av tjenestetilbud som praktisk bistand og miljøterapi, samt tjenester innen psykisk helse og rus. Alle må bo, og med riktig hjelp kan alle bo.

Flekkefjord kommune har flere kommunale utleieboliger og kommunale omsorgsboliger. De siste årene har vi jobbet målrettet med tiltak som skal bidra til at personer med psykisk utviklingshemming eier egen bolig. Vi har også satset på leie før eie ordningen, hvor målet er at barnefamilier og personer som står langt fra boligmarkedet på sikt skal kunne kjøpe boligen de leier. Bruk av startlån har også økt og målgruppen er endret fra unge i etableringsfasen til vanskeligstilte på boligmarkedet. Gjennom prosjektet «housing first» er målet å sikre varig bosetting av bostedsløse med rusmiddelavhengighet og/ eller psykiske helseproblemer.

De kommunale utleieboligene har varierende standard, å sikre en god nok standard er viktig både for den som leier, men også for å ta vare på bygningsmassen. Det er

ressurskrevende å vedlikeholde bygg – og det koster å bygge nytt. Vi trenger å fornye enkelte av helse- og omsorgsbyggene i planperioden og vi trenger å øke antall boenheter som kommunen disponerer, både utleieboliger til vanskeligstilte og omsorgsboliger til eldre og personer med nedsatt funksjonsnivå. Gode lokaler til dagtilbud, avlastning, møteplasser, aktiviteter rehabilitering og mestring er også viktig da de fleste vil måtte bo i egen bolig. Vi er derfor avhengige av et godt samarbeid med privat næringsliv for å sikre både nok og riktige boliger fremover. Flekkefjord kommune har en boligsosial strategi som rulleres jevnlig.

Visjon

I 2030 eier og bor de som kan i egen privat bolig. Innbyggerne tilrettelegger boligene sine dersom behov. Privat næringsliv har i samarbeid med kommunen etablert en rekke sentralt lokaliserte «trygghetsboliger» hvor beboerne har tilgang på gode fellesareal og fellestjenester, samt nærhet til butikk, apotek og kulturtilbud.

I 2030 har Flekkefjord kommune etablert minst 19 nye heldøgns omsorgsboliger og/eller sykehjemsplasser som er særlig tilrettelagt for personer med demens. En av avdelingene på Tjørsvågheimen er særlig tilrettelagt for personer med utagerende demens.

Vi har et «Mestringshus» hvor personer med et rehabiliteringsbehov får tilbud om opptrening. «Mestringshuset» er også et sted hvor det er tilbud om en rekke aktiviteter på tvers av generasjoner. Personer med utviklingshemming eier i hovedsak sin egen bolig og vi har bygd et nytt avlastningstilbud for barn og unge, gjerne i kombinasjon med barne- og ungdomsboliger. Vi har renovert eller bygd nye lokaler til aktivitetssenteret. I 2030 er boliger for personer med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet i all hovedsak et midlertidig tilbud, da målet med tjenesten er at den enkelte skal mestre å bo i egen bolig.

Effekt mål

Effekt mål handler om den langsiktige virkningen eller gevinstene som en virksomhet søker å oppnå. Det er ikke alltid det vil være samsvar med det som er ønskelig eller rasjonelt for kommunen og det som er ønskelig eller rasjonelt for den enkelte. I et bærekrafts og helhetsperspektiv vil det i 2030 være avgjørende at flest mulig eier egen bolig eller leier bolig privat.

Vi har lyktes når:

- Minst 80% av alle innbyggerne over 80 år eier eller leier egnet bolig privat.
- Flekkefjord kommune har plass på sykehjem til alle som møter kriteriene for å få plass.
- Flekkefjord kommune i samarbeid med private har etablert inntil 100 «trygghetsboliger» som bidrar til at det ikke er ventelister til omsorgsboliger med heldøgnsbemanning
- Minst 50% av tjenestemottakerne med en psykisk utviklingshemming eier egen bolig
- Gjennomsnittlig leieperiode i heldøgns bemannede boliger til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er maks 5 år
- Andelen som eier egen bolig er høyere enn gjennomsnittet for landet^{xxxvii}
- Andelen personer med psykiske og/eller rusproblem som bor permanent og tilfredsstillende er minst 90%^{xxxviii}

Handlingsplan

Nr.		Stipulert kostnad
	Veiledning og forvaltning	
1	Tilby tjenesten forebyggende hjemmebesøk gjennom å etablere stilling som oppsøkende helsearbeider 0,6 årsverk innen 31.12.2023	450 000/år
2	Sikre riktige tjenester og ta høyde for økte behov- styrke forvaltningsenheten med 0,4 årsverk innen 31.12.2025	350 000/år
3	Systematisk jobbe med boligsosialt arbeid - styrke boligkontoret med 0,2 årsverk innen 31.12.2025	150 000/år
4	Tilby veiledning mht. bolig og boligtilpasning, samt samarbeide med private utbygger. Etablere stilling som boligveileder 0,4 årsverk innen 31.12.2025	350 000/år
5	Øke rammen for tilskudd til bolig og tilskudd til utredning og tilrettelegging innen 31.12.2026	400 000/år
	Totalt	1 700 000/år
	Aktivitet og fellesskap	
6	Etablere et aktivitets- og mestringstilbud som sikrer møter mellom generasjoner minst 3 dager i uken 0,6 årsverk innen 31.12.2023	450 000/år
7	Etablere minst 2 «helt med» arbeidsplasser i helse og velferd innen 31.12.2027	100 000/år
8	Etablere tilbud og møteplass med og for pårørende, 0,4 årsverk pårørendekoordinator- innen 31.12.2024	350 000/år
9	Økt ressurser til støttekontakt ordning, herunder veiledning og oppfølging av støttekontakter	500 000/år
	Totalt	1 400 000/år
	Frivillighet, samskaping, forebygging	
10	Gjennomføre minst ett større samskappingsprosjekt med innbyggere, frivillighet og/eller næringsliv årlig	50 000/år
11	Gjennom samskaping med eldre, unge og næringsliv finne løsninger på transportutfordringer slik at flest mulig kan delta i aktiviteter og på sosiale arenaer.	50 000/år
12	Samskape med innbyggere og private om behov knyttet til fremtidens boliger for seniorer innen 31.12.2024	Innenfor rammen se pkt 9.
13	Gjennom samskaping med innbyggere, nærbutikker og velforeninger i distriktet finne løsninger som kan forebygge ensomhet innen 31.12.2026	Innenfor rammen se pkt 9.
	Totalt	100 000/ år
	Barn og unge	
14	Styrkning og samordning av støttekontakt- ordningen – fokus på aktiviteter og fellesskap.	300 000/år
15	Fritidskortet innføres dersom statlige midler, kommunalt ansatt koordinator 0,3 årsverk	250 000/år
16	Utlånsentralen BUA og tilbudet «sommer i BUA» videreføres og videreutvikles	200 000/år
17	Implementere jobbskole for unge som har eller står i fare for å droppe ut i varig drift innen 31.12.2024	500 000/år

18	Lag og foreninger som driver lavterskel folkehelsefremmende «aktivitetslag» for ungdom mellom 13 og 21 år mottar 10 000 årlig i driftsmidler	40 000/år
19	Samarbeide tverrfaglig om barnekoordinator og oppfølging av familier med alvorlig syke barn og barn med omfattende behov innen 31.12.2022	300 000/år
20	Samarbeide tett med oppvekst om å ta i bruk og videreutvikle verktøyene og modellen BTI (bedre tverrfaglig innsats)	Innenfor rammen
21	Samarbeidet med NAV Lister om «nye mønstre» er implementert i drift	Innenfor rammen til NAV Lister
	Totalt	1 590 000/år
Kvalitet- og tjenesteutvikling		
22	Alle tjenestemottakere som får tjenester utover 1 time per uke har oppnevnt primærkontakt	Innenfor rammen
23	Spørsmålet «hva er viktig for deg?» legges til grunn for alle vurderinger og oppfølginger av søkere/tjenestemottakere og pårørende	Innenfor rammen
24	Alle tjenestene evalueres og justeres løpende – vi gir «hjelp som hjelper»	Innenfor rammen
24	Alle enheter gjennomfører brukerundersøkelser minst hvert 2. år	Innenfor rammen
25	Det gjennomføres pårørende undersøkelsen «ivaretatt» minst hvert 2. år www.parorendesenteret.no/paerrendeundersokelsen	Innenfor rammen
26	Styrke koordinatorfunksjonen for personer med omfattende behov 0,5 årsverk innen 31.12.2027	400 000/år
27	Helse og velferd gjennomfører en årlig beredskapsøvelse	50 000/år
	Totalt	450 000/år
Digitalisering, velferdsteknologi og telemedisin		
28	Ressursene til velferdsteknologi og syn-hørsel kontakt er styrket med 0,2 årsverk for å møte økte behov innen 31.12.2026	175 000/årlig
29	Økte ressurser til «hjelpemiddelteknikker» med 0,4 årsverk for å møte økt behov (0,2 årsverk arbeidstrening) innen 31.12.2023	350 000/årlig
30	En kommunal journal er innført	Ca 3 000 000/årlig
31	En mer fleksibel avlastningsordning (digital løsning) for pårørende til barn og unge samt personer med demens utredes og innføres	200 000 prosjekt 50 000 i drift/år
32	Driftsmidler til lisenser og abonnement velferdsteknologi, telemedisin og digitalisering	300 000/år
	Totalt	3 875 000/år
Rekruttere, utvikle og beholde		
33	Utvide vikarpool til minst 5 årsverk innen 2024 for å redusere bruk av vikarbyrå	100 000/år
34	Ramme for tilrettelegging for ansatte med nedsatt arbeidsevne/ansatte i sykefravær.	400 000/år

35	Kompetanse og kvalitetsutvikling, herunder basiskompetanse i tjenestene – årlig ramme utover kompetansetilskudd	700 000/år
36	Øke ressurser til aktivt informasjons- og rekrutteringsarbeid for å øke antall unge som utdanner seg til og velger helse og omsorgsykker 0,2 årsverk	175 000/år
37	Ansatte hospiterer på tvers av enheter hvert 10 år – frikjøp for opplæringsvakter	100 000/år
38	Gjennomføre Prosjekt “rekruttering av minst 50 helsefagarbeidere” innen 31.12.2028”	200 000/ år
		1 675 000/år
	Rehabilitering og mestring	
39	Rehabilitering – korttid flyttes ut av sykehjem og gir flere sykehjemsplasser og flere korttidsplasser innen 31.12.2025	3 000 000/år
40	Etablere 1 fysioterapi hjemmel innen 2025 for å møte økt behov	500 000/år
41	Styrke rehabiliteringstilbudet med minst 1 årsverk rehabiliteringsteam og hverdagsrehabilitering innen 31.12.2027	800 000/år
42	Øke antall grupper, frisklivskurs og individuelle tilbud via frisklivssentralen slik at alle som trenger det får tilbud, 0,4 årsverk innen 31.12.2028	300 000/år
	Totalt	4 600 000/år
	Psykisk helse og rus	
43	Styrke psykisk helse og rus – ambulant 2 årsverk for å møte behov, samt implementere housing first metodikken som gir tett oppfølging i bolig	1 600 000/år
44	Sikre implementering og drift av 12-trinnsmodellen og rådgivende enhet for russaker	200 000/år
45	Etablere ressurser og kompetanse for å ivareta personer med rusavhengighet og demenssykdom 1,6 årsverk innen 31.12.2024	1 200 000/år
46	Samarbeidet med DPS Lister om FACT team er implementert i drift	Innenfor rammen
47	Samarbeid med NAV Lister om IPS team er implementert i drift sammen med DPS Lister	Innenfor rammen
	Totalt	3 000 000/år
	Legetjenesten	
48	Ny hjemmel fastlønn/8.2 avtale opprettes på Lundsen legesenter innen 31.12.2022	500 000/år
49	Ny hjemmel fastlønn/8.2 avtale opprettes innen 31.12.2024	500 000/år
50	Drift av 1-2 legesenter fra 1.1.2023 (kostnad utover ramme i budsjett 2022)	500 000/år
51	Konvertere praksis fra privat drift dersom ikke søkere til næringsdrift etter 3. gangs utlysning	200 – 300 000 per hjemmel
52	Dersom aktuelt faglig og økonomisk, etablere primærhelseteam innen 31.12.2023	500 000/år

53	Øke sykehjemslege ressurs fra 0,75 årsverk til 1 årsverk innen 31.12.2023	250 000/år
54	Etablere døgnåpen legevakt innen 31.12.2025 i samarbeid med andre kommuner	250 000/år
55	Etablere samarbeid om samfunnsmedisinsk enhet med nabokommune(r) innen 31.12.2022	Innenfor rammen
	Totalt	3 000 000/år
Hjemmetjenesten		
56	Styrke hjemmebaserte tjenester med fem årsverk innen 2025 for å ta høyde for økte behov	4 000 000/år
57	Sundegaten 41 organiseres inn i enhet for hjemmetjenester for å sikre økt kompetanse innen somatikk	Innenfor rammen
58	Styrke hjemmebaserte tjenester med ytterligere 5 årsverk innen 2030 for å ta høyde for økte behov	4 000 000/år
59	Etablere sykepleieklinikk og helsestasjon for eldre som er åpent 2 dager i uken innen 31.12.2026	350 000/år
60	Etablere minst 12 nye dagtilbud/aktivitets plasser for personer med demens innen 31.12.2024	1 200 000/år
61	Utvide tilbudet om aktivitet/avlastning for pårørende til personer med demens til 3.hver helg slik at flest mulig kan bo hjemme lengst mulig innen 31.12.2025	300 000/år
62	I samarbeid med private utbyggere etablere fellesfunksjoner i tilknytning til trygghetsboliger for eldre med gode fellesareal og aktiviteter	Ca. 500 000/år
	Totalt	10 350 000/år
Enhet for habilitering		
63	Etablere tjenestetilbud i privat sameie for personer med utviklings-hemming, 3-4 årsverk innen 31.12.2024	2 000 000/år
63	Etablere minst 3 heldøgns barne- og ungdomsboliger for unge med omfattende behov i nær tilknytning til avlastningstilbud, i samarbeid med barnevern og oppvekst, innen 31.12.2025	4 000 000/år
64	Etablere en overgangsbolig for ungdom med nedsatt funksjonsnivå i Tvn. 4B innen 31.12. 2023	Innenfor rammen
65	Kompetanseheving og frikjøp knyttet til implementering av PAS (Positiv atferdsstøtte)	100 000/år
	Totalt	6 100 000/år
Sykehjem		
66	Bofellesskapet Tvn. 23 organiseres i enhet for sykehjem innen 31.12.2024 – 3 årsverk	2 200 000
67	Styrke enhet for sykehjem med driftsmidler til minst 10 nye sykehjemsplasser innen 31.12. 2027	10 000 000/år
68	Etablere ungdomstillinger «livsglede» i helg og i ferier på Tjørsvågheimen og Sundeheimen/Hidra innen 31.12.2024	250 000/år
69	Utvide stilling som demenskoordinator med 0,4 årsverk for å ta høyde for økt behov og forekomst innen 31.12. 2026	350 000/år
70	Tjørsvågheimen resertifiseres som Livsgledesykehjem	Innenfor rammen
	Totalt	12 800 000/år

Kjøkken		
71	Etablere tilbud om kommunal matkasse til hjemmeboende for å styrke ernæringsstatus innen 31.12.2027	200 000/år
72	Utvide tilbudet om middag til hjemmeboende, herunder tilby ordning med spisevenn innen 31.12.2024	100 000/år
71	Kjøkkenet serverer vegetarmat minst en gang per uke.	Innenfor rammen
	Totalt	300 000/år
Samarbeid med Sørlandet sykehus og andre kommuner		
72	Bidra til mer helhetlige og koordinerte tjenester og forløp gjennom å planlegge, gjennomføre og evaluere minst ett «grensesprengende» samarbeidprosjekt med SSHF, andre kommuner og fastlegene årlig. Aktuelle tema er akuttmedisinsk kjede, samvalg, digital kommunikasjon, lærings- og mestringstiltak, felles konsultasjoner, felles team innen somatikk og psykiatri/rus, utredningsteam med DPS og helsetjenester i hjemmet. – Frikjøp ressurser 0,2 årsverk	150 000/år
73	Gjennomføre konseptutredning nye lokaler legevakt og legevaktsentral innen 31.12.2024	Innenfor rammen
74	Samarbeide om praksis for medisinstudenter – Campus Sør	100 000
75	Utrede og implementere ulike tjenestesamarbeid interkommunalt dersom gevinst i form av økt kvalitet, økt robusthet og/eller økt effektivitet	Innenfor rammen/ prosjektmidler
	Totalt	250 000/år

De 75 driftstiltakene utgjør totalt kroner 50 690 000, i tillegg vil vi få pris- og lønnsvekst i perioden.

Nr.	Tiltak investering (kostnader er i hovedsak anslag)	Stipulert kostnad
Felles		
1	Utvide leie før eie ordningen med 6 boliger i planperioden– anslag uten tilskudd fra Husbanken	10 000 000
2	Anskaffe og ta i bruk program for kjøroptimalisering innen 2025	500 000
3	Anskaffe og ta i bruk medisindispensere til minst 20 tjenestemottakere innen 2025	100 000
4	Anskaffe og ta i bruk oppfølging via videokonsultasjon/telemedisinsk oppfølging innen 2024	300 000
5	Utvidet bruk av velferdsteknologi, herunder anskaffe bevegelse sensorer og epilepsialarmer	200 000 årlig i 8 år Totalt 1 600 000
6	Anskaffe inntil 10 nye tjenestebiler innen 2030 (fortrinnsvis nullutslipp), samt et biladministrativt system for å sikre en ressurseffektiv forvaltning av bilparken.	4 000 000
	Totalt	15 300 000
Sykehjem		
7	Anskaffe hjelpemidler og utstyr til hjemmeboende og beboere på sykehjem, samt produksjonsutstyr til kjøkkendrift	300 000 årlig i 8 år Totalt 2 400 000

8	- Anskaffe madrasser el. som reduserer behovet for å snu sykehjemspasienter innen 2023	300 000
9	Rehabiliter avdeling E1 til sykehjemsplasser eller bygge 10 nye omsorgsboliger –anslag uten tilskudd fra Husbanken	20 000 000
10	Rehabiliter avdeling C3 til sykehjemsplasser eller bygge 8 nye omsorgsboliger –anslag uten tilskudd fra Husbanken	20 000 000
11	Anskaffe solsellepanel på sykehjem	5 000 000
	Totalt	47 700 000
Hjemmebasert		
12	Etablere et mestrings- og rehabiliterings tilbud med minst 10 plasser, gjerne i tilknytning til Sundeheimen–anslag uten tilskudd fra Husbanken	15 000 000
13	Ta i bruk digihelse til kommunikasjon med innbyggerne innen 31.12.2023	50 000
	Totalt	15 050 000
Habilitering		
14	Samarbeid med private og mulig investering i sameieprosjekt for unge mennesker med psykisk utviklingshemming innen 31.12.2022	3 500 000
15	Anskaffe en utleiebolig i tilknytning til nytt sameieprosjekt –anslag uten tilskudd fra Husbanken	1 500 000
16	Ferdigstille 6 omsorgsboliger i Søylandsveien 18 –anslag uten tilskudd fra Husbanken	20 000 000
17	Bygge ny barne- og ungdomsavlastning–anslag uten tilskudd fra Husbanken	30 000 000
18	Renovere/bygge nye lokaler til Søyland aktivitetssenter–anslag uten tilskudd fra Husbanken	15 000 000
19	I samarbeid med private bygge inntil 8 nye omsorgsboliger for personer med utviklingshemming – kommunal personalbase og 1-2 utleieboliger innen 31.12.2030 –anslag uten tilskudd fra Husbanken	10 000 000
	Totalt	80 000 000
Helse og livsmestring		
20	Anskaffe og ta i bruk løsninger for digital trening med fysioterapeut innen 2022	100 000
21	Anskaffe eller bygge minst 4 boliger til vanskeligstilte i perioden	6 000 000
22	Anskaffe lokaler til avdelingen rehabilitering og mestring	5 000 000
23	Bygge, anskaffe eller rehabiliter lokaler til interkommunal legevakt	20 000 000
24	Bygge, anskaffe eller rehabiliter lokaler til kommunalt legesenter	5 000 000
25	Anskaffe utstyr legesenter	2 000 000
	Totalt	38 100 000

De 25 investeringstiltakene utgjør totalt kroner 196 150 000. En så stor investering vil generere utgifter i form av lån og avdrag.

Vedlegg

Bystyrets vedtak 10.02.2022 (sak 3/22)

Helse- og omsorgsplan 2030 «Mobilisering og muligheter» godkjennes med følgende tillegg:

- Dekningsgrad for plass på sykehjem eller omsorgsboliger med bemanning (langtidsplasser) for innbyggere 80+må ikke senkes, men minimum beholdes på dagens nivå.
- Behovet for sykehjemsplasser og omsorgsplasser følges nøye i hovedutvalget og formannskap og planen evalueres årlig på dette området.

Beskrivelse av hvilke indikatorer som inngår i enkelte av de valgte effektmål

Flekkefjord kommune scorer bedre eller likt som landsgjennomsnittet på Ung data undersøkelsen på spørsmål om fysisk aktivitet, mobbing, ensomhet, bruk av alkohol og rusmidler, samt spørsmål om de er fornøyd med egen helse

- Andelen som oppgir at de blir mobbet i grunnskole er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xxxix}
- Andelen ungdom som i Ung data undersøkelsen oppgir at de er plaget av ensomhet er lik eller lavere enn landsgjennomsnittet^{xl}
- Andelen ungdomsskoleelever som i Ung data undersøkelsen oppgir at de har følt seg tydelig beruset mer enn en gang siste år er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xli}
- Andelen ungdomsskoleelever som i Ung data undersøkelsen oppgir at de har brukt hasj/marihuana/cannabis mer enn en gang siste år er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xlii}
- Andelen ungdom som i Ung data undersøkelsen oppgir at de mindre enn to ganger i måneden er fysisk aktiv slik at man blir andpusten eller svett, er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xliii}
- Andelen ungdomsskoleelever som i Ung data undersøkelsen oppgir at de er fornøyd med helsen sin er høyere eller lik landsgjennomsnittet^{xliiv}

Flekkefjord kommune har bedre eller like levekår (andel unge som står utenfor arbeid og utdanning, mottakere av uføreytelse og stønad til livsopphold) som snittet for landet

- Andelen personer som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt er under eller lik landsgjennomsnittet^{xliv}
- Andelen innbyggere mellom 16 og 66 år som ikke er i arbeid eller utdanning er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xlvi}
- Andelen innbyggere mellom 16 og 66 år som mottar stønad til livsopphold er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xlvii}
- Andelen innbyggere mellom 18 og 44 år som mottar uføreytelser er maks 4, 5% lik eller lavere enn landsgjennomsnittet^{xlviii}

Forekomsten av livsstilssykdommer (KOLS, diabetes, hjerte/karsykdommer) og overvekt er lavere eller lik landsgjennomsnittet^{xlix}

- Andel personer med hjerte og kardiagnose innlagt på sykehus eller dødsfall er lavere enn landsgjennomsnittetⁱ
- Andelen innbyggere mellom 30 og 74 år som bruker legemidler til behandling av type 2 diabetes er lavere enn landsgjennomsnittetⁱⁱ
- Andelen innbyggere mellom 45 og 74 år som bruker reseptbelagte legemidler for kols og astma er lik landsgjennomsnittetⁱⁱⁱ

Sluttnoter

- ⁱ <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- ⁱⁱ <https://demenskartet.no/#>
- ⁱⁱⁱ Demografikostnader Lister (oversendt 28.3.2019)
- ^{iv} <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstill sykdommer/?page=4>
- ^v <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=2>
- ^{vi} https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/p1808779_aks_2018.cleaned.pdf
- ^{vii} <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- ^{viii} <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- ^{ix} <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/>
- ^x Frihet fra vold. [Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024](#)
- ^{xi} https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/#/4207 Andelen barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt er 11,7% nasjonalt og 12% i Flekkefjord
- ^{xii} <https://khs.fhi.no/webview/> (2018-2020 tall) Andelen med muskel –skjelett er nasjonalt 16,8 per 1000 innbygger, andelen i Flekkefjord er 22 per 1000 innbygger (2015-2017 tall)
- ^{xiii} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen for hhv midler mot psykiske lidelser og sovemidler/beroligende midler er 73,6 og 92,5 per 1000 innbygger nasjonalt og tilsvarende 82,6 og 99 per 1000 innbygger i Flekkefjord
- ^{xiv} Tall fra Brukerplankartleggingen for Flekkefjord i 2020 viser at 22% av tjenestemottakerne med rusproblem har rimelig god orden på sin økonomi. Blant tjenestemottakere med psykiske problem var andelen 65% (for begge gruppene var andelen 50% i 2020)
- ^{xv} Tall fra Brukerplankartleggingen for Flekkefjord i 2020 viser at 8% av tjenestemottakerne med rusproblem har omfattende fysiske plager. Blant tjenestemottakere med psykiske problem var andelen 11% (for begge gruppene var andelen 10% i 2020)
- ^{xvi} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR> I 2020 – 8,2% (Flekkefjord) 6,4% nasjonalt
- ^{xvii} SSB tabell 12209
- ^{xviii} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt> Andelen nasjonalt er 28,9% - Andelen i Flekkefjord er 35,4 %
- ^{xix} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/bistand-til-%C3%A5-delta-i-arbeid-og-utdanning> Andelen nasjonalt er 77,6% - andelen i Flekkefjord er 83,6% (2020 tall)
- ^{xx} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-utviklingshemming> Andelen nasjonalt er 42,9% støttekontakt og 33,2% dagaktivitetstilbud - andelen i Flekkefjord er 41% Støttekontakt og 47,5% dagaktivitetstilbud (2020 tall)
- ^{xxi} Tall fra brukerplanrapport for Flekkefjord 2020 viser at blant tjenestemottakere med rusproblem var det 15% som i tilstrekkelig grad deltar i meningsfull aktivitet. Tilsvarende var andelen for personer med psykiske problemer 43%
- ^{xxii} <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonal-parorendeundersokelse>
- ^{xxiii} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- ^{xxiv} Tall fra Brukerplankartleggingen for Flekkefjord i 2020 viser at 30% av tjenestemottakerne med rusproblem ikke har noen plan for tjenester. Blant tjenestemottakere med psykiske problem var andelen 23% (for begge gruppene var andelen 25% i 2020)
- ^{xxv} Kilde: NOU 2011/11: [Innovasjon i omsorg](#)).
- ^{xxvi} <https://www.ks.no/fkj>
- ^{xxvii} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/lokaliserings-teknologi-til-hjemmeboende-personer-med-demens> Andelen nasjonalt er 4,5% - Andelen i Flekkefjord er 12,5% (2020- tall)
- ^{xxviii} Helse og omsorg bruker i hovedsak undersøkelser fra bedre.kommune.no og de gjennomføres ca. hvert annet år i de ulike enhetene.
- ^{xxix} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/reinnleggelse-blant-eldre-30-dager-etter-utskrivning-per-kommune> Sannsynligheten nasjonalt er 16,05%, andelen i Flekkefjord er 18,1% (2020 – tall)

-
- ^{xxx} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 157 per 1000 – Andelen i Flekkefjord er 151 per 1000 (2017-2019 tall)
- ^{xxxi} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legetimer-per-beboer-i-sykehjem> Gjennomsnittlig legetime per uke per beboer er 0,56 nasjonalt og 0,48 i Flekkefjord (2020 tall)
- ^{xxxii} <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten> Andelen nasjonalt er 77,7% Andelen i Flekkefjord er 80,6% (2020-tall)
- ^{xxxiii} Forutsetter at vi har data tilgjengelig for å måle dette.
- ^{xxxiv} <https://www.miljofyrta.no/virksomhet/sertifiseringskriterier/>
- ^{xxxv} <https://www.regjeringen.no/contentassets/c2d6de6c12d5484495d4ddeb7d103ad5/oppdatert-versjon-alle-trenger-en-nytt-hjem.pdf>
- ^{xxxvi} <https://www.husbanken.no/person/startlaan/tilskudd-fra-kommunen/>
- ^{xxxvii} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen som eier nasjonalt er 82% - Andelen i Flekkefjord er 87% (2020 – tall)
- ^{xxxviii} Brukerplan kartleggingen for Flekkefjord i 2020 viser at 68% av tjenestemottakerne som har rusproblemer bor permanent og tilfredsstillende, tilsvarende tall for personer med psykiske problemer er 84% - Gjennomsnittet var 78% i 2020.
- ^{xxxix} <https://khs.fhi.no/webview/> Andel 7 klasse og 10 klasse som blir mobbet er hhv. 5,9% og 4,3% nasjonalt og 4,3% og 5,6 % i Flekkefjord (2018/2019 – 2020/2021 tal)
- ^{xl} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 22% - Andelen i Flekkefjord er 24% (2019 tall)
- ^{xli} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 12% - Andelen i Flekkefjord er 22% (2019 tall)
- ^{xlii} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 4% - Andelen i Flekkefjord er 5% (2019 tall)
- ^{xliiii} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 14% - Andelen i Flekkefjord er 16% (2019 tall)
- ^{xliiv} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 70% - Andelen i Flekkefjord er 71% (2019 tall)
- ^{xliv} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 10,2% - Andelen i Flekkefjord er 9,9 % (2019 tall)
- ^{xlvi} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 12% - Andelen i Flekkefjord er 11 % (2019 tall)
- ^{xlvii} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 16% - Andelen i Flekkefjord er 20 % (2019 tall)
- ^{xlviii} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 2,9% - Andelen i Flekkefjord er 5,3 % (2016-2018 tall)
- ^{xlix} <https://khs.fhi.no/webview/> (2018-2020 tall)
- ^l <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 17,4 per 1000 innbygger – Andelen i Flekkefjord er 16,4 (2016-2018 tall)
- ^{li} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 42,2 – Andelen i Flekkefjord er 39,7 per 1000 innbygger (2018-2020 tall)
- ^{lii} <https://khs.fhi.no/webview/> Andelen nasjonalt er 114,4 per 1000 – Andelen i Flekkefjord er 115,8 per 1000 (2018-2020 tall)