Foto: Colourbox.com

MESTRE EGET LIV - VERDIGHET - TRYGGHET - FRAMTIDSRETTET

PLAN FOR HELSE OG LEVEKÅR 2015-2030
- Lengre forløp

ARENDAL KOMMUNE

28.05.2015

1. **Innledning** ... 5
1.1 Bakgrunn ... 5
1.2 Supplerende planer ... 5
2. **Nasjonale og lokale føringer** ... 6
2.1 Nasjonale føringer ... 6
Sentrale lover ... 6
Rundskriv og stortingsmeldinger ... 6
2.2 Lokale føringer ... 7
Kommuneplanen 2011-2021 ... 7
Sentrale bystyresaker ... 7
Mestre eget liv ... 8
3. **Utfordringsbildet i dag og fram mot 2030 og 2040** ... 9
3.1 Folkehelsebarometer ... 9
3.2 Befolkningsutvikling ... 10
3.3 Ensomhet ... 10
3.4 Kreft ... 11
3.5 Mangfold og likestilling ... 11
3.6 Holdninger og forventninger ... 11
3.7 Kommunens øvrige tjenester ... 11
3.8 Yngre tjenestemottakere ... 12
Somatiske lidelser ... 12
Psykiske lidelser ... 14
Rusproblemer ... 14
Utviklingshemming ... 15
3.9 Eldre tjenestemottakere ... 15
Utvikling fram mot 2040-2050 ... 15
Ressurser, helsetilstand og funksjonsevne ... 16
Demens ... 16
Fallskader ... 17
3.10 Kompetanse ... 18
Strategisk kompetanseplan for helse og omsorg 2013-2017 ... 18
Medarbeider- og brukerundersøkelse ... 18
Heltid-deltidsproblematikken ... 19
3.11 Rekrutteringsbehov innen helse og omsorg ... 19
4. **Status 2013** ... 20
4.1 Produksjonstall ... 20
4.2 Fokusområder siste årene til og med 2013 ... 21
4.3 Tjenestekart helse og levekår ... 22
5. **Satsingsområder** ... 23
6. **Referanser og aktuell litteratur** ... 24
6.1 Referanser ... 24
6.2 Oversikt over bystyresaker helse og omsorg 2010-2014: ... 25

1. Innledning

Denne planen handler om helse og omsorgstjenester knyttet til faktisk hjelpebehov, ikke til alder, diagnose eller funksjonsnivå.

Vi vil gi et bilde av utfordringene i framtiden, føringer og hvilke satsingsområder som blir viktig for å møte framtidens utfordringer.

Målgruppen er de av våre innbyggere som har behov for vedvarende tjenester. Planen berører alle tjenester innen helse og levekår i Arendal kommune.

Begrepet eldreomsorg benyttes ikke i planen, fordi det gir inntrykk av at alle eldre trenger omsorg og at omsorgstjenestene er forbeholdt bestemte aldersgrupper. Mange personer lever et langt liv uten behov for omsorg. Samtidig har mange unge et stort hjelpebehov, noen helt fra fødselen av. Vi planlegger ut fra hjelpebehov og ikke ut fra alder.

Målet har vært å få en plan som angir retning og som kan «leve» over tid. Det er derfor utarbeidet forslag til satsingsområder i den nye planen, og det er en forutsetning at planen følges opp med konkrete tiltak i budsjett og handlingsplan.

Sammen med kommunedelplanen «Tidlig innsats for bedre levekår 2023» skal denne planen gi et bilde av utfordringer og satsningsområder for helse og levekår.

Planen skal revideres hvert fjerde år sammen med kommundelplan «Tidlig innsats for bedre levekår 2023».

1.1 Bakgrunn

Bystyret vedtok i PS 12/161 (12/707) at Helse og omsorgsplan vedtatt 2010 skulle revideres i 2013.

Arbeidet ble påstartet av helse og omsorgskomiteen september 2013 hvor en arbeidsgruppe skulle foreta en gjennomgang av gjeldende helse- og omsorgsplan.

Det ble tidlig klart at det var behov for en større revidering av planen, og arbeidet har derfor tatt noe tid.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Jan Kløvstad, leder (Venstre)
- Tore Oland (Høyre)
- Asbjørn Karl Olsen (Arbeiderpartiet)
- Urd Berntsen (sekretær)

Gruppen har hatt 10 møter. Kommunalsjef og enhetsledere i helse og omsorg er innkalt ved behov.

1.2 Supplerende planer

Følgende planer supplerer og underbygger denne planen:

- Fysio- og ergoterapiplan, 2014/2015
- Strategisk kompetanseplan helse og omsorg 2013-2017, 07.03.2013 (melding administrasjonsutvalget)
- Kommunedelplan «Tidlig innsats», våren 2015

2. Nasjonale og lokale føringer

2.1 Nasjonale føringer

Helse og levekårssektoren i Arendal kommune er underlagt nasjonale føringer i form av lover, rundskriv og stortingsmeldinger. Gjennom dette gir sentrale myndigheter føringer på utøvelse og utvikling av kommunens tjenester.

Sentrale lover

Det er en rekke lover og forskrifter som kommunens helse og levekårstjeneste må forholde seg til. Her nevnes kun noen helt sentrale:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om helsepersonell m.v.
- Lov om pasient- og brukerettigheter
- Lov om folkehelsearbeid

Rundskriv og stortingsmeldinger

Det er kommet flere offentlige utredninger (NOU) og stortingsmeldinger de siste årene som legger vekt på at vi må tenke annerledes og bedre når det gjelder helse- og omsorgstjenester(1-4) .

Med ny teknologi og bedre løsninger kan mange klare seg bedre i hverdagen, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.

Følgende områder framheves:

- Mobilisere ressurser hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle organisasjoner/virksomheter og i næringslivet.
- Faglig omlegging med vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering og omsorg ved livets slutt. Dette innebærer endret kompetansebehov, større faglig bredde og nye måter å organisere tjenester på.
- Framtidas boløsninger og nærmiljø: Nye boligløsninger for omsorgsformål som må ta utgangspunkt i hvem som i framtida vil ha behov for et slikt botilbud og i større grad enn før vil være tilpasset individuelle behov og ønsker.
- Velferdsteknologiske løsninger som styrker brukernes selvstendighet, egenmestring og sosiale deltakelse, og skaper større trygghet for brukere og pårørende.
- Forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for helse- og omsorg.
- For å møte utfordringene i framtida må vi tenke annerledes og bedre. Det er helt nødvendig å utvikle nye løsninger, og dette må primært drives fram i kommunene.

2.2 Lokale føringer

I tillegg til nasjonale føringer har bystyret i Arendal kommune gitt noen viktige føringer gjennom kommuneplanen og bystyrevedtak.

Kommuneplanen 2011-2021

Kommuneplanen legger vekt på hvilke mål det skal styres etter og strategiene som skal følges for å nå målene. Planen er styrende for administrasjonens anbefalinger overfor bystyret og for bystyrets valg av løsninger i planperioden.

Hovedmålsetting helse og omsorg:

- Stimulere innbyggerne til å ta ansvar for egen helse og legge til rette for sunne valg. Innbyggerne skal på egne premisser settes i stand til å mestre eget liv, til tross for sykdom eller funksjonsnedsettelse.
- Innbyggere som trenger hjelp og har behov for bistand skal erfare at kommunen gir omsorgstjenester som er tilpasset den enkeltes behov.

Delmål:

- Virksomheten i helse- og omsorgssektoren skal være kunnskapsbasert.
- Rekruttere og beholde kvalifiserte medarbeidere i helse- og omsorgssektoren.
- Forebygge og utsette behovet for kommunale tjenester.
- Brukermedvirkning på individ og systemnivå skal bidra til aktiv deltakelse og gi innbyggerne innflytelse på tjenestetilbudet.
- Skape aktiv omsorg gjennom samarbeid med pårørende og frivillige.
- Velferdsteknologi og IKT skal benyttes for å kunne tilby kvalitet, effektivitet og verdighet i helse- og omsorgssektoren
- Gjennom samhandlingsreformen skal Arendal jobbe for redusert sykelighet og økt egenmestring hos innbyggerne og for å dempe veksten i forbruk av helse og omsorgstjenester.
- Forhindre vold i lokalsamfunnet.
- Folkehelseperspektiv i all samfunnsutvikling.
- Tjenesteproduksjon med høy kvalitet.
- Skape en innovasjonskultur som bidrar til valg av gode løsninger.

Sentrale bystyresaker

- Helse og omsorg – struktur som understøtter mestring 2012/4418, 21.06.2012
- Plan for boliger og dagtilbud for utviklingshemmede 2012-2017 2010/3279, 29.03.2012, 28.09.2014
- Planprogram kommunedelplan Tidlig Innsats, 2013/1210, 28.02.2013, 25.04.2013

Se vedlegg 1 for oversikt over alle bystyresaker innen sektoren 2010-2014.

Mestre eget liv

Per Fugelli snakker om psykososiale vitaminer som mennesker må prøve å vinne i det personlige livet, og benevner de som det moderne menneskets 3 grunnstoffer for helse (23).

- Oppleve personlig verdighet (respekt og selvrespekt med sine feil og svakheter)
- Oppleve handlingsrom i eget liv
- Oppleve tilhørighet til en flokk (fellesskapet)

Disse "grunnstoffene" henger nøye sammen med det å oppleve mestring;

«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre» (5) *.*

Tidlig avdekking av funksjonssvikt og igangsetting av rehabiliteringstiltak umiddelbart i kommunehelse-tjenesten kan bedre funksjon og mestringsevne hos brukeren. Fokuset skal være på «lengst mulig i eget liv, i eget hjem».

Både i kommuneplanen og enkeltsaker har bystyret vedtatt at «mestringsfokus med sikte på å bygge opp under den enkeltes evne til framtidig mestring av eget liv» skal være sentralt i våre tjenester, blant annet i bystyresaken «Helse og omsorg – struktur som understøtter mestring» 2012/4418, 21.06.2012

3. Utfordringsbildet i dag og fram mot 2030 og 2040

For å kunne planlegge framtidas tjenester er det viktig å ha et best mulig bilde av de utfordringene vi står foran.

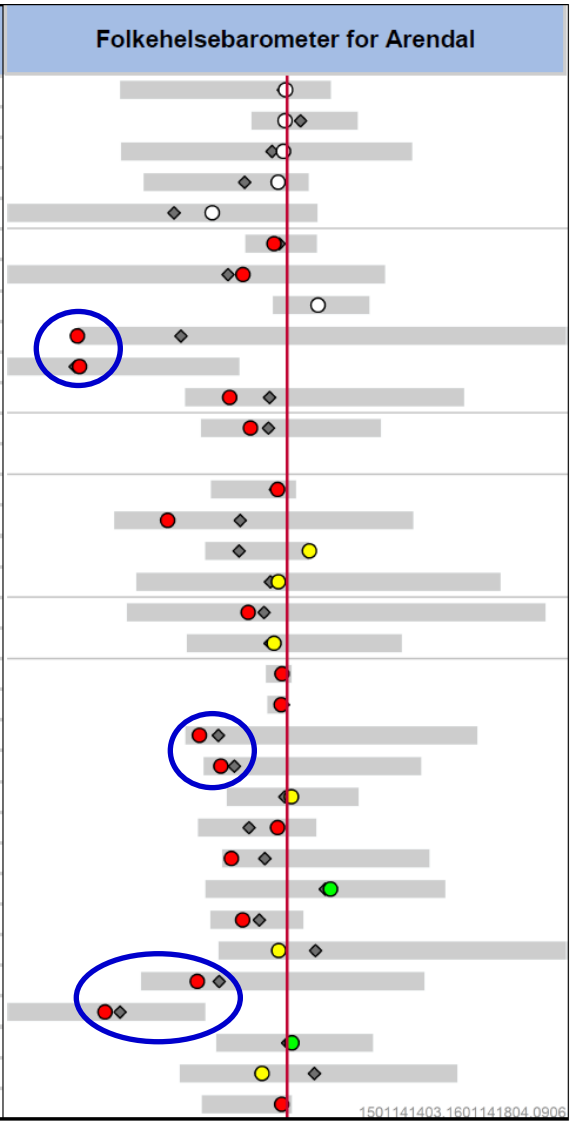
Det er i stor grad henvist til nasjonale utredninger og forskning. Iden grad vi har hatt mulighet er det også benyttet lokale data.

3.1 Folkehelsebarometer

I denne oversikten sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall(6) .Dette synliggjør noen utfordringer for Arendal kommune. De tre områdene som trolig har mest påvirkning på vedvarende tjenester innen helse og omsorg er markert med blå sirkel.

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket

Tema		Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)
Om befolkningen	1	Befolkningsvekst	1,2	1,1	1,3	prosent
	2	Befolkning under 18 år	22	23	22	prosent
	3	Befolkning over 80 år, framskrevet	4,1	4	4,1	prosent
	4	Personer som bor alene	18	16	18	prosent
	5	Innvandrere og norskf. med innv.foreldre	12	11	14	prosent
Levekår	6	Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	80	81	83	prosent
	7	Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	11	11	9,5	prosent
	8	Inntektsulikhet, P90/P10	2,5	2,5	2,7	-
	9	Arbeidsledige, 15-29 år	3,7	2,8	2,2	prosent
	10	Uføretrygdede, 18-44 år	4,1	4,2	2,5	prosent (a,k*)
	11	Barn av enslige forsørgere	18	17	16	prosent
Miljø	12	Personskader, behandlet i sykehus	14	14	13	per 1000 (a,k*)
	13	Miljørettet helsevern, bhg og skoler	-	-	-	
Skole	14	Trives på skolen, 10. klasse	82	81	84	prosent (k*)
	15	Mobbes på skolen, 10. klasse	12	10	8,9	prosent (k*)
	16	Laveste mestringsnivå i lesing, 5. klasse	25	29	26	prosent (k*)
	17	Frafall i videregående skole	26	26	25	prosent (k*)
Leve-vaner	18	Røyking, kvinner	17	16	15	prosent (a*)
	19	Overvekt inkl. fedme, menn	26	27	25	prosent
Helse og sykdom	20	Forventet levealder, menn	76,5	76,6	77,5	år
	21	Forventet levealder, kvinner	81,1	81,5	82,3	år
	22	Psykiske sympt. og lidelser, primærh.tj.	169	161	136	per 1000 (a,k*)
	23	Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	154	149	131	per 1000 (a,k*)
	24	Hjerte- og karsykdom, primærh.tj.	103	105	104	per 1000 (a,k*)
	25	Kolesterolsenkende legemidler, brukere	81	87	79	per 1000 (a,k*)
	26	Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	21	19	18	per 1000 (a,k*)
	27	Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	30	30	33	per 1000 (a,k*)
	28	Kreft totalt, nye tilfeller	631	605	565	per 100 000 (a,k*)
	29	Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	79	72	77	per 100 000 (a,k*)
	30	KOLS og astma, legemiddelbrukere	123	117	99	per 1000 (a,k*)
	31	Lungekreft og KOLS, dødelighet	61	58	39	per 100 000 (a,k*)
	32	Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	252	255	255	per 1000 (a,k*)
	33	Hoftebrudd, behandlet i sykehus	2,3	2	2,1	per 1000 (a,k*)
	34	Vaksinasjonsdekning, MMR, 9-åringer	93,2	93,3	94,4	prosent



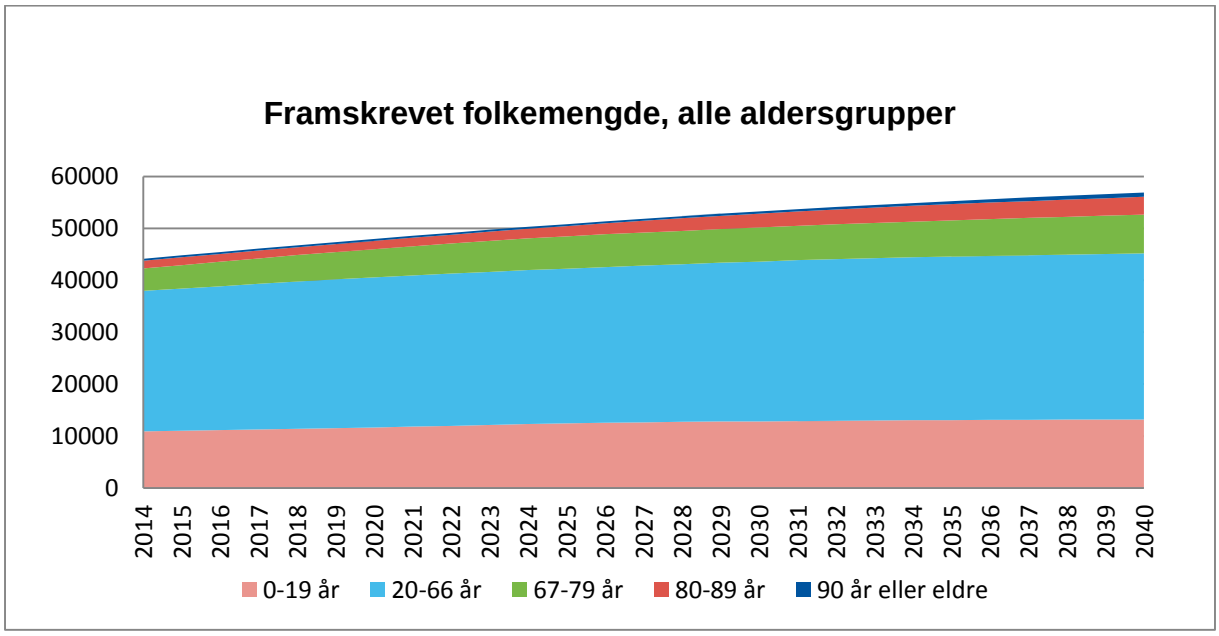
Figur 1: Folkehelseprofil for Arendal, januar 2014

3.2 Befolkningsutvikling

Vi har hentet framskrivninger fra SSB til og med 2040. Det er viktig å være oppmerksom på at slike framskrivninger er ganske presise noen få år fram, men blir mer og mer usikre jo lenger fram vi ser. Resultatet kan bli lavere eller høyere for de enkelte aldersgruppene og totalt.

Det er derfor fornuftig å se mer på tendensene enn presise tall. Imidlertid er det viktig å se et godt stykke fram i tid for å få en riktig satsing siden det tar tid å utvikle og endre dimensjonering på tjenestetilbudet til kommunen.

Framskrevet folkemengde, alle aldersgrupper



Figur 2: Fremskrevet folkemengde, alle aldersgrupper. Kilde: SSB alternativ framskrevet for middels nasjonal vekst (MMMM). 19.05.14

Framskrivninger fra SSB viser at vi vil få en økning i antall innbyggere i årene framover, fra 44 137 innbyggere i 2014 til 56 906 innbyggere i 2040. Økningen med 12 769 flere innbyggere på 26 år er en vekst på 29 % i perioden i Arendal kommune. SSB framskriver 25 % for hele landet.

Hvis antall innbyggere øker, vil utfordringer/diagnoser der forekomsten er konstant ut fra folkemengde, gi økt antall tilfeller/brukere.

3.3 Ensomhet

Ensomhet er å oppleve et savn av ønsket kontakt med andre. Den som er ensom, har mindre kontakt med andre eller dårligere innhold i kontakten enn han eller hun ønsker. Det er altså av betydning hvilke ønsker man har, ikke bare den faktiske kontakten. Å være ensom er ikke det samme som å være alene eller isolert, bo alene, ha få venner eller ha liten sosial omgang. Ensomhet og «alenehet» er to ulike forhold.

De som bor alene, personer med dårlig helse eller manglende yrkestilknytning er oftere ensomme enn andre. I tillegg er ensomhet mer utbredt i grupper med lav utdanning sammenlignet med andre utdanningsgrupper.

Flere kvinner enn menn sier de opplever ensomhet. Kvinner er vanligvis gift med eldre menn, de mister oftere ektefellen, bor oftere alene, lever lenger og får flere helseplager. Menn anses å være mindre sosiale enn kvinner. Forskjellen i opplevd ensomhet øker med økende alder.

Ensomhet er mest utbredt i de eldste aldersgruppene, blant dem over 80 år og i gruppen 70-79 år, og forskjellen i opplevd ensomhet mellom menn og kvinner øker med økende alder. Vel tre av ti personer er ensomme blant eldre over 80 år, mot nær to av ti i aldersgruppe 30 til 60 år. Sammenlignet med yngre er eldre oftere syke og skrøpelige, de står vanligvis utenfor arbeidslivet, og mange bor alene og har mistet ektefellen.

Ensomhet er også utbredt blant yngre i alderen 18-29 år, 23 % mot 19% i aldersgruppen 30-60 år. Eldre kan si at ensomheten skyldes ytre forhold, at de er blitt alene eller har fått dårlig helse. Unge legger i større grad «skylden» på seg selv om de er ensomme, det rammer selvfølelsen sterkere.

Dårlig helse kan føre til mer ensomhet, og følelse av ensomhet kan gi dårlig helse. Ensomhet kan gi depresjon, søvnløshet, spenninger, angst og fortvilelse. Det kan oppstå en ond sirkel av tilbaketrekning og helsereduksjon. Det ser ut til å være en sterkere sammenheng mellom ensomhet og psykisk helse enn mellom ensomhet og fysisk helse(7) .

3.4 Kreft

Antall personer som har eller har hatt kreft er mer enn 200 000 personer i 2013, omlag tre ganger så mange som i 1980. Antallet nye krefttilfeller er nesten doblet fra 1980 og vil fortsette å øke i årene framover.

I 2009 døde 2636 menn og 2236 kvinner mellom 35 og 74 år av kreft, henholdsvis 37 % og 50 % av alle dødsfall i denne aldersgruppen.

Årlig får rundt 6600 pasienter over 80 år kreft. Detter er en tredobling fra 1980. Fram mot 2050 er det forventet en dobling i antall kreftpasienter i denne aldersgruppen.

Flere overlever også kreft, to tredjedeler lever nå 5 år etter diagnosen mot halvparten i 1980(8) .

Dødelighet på grunn av lungekreft og KOLS er betydelig høyere i Arendal kommune enn landet som helhet, 61 mot 39 per 100 000. Også nye tilfeller av kreft er høyere i Arendal, 631 mot 565 per 100 000 (6) .Arendal har dermed en større utfordring på dette området enn landet som helhet.

Behandling, oppfølgning og lindrende omsorg for mennesker med kreft er ressurskrevende tjenester, og noen brukere får varig funksjonstap. Det er spesielt utfordrende å følge opp barn og unge både som pasienter og pårørende.
Kreft er en faktor som trolig vil påvirke behov for tjenester til eldre i framtida, men det er usikkert om det vil påvirke perioden med funksjonstap for eldre som gruppe.

3.5 Mangfold og likestilling

Våre tjenester må tilrettelegge for og tilpasses et rikere mangfold som vil prege framtidssamfunnet.

Noen av våre brukere har og vil ha særlige utfordringer, blant annet knyttet til språk, kulturell bakgrunn eller livshistorie. Tjenesten må bygge på individuell tilnærming og tilpasning av tjenestetilbudet til den enkeltes bakgrunn, enten det handler om språk, kultur, tro, livssyn eller det handler om alder, kjønn, seksuell orientering eller det handler om diagnose funksjonsnedsettelse eller problem. Dette må møtes med ledelse og god etisk praksis på alle nivåer, følge lover og regler og økonomiske og faglige prioriteringer. (1)

3.6 Holdninger og forventninger

Morgendagens brukere av omsorgstjenester vil ha andre forutsetninger, forventninger og preferanser enn dagens brukere.

Mye kan tyde på at morgendagens brukere vil ha høyere forventninger og krav til offentlige tjenester, samtidig som de vil ha større evne og vilje til selv å ta ansvar og være selvstendige og selvhjulpne(1) .

Forventningene folk har til kvaliteten på tjenestene og hvor tilgjengelige de er har økt etter hvert som velferdstilbudet har vokst fram. Samtidig setter mediene i stor grad dagsorden og krever i økende grad feilfrie tjenester uten avvik fra politikere, forvaltningen og tjenesteutøverne(9) .

3.7 Kommunens øvrige tjenester

Kommunedelplan «Tidlig innsats –for bedre levekår 2023» har som formål å få etablert et folkehelseperspektiv i all samfunnsutvikling, stimulere innbyggerne til å ta ansvar for egen helse, legge til rette for sunne valg og utjevne sosial ulikhet. Planen er diagnose- og aldersovergripende med utgangs-

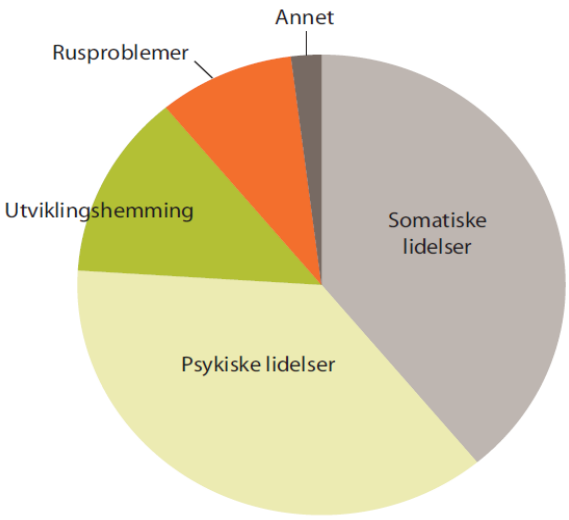
punkt i levekår. Dette er et svært viktig strategisk grep for å forebygge at våre innbyggere får behov for vedvarende tjenester.

Satsingsområder i kommunedelplan «Tidlig innsats - for bedre levekår 2023»:

- **Like muligheter:** Omhandler innsats for å utjevne ulike forutsetninger innen økonomi, utdanning, funksjonsevne og sosial kapital og kommunens ulikheter i utfordringsbildet mellom soner. Like muligheter betyr også innsats for at innbyggere skal oppleve personlig verdighet, respekt og selvrespekt.
- **Livslang læring:** Omhandler læring, kunnskap og kompetanse fra "vugge til grav". Barnets oppvekstvillkår, foreldres og offentliges rolle i et helhetlig perspektiv, personer utenfor arbeidslivet og næringslivets deltagelse.
- **Gode bomiljø:** Omhandler viktigheten av gode og trygge boliger og bomiljø for innbyggernes helse.
- **Tilhørighet:** Omhandler viktigheten av å høre til, være en del av en flokk(fellesskapet). Attraktive og trygge nærmiljø med større grad av sosial støtte og bærekraft der innbyggerne lever sine liv.
- **Medborgerskap:** Arendals kommune, næringsliv, lag og foreninger, enkeltpersoner og "Med hjerte for Arendal" sin satsning til alle innbyggere. Der en inviteres til deltagelse i samfunnet gjennom tilrettelagte ordninger uavhengig av egne forutsetninger.

3.8 Yngre tjenestemottakere

Nær fire av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester er nå under pensjonsalder. Det er også slik at nesten alle nye ressurser som er satt inn i sektoren de siste 20 årene, har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. Hjemmetjenestebrukere under 67 år består av noen barn og unge under 18 år (2 %), en stor andel yngre voksne 18-49 år (54 %) og en noe mindre andel middelaldrende 50-66 år (44 %). Av disse er det antallet yngre voksne som har hatt den sterkeste veksten siste tiåret. Regner en med mottakere av avlastning, støttekontakt og omsorgslønn, er tallet på barn og unge høyere(1) .



Figur 3: Årsaker til hjelpebehov blant hjemmetjenestemottakere under 67 år. (1)

I Arendal kommune er andelen yngre tjenestemottakere under 67 år på 43 %, dette er noe høyere enn på landsbasis. (Årsberetning 2013)

Av tjenestemottakere under 67 år er 9 % under 18 år, noe som er betydelig høyere andel enn på landsbasis, 55 % er yngre voksne 18-49 år og 36 % er middelaldrende 50-66 år(10) .

Somatiske lidelser

Somatiske lidelser er den største gruppen hjemmetjenestemottakere under 67 år (39 %), se figur 4.

Nevrologiske tilstander dominerer blant de mange ulike somatiske lidelsene og utgjør 20 % i gruppen yngre tjenestemottakere. De hyppigst forekommende nevrologiske skader og sykdommer blant omsorgstjenestens brukere er Multippel sklerose (MS), Cerebral parese (CP), Parkinsons sykdom, hjerneslag, epilepsi og hjerneskader etter ulykker.

De vanligste utfallene ved nevrologiske skader og sykdommer er lammelser, sansetap og kognitiv svikt. I tillegg kommer en rekke komplikasjoner som smerter, spasmer, organsvikt og sitte- og liggesår som reduserer livskvaliteten for mange, og som fører til funksjonsnedsettelser over tid. Sykdomsbildet er dermed ofte svært sammensatt med funksjonssvikt på flere områder.

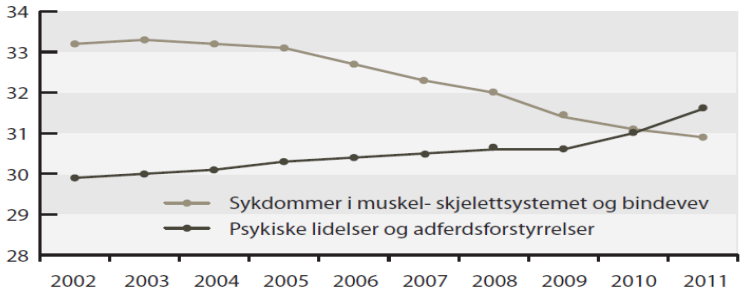
Flere av sykdommene gir store funksjonsnedsettelser og mange av disse brukerne mottar omfattende og langvarige tjenester(11) .

Psykiske lidelser

Denne gruppen utgjør 37 % av hjemmetjenestemottakerne under 67 år, se figur 4.

Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen. Omtrent halvparten av den voksne befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og ca en tredjedel i løpet av et år(12) .

Basert på foreliggende dokumentasjon er det ikke sterke holdepunkter for at det har vært en endring i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen.
Samtidig som det trolig ikke er økning i forekomst av psykiske lidelser øker andelen uførepensjonister med psykiske lidelser, spesielt sammenlignet med andelen med muskel- og skjelettsykdommer:



Figur 4: Andelen uførepensjonister med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer i prosent av alle uføre. Utgangen av året, 2002-2011(13) .

Andelen med psykiske symptomer og lidelser er vesentlig høyere i Arendal kommune (169 pr 1000) enn i landet som helhet (136 pr 1000), vurdert etter data fra fastlege og legevakt. Også legemiddelbrukere for psykiske lidelser er vesentlig høyere, 154 mot 131 pr 1000(6) .

For Arendal kommune kan antall legemiddelbrukere indikere at den høye forekomsten har holdt seg stabil i perioden 2005-2012:

Legemiddelbrukere – *kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert*

År		2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Geografi	Legemiddel						
Arendal	Midler mot psykiske lidelser (N05A,N06A,N05C,N05B)	151,7	154,1	155,6	156,2	155,4	154,0

Figur 5: Legemiddelbrukere Arendal kommune – kjønn samlet (14) .

Rusproblemer

Rusmiddelmisbruk er en fellesbetegnelse for avhengighet og skadelig bruk av en eller flere avhengighetsskapende stoffer. Alkohol er det vanligste rusmiddelet vi har, og mange har også en avhengighet eller skadelig bruk av beroligende medikamenter, smertestillende medikamenter eller av illegale rusmidler som cannabis, amfetamin, extacy eller heroin. (15)

Det er en gradvis og glidende overgang fra «normal» og relativt problemfri bruk av rusmidler til den skadelige og symptompregete. Konsekvensene av problematisk rusmiddelbruk vil i ulik grad påvirke og forstyrre livssituasjon og funksjonsnivå for mestring, helse, trivsel og relasjon til andre mennesker.

Mange med psykiske lidelser har i tillegg et rusmiddelproblem, og mange med rusmiddelproblem har i tillegg psykiske lidelser. Blant brukere av kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester med rusmiddelproblemer hadde ca 65 % psykiske vansker som gikk alvorlig ut over deres daglige fungering. Akuttpsykiatrien angir at om lag halvparten av de innlagte pasientene har et rusmiddelproblem Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer. Disse problemene er en vesentlig årsak til at mange personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet.
Som hovedregel vil tidlig debut, særlig av alvorlige symptomer som psykose eller bruk av illegale rusmidler, øke sannsynligheten for et mer langvarig og sammensatt forløp(16) .

Utviklingshemming

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander som medfører en kognitiv funksjonsnedsettelse. Det er store variasjoner mellom de personene som har diagnosen utviklingshemming, både når det gjelder årsak til funksjonsnedsettelsen, kognitiv funksjonsevne og fysisk funksjonsevne(17) .

Verdens Helseorganisasjon har følgende definisjon i klassifikasjonssystemet ICD-10:
Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.

Utviklingshemning er blant de hyppigst forekommende kroniske handikap i samfunnet. Vi regner at 2 % av befolkningen har en moderat form for psykisk utviklingshemming, mens 0,3-0,5 % har alvorlig psykisk utviklingshemming. Det er flest gutter/menn som lider av tilstanden(18) .

Det er vanskelig å forutsi om forekomsten av psykisk utviklingshemming samlet sett vil endres i årene framover. Forskjellige utviklingstrekk vil kunne gjøre seg gjeldende. Slike utviklingstrekk er bl.a. den pågående økning i fødende kvinners alder (økt risiko for Downs syndrom), en stadig bedring i svangerskapskontroll og i fødselshjelp og økt bruk av fosterdiagnostikk og genetisk veiledning. Hvordan disse utviklingstrekk enkeltvis og samlet sett vil slå ut er meget uvisst(19) .

I Arendal kommune er det økende etterspørsel etter tjenester til denne brukergruppen:

Kommunalt aktivitetstilbud: Det er redusert tilgang til tilrettelagte arbeidsplasser i regi av NAV og ordinære bedrifter, dermed er kommunens tilbud ofte eneste alternativ og etterspørselen øker.

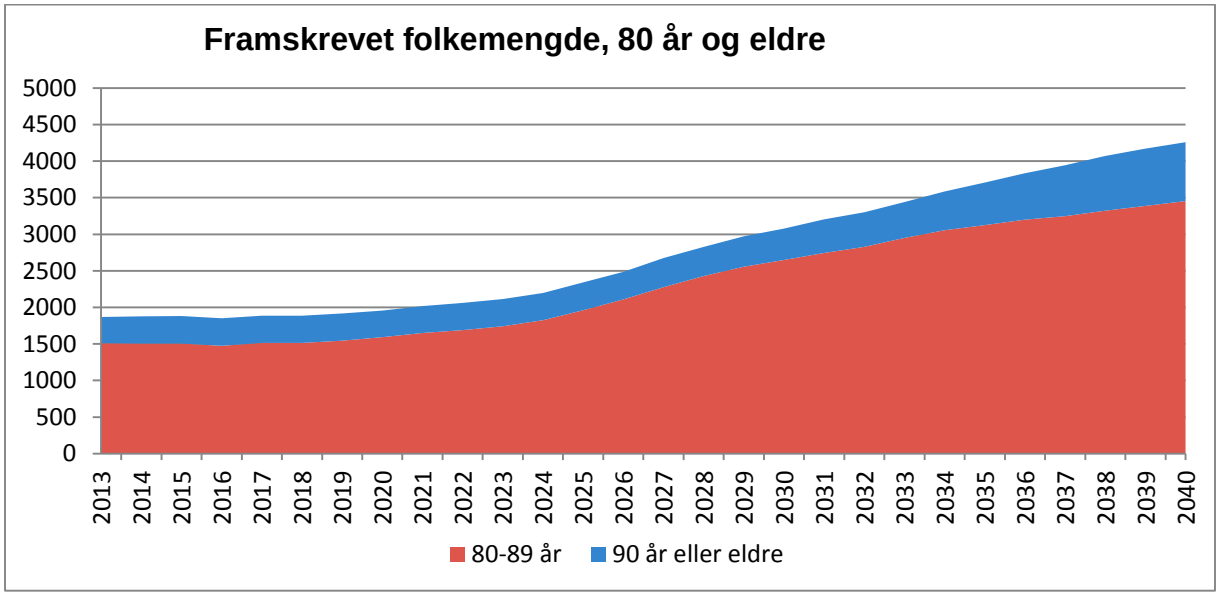
Avlastning og bolig: Utfordringen med å rekruttere avlastningsfamilier har økt de siste årene, og dette gir et økt press på de kommunale avlastningstiltakene. Behov for bolig meldes tidligere enn før. En medvirkende årsak er at de fleste pårørende er i ordinære arbeidsforhold og dette kombinert med omsorg for egne barn med særskilte behov er meget krevende.

3.9 Eldre tjenestemottakere

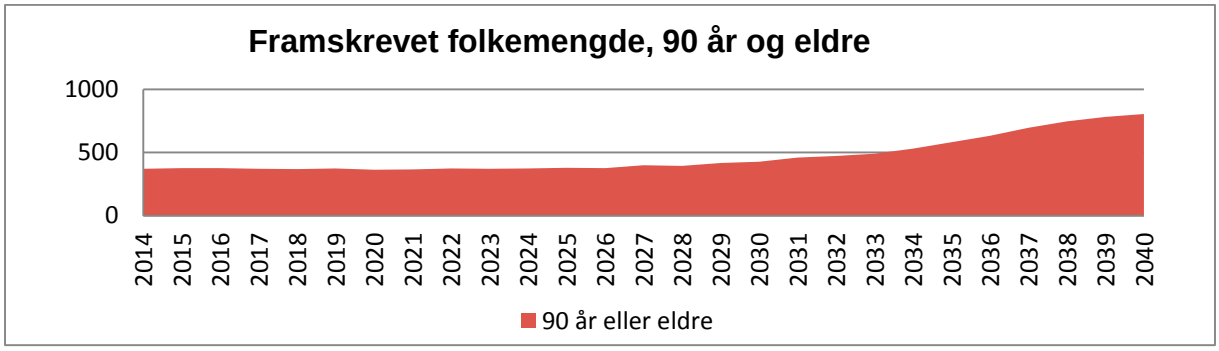
De fleste eldre er friske, men de fleste syke er eldre (1).

Forekomst av sykdom og skader øker med stigende alder, og en betydelig andel eldre får flere sykdommer og skader samtidig med varierende grad av funksjonsnedsettelser. Dette vil i særlig grad gjelde personer som utvikler demens (1).

Utvikling fram mot 2040-2050



Figur 6: Framskrevet folkemengde, 80 år og eldre. Kilde: SSB alternativ framskrevet for middels nasjonal vekst (MMMM). 26.03.14



Figur 7: Framskrevet folkemengde, 90 år og eldre. Kilde: SSB alternativ framskrevet for middels nasjonal vekst (MMMM). 26.03.14

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå viser at en fra rundt 2020 må forvente en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år. For gruppen 80-89 år må en forvente en kraftig vekst fra 2019, og gruppen 90 år og eldre vil øke kraftig fra 2026.

Ressurser, helsetilstand og funksjonsevne

Framtidens eldre vil bli friskere og mer ressurssterke enn i dag. De vil ha bedre økonomi, bedre boforhold, høyere utdanning og bedre helse enn noen annen tidligere eldregenerasjon. Flere eldre vil også ha noen å bo sammen med i årene som kommer. På denne bakgrunn bør en ikke bare framskrive problem- og sykdomsbildet, men også ta utgangspunkt i de ressursene den eldre befolkningen vil ha og sørge for å ta dem i bruk(2) .

Framskrivningene (fig. 3) forutsetter at levealderen øker (5,9 år for menn og 3,6 år for kvinner i perioden 2000-2030). Det knytter seg imidlertid stor usikkerhet til hvordan sykelighet og helsetilstand vil utvikle seg når levealderen øker.

- Flere leveår betyr flere gode leveår, fordi perioden med alvorlig funksjonstap blir omtrent like lang som for dagens eldre.
- Flere leveår innebærer også en generelt bedre helse, så perioden med store funksjonstap blir kortere enn i dag.
- Flere leveår gjør at perioden med store funksjonstap blir lenger.

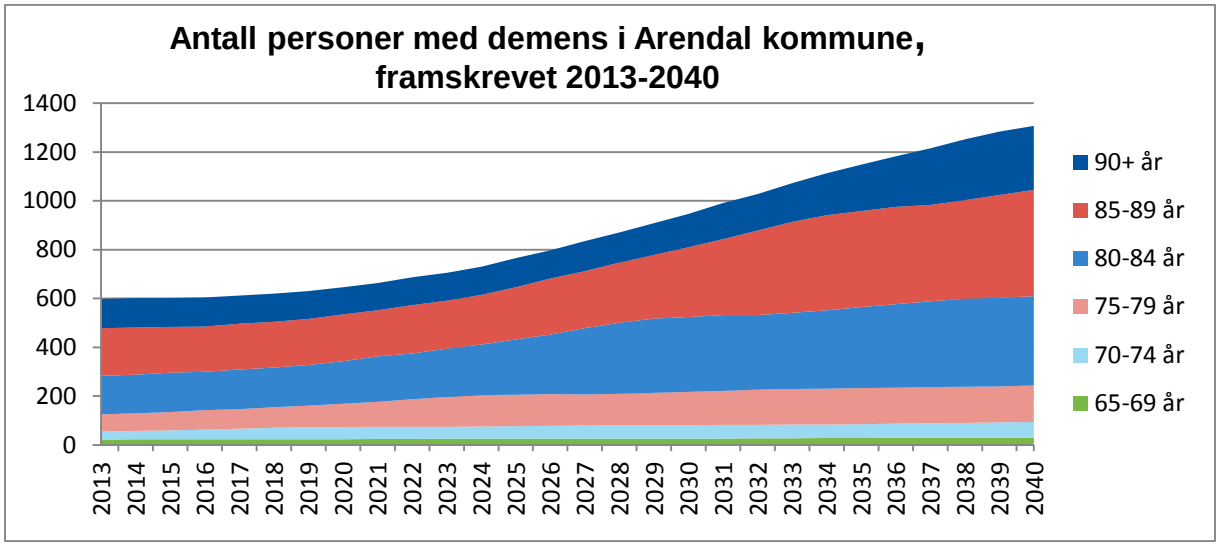
Dette har stor betydning for dimensjonering av helse og omsorgstjenesten for eldre i framtida.

Demens

I helsedirektoratets rapport «Glemsk, men ikke glemt!» beskrives demens som en ervervet omfattende svikt av flere hjernefunksjoner, men uten svekket bevissthet(20) . Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom, som rammer 60-70 % av alle personer med demens.

Redusert hukommelse og intellektuell svikt fører til nedsatt evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet. Personen får vansker med å opprettholde innlærte ferdigheter og å mestre hverdagssysler. Noen utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft, aggressivitet eller mangel på empati. De fleste personer med demens vil ha symptomer på depresjon. Det kan føre til tilbaketrekning, passivitet, søvnløshet og mangel på appetitt. Angst forekommer også hyppig og kan gi seg uttrykk i aggresjon, irritabilitet og uro.

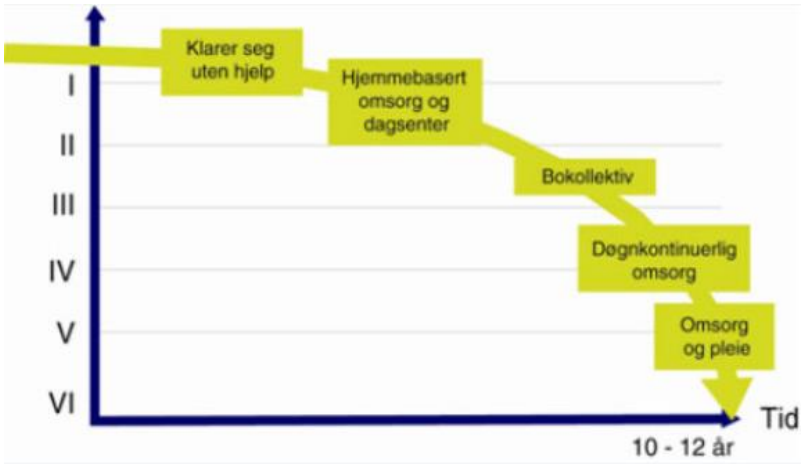
Demens er den største diagnosegruppen i omsorgstjenesten.



Figur 8: Beregnet ifht framskrevet folkemengde MMMM fra SSB 26.03.14 og forekomst av demens i de ulike aldersgruppene, Ott 1995.

Antall personer med demens i Arendal kommune vil øke med ca 350 fram til 2030 og en økning med ytterligere 360 fram til 2040, men framskrivninger så langt fram i tid er svært usikre.

Behovet for tjenester for personer med demens må tilpasses sykdomsutviklingen:



I. Fungerer i miljøet, men hukommelsessvikt forstyrrer daglige aktiviteter.
II. Fungerer uten hjelp kun i kjente omgivelser.
III. Kan kle på seg, men må ha veiledning.
IV. Må ha praktisk hjelp til å kle på seg.
V. Må ha mer omfattende hjelp på alle områder.
VI. Terminalfase. Sengeliggende eller sitter i en stol. Reagerer bare på taktil stimuli (berøring).

Kilde: (23)

Figur 9: Bergers skala Kilde: **(24)**

Fallskader

Fallskader er en av de vanligste årsakene til at eldre blir lagt inn på sykehus. Ca 30 % av alle over 65 år og 50 % av alle over 80 år opplever å falle hvert år. Brudd og hodeskade er blant de mest alvorlige skadene etter fall. Et hoftebrudd medfører mye lidelse og forringelse av livskvalitet for den enkelte, ofte er konsekvensen langvarig funksjonsnedsettelse, komplikasjoner, følgesykdommer og død. Mange kommer ikke tilbake til tidligere funksjonsnivå og blir avhengig av hjemmetjenester eller institusjon.

Fall medfører ikke bare skade, men frykten for fall kan føre til inaktivitet som fører til redusert funksjonsnivå, sosial isolasjon og nedsatt livskvalitet, og i ytterste konsekvens kan det føre til tap av liv. Mange faller uten å skade seg, men opplever den samme frykten for nye fall kan gi mange av de samme konsekvensene(2) .

3.10 Kompetanse

Riktig og god kompetanse skal sikre kvalitet i tjenestene, effektiv ressursutnyttelse og godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass. En bevisst, systematisk og strategisk satsing på kompetanse er derfor et viktig virkemiddel for rekruttering og helt nødvendig for at kommunen skal kunne møte framtidige utfordringer og lykkes som samfunnsutvikler og som velferdsprodusent.

Strategisk kompetanseplan for helse og omsorg 2013-2017

Strategisk kompetanseplan skal være et verktøy for systematisk planlegging, gjennomføring og evaluering av nødvendige kompetanse slik at virksomheten og den enkelte medarbeider har nødvendig kompetanse til å nå definerte mål.
Ettersom systematisk kompetanseutvikling forutsetter god styring og ledelse har vi funnet det hensiktsmessig å lage en felles strategisk kompetanseplan for ledere og medarbeidere.

Planen beskriver strategier og satsningsområder, men omfatter ikke konkrete kompetansetiltak. Disse skal beskrives i aktivitetsplaner både for den enkelte enhet og i en enhetsovergripende plan.

Planen skal evalueres og revideres hvert andre år.

Følgende kompetansesatsningsområder er vedtatt 2012:	
Sikre gode pasient-/brukerforløp	- i egen tjeneste og mellom samarbeidspartnere - kvalitetssikre system, rutiner og behandling
Brukermedvirkning	- system og individnivå
Partnerskap	- samarbeid med pårørende, frivillige og nærmiljø
Forebygging og tidlig innsats	- folkehelseperspektiv - forebygge skade og sykdom
Bruker skal mestre mest mulig i eget liv	- hverdagsrehabilitering - fra omsorgsfokus til mestringsfokus
Innovasjon	- Nytenkning, samarbeid, kultur for endring, handlingskraft
HMS og arbeidsmiljø	

Medarbeider- og brukerundersøkelse

Det gjennomføres jevnlig medarbeider- og brukerundersøkelser for de ulike tjenestene.

Arendal kommune har fra 2013 blitt med i et femårig prosjekt med Handelshøyskolen BI Oslo. Målsetningen med prosjektet er å identifisere hva som gir best mulig motivasjon, bruk av kompetanse og tjenestekvalitet i Arendal kommune.

Det er gjennomført medarbeiderundersøkelse i hele kommunen høsten 2013 samt bruker- og pårørendeundersøkelse i helse og levekår våren 2014.

Hovedfunn 2013 og 2014:

- Arendal kommune bør satse på mestringsledelse og mestringsklima
  - Mestringsledelse: Ledelse som vektlegger støtte til mestring og utvikling. Motivere til læring, gjøre en innsats, forbedre seg og mestre oppgaver så godt som mulig ut fra sine egne styrker og svakheter. (Linda Lai, Strategisk kompetanseledelse, 2013)
  - Mestringsklima: Arbeidsklima med fokus på mestring der det blir oppmuntret til å utvikle og dele kompetanse og samarbeide for å oppnå gode resultatet, både individuelt og i fellesskap. (Linda Lai, Strategisk kompetanseledelse, 2013)
- For at satsingen på kompetanse skal gi bedre tjenestekvalitet, må kompetanseutvikling være basert på brukerens behov og ønsker. Riktig kompetanse er viktigere enn høyest mulig utdanning.
- Autonomi og individuell støtte til medarbeidere er spesielt viktig for at kompetanse blir brukt til brukers beste i Arendal kommune. Dette fordrer kompetente ledere, og at lederutvikling er like viktig som medarbeiderutvikling.

Heltid-deltidsproblematikken

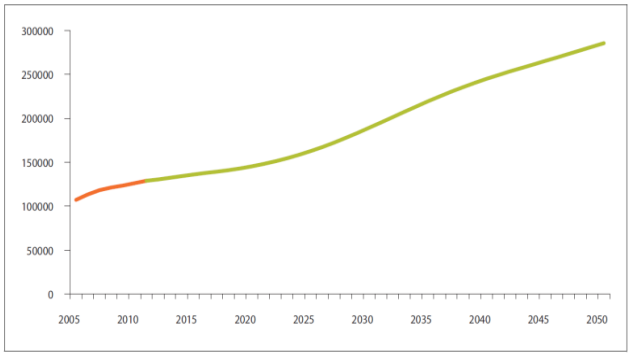
En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Arbeid som forutsetter høy faglig kompetanse og løpende faglig virksomhet/utvikling, bør derfor baseres på heltidsansettelser. En slik virksomhet vil ha større muligheter for å utvikle gode fagmiljøer og for å legge opp en tjeneste med bruker i sentrum, det vil si økt brukermedvirkning, mer brukertilapassede aktiviteter, økt trygghet og ro for bruker.

Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange brukere ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. Mange små stillinger tar mye av ledertiden og mye ressurser blir brukt til opplæring av marginal arbeidskraft. Det er også vanskelig å utvikle gode lærings- og fagmiljøer og tilstrekkelig engasjerte og involverte medarbeidere (21).

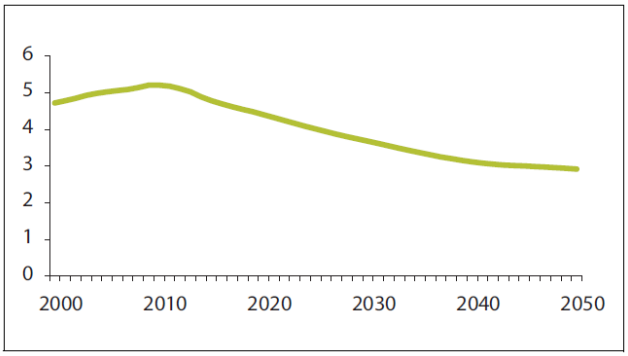
Omsorg i Arendal kommune hadde i 2013 18% i 0-39% stilling, 43% i 40-79% stilling og 39% i 80-100% stilling. Sektoren har hatt et kontinuerlig fokus på heltid-deltidsproblematikken. Det har vært en positiv utvikling siden 2005 (33%, 44% og 23%), men det er fortsatt behov for større stillinger og flere heltidsstillinger.

3.11 Rekrutteringsbehov innen helse og omsorg

Det er et betydelig personellbehov i omsorgsektoren i framtiden og andelen i yrkesaktiv alder reduseres, fig. 3 og 4.



Figur 10: Personellbehovet i omsorgssektoren 2012-2050 i antall årsverk. Kilde: (1)



Figur 11: Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre gruppe 67 år og mer (Koeffisienten for aldersbæreevne) 2000-2050. Kilde: (1)

Samtidig viser framskrivninger av arbeidsmarkedet for helse- og omsorgspersonell en akkumulert underdekning av de største utdanningsgruppene i omsorgssektoren på om lag 55 000 årsverk i 2030 (22) .

Disse faktorene viser en stor utfordring for framtidens tjenester.

Utnyttelse av reservearbeidskraften deltidsansatte representerer vil være et viktig bidrag for å møte behovet for arbeidskraft(21) .

4. Status 2013

Tabellen gir en oversikt over status 2013 og sammenliknbare tall for 2011 og 2012. Full oversikt finnes i årsberetning 2013 og tidligere år.

4.1 Produksjonstall

Arendal kommune samlet	**2011**	**2012**	**2013**
Antall institusjonsplasser korttid (inkl. rehabilitering, utskrivningsklare pasienter, kommunal øyeblikkelig hjelp)	55	62	58
Antall institusjonsplasser langtid (herav 20/15/10 fortsatt boliggjort)	295	290	286
Gjennomsnittlig liggetid for brukere med korttidsplass sykehjem/bokollektiv/aldershjem	41,5	42,0	34,7
Gjennomsnittlig liggetid for brukere med korttidsplass rehabilitering døgn	27,9	28,8	29,2
Antall brukere av hjemmesykepleie pr 31.12	1089	1090	970
Antall brukere av hjemmehjelp pr 31.12	872	855	781
Antall brukere dagrehabilitering	116	111	99
Antall brukere under 67 år (unntatt tekniske hjelpemidler)	1326	1319	1407
Antall brukere over 67 år (unntatt tekniske hjelpemidler)	1872	1865	1900
Bevegelse, syn, hørsel, kognisjon og data	2290	2054	2107
Antall brukere som har fått tildelt boligtilrettelegging	25	27	28
Antall brukere med trygghetsalarm pr 31.12	734	727	703
Personer over 80 år bosatt i kommunen	1880	1873	1852
Personer over 90 år bosatt i kommunen	353	355	359
Utviklingshemmede			
Boveiledertjeneste antall brukere	98	96	98
Brukere Ellengård dagsenter	60	66	67
Brukere avlastning	35	31	33
Psykisk helse og rus			
Boveiledertjeneste antall brukere	116	103	115
Miljøarbeidertjeneste antall brukere	100	103	114
Brukere Arendal dagsenter	85	86	82
Antall brukere av psykiatrisk sykepleietjeneste	413	392	403

Figur 11: Produksjonstall fra Årsberetning 2013

4.2 Fokusområder siste årene til og med 2013

Helse- og omsorgssektoren, nå helse og levekår, har hatt noen prioriterte fokusområder de siste årene for å imøtekomme nasjonale og lokale føringer. Her følger en kort oppsummering:

- **Struktur som understøtter mestring**
  - Nytt organisasjonskart for omsorgsenhetene ble gjort gjeldende fra 07.01.13
- **Kompetanse som understøtter mestring**
- **Plan for tidlig og riktig innsats**
  - Felles kommunedelplan for oppvekst og omsorg. Planen er diagnose og aldersovergripende med utgangspunkt i levekår.
- **En ny velferdsmodell i samarbeid med ideelle organisasjoner**
  - Med hjerte for Arendal; Utviklingssamarbeid mellom Arendal kommune, Frelsesarmeen, Røde Kors, Blå Kors, Nasjonalforeningen for folkehelsen og KS Agder. Ambisjon om å utvikle kultur for samarbeid mellom ideelle organisasjoner og kommunen.
- **Boliger med heldøgns omsorg -boliger og institusjon**
  - Myra bo og omsorgssenter; Bringe opp ulike løsninger for utbygging av nytt byggetrinn ved Myra bo- og omsorgssenter, basert på innspill i budsjettprosessen.
  - Boliger til utviklingshemmede; Fulgt opp Plan for boliger til utviklingshemmede 2012-2017.
  - Torbjørnsbu; botilbud til personer med langvarig rusmisbruk og behov for trygge omgivelser er etablert
- **En vital og åpen omsorgstjeneste i samspill med brukere, pårørende og nærmiljø**
  - Livsgledesertifiseringer; Solhaug er sertifisert og prosessen er startet på Færvik bo- og omsorgssenter, Nyskogen bos er neste ut.
  - Andre tiltak: Studiegrupper i miljøbehandling, 25 medarbeidere deltar på høyskolestudiet Aktiv Omsorg, alle avdelinger har etablert trivselsordning.
- **Velferdsteknologi**
  - Fokusområde for strategisk ledergruppe i innovasjon.
- **Strategiske ledergrupper**
  - Er etablert innen de prioriterte områdene etikk, innovasjon, kompetanse, frivillighet, mestring og økonomi.
- **Mestring i psykisk helse og rus**
  - Prosjekt hvor Univesitetet i Agder og spesialisthelsetjenesten medvirker, samt bruker- og pårørenderepresentanter og NAV. 3 satsningsområder;
    - Angst og depresjon,
    - Etter rusbehandling (sammen med Grimstad)
    - Brukerinvolvering
- **Mestring i enhet funksjonshemmede**
  - Er satt på dagsorden og utfordret medarbeidere og ledere til å tenke nye og alternative måter å løse utfordringer på. Følges opp av prosjekt hverdagsrehabilitering for utviklingshemmede i 2014.
- **Hverdagsrehabilitering**
  - Arbeidsformen er etablert i drift fra 07.01.13 etter ca 2 års utprøving i pilotprosjekt. Resultatene viser god effekt av tilbudet.
- **Samhandlingsreformen**
  - Arendal kommune har valgt å utvikle mye av reformen innenfor kommunesamarbeidet i Østre Agder.
    - Inngått lovpålagte delavtaler med Sørlandet Sykehus HF
    - Etablert 4 plasser for utskrivningsklare pasienter på Myratunet
    - Kommunal øyeblikkelig hjelp; Pilotprosjekt i kommunesamarbeidet Østre Agder. Etablert 12 senger ved Myratunet.
    - E-helse: Østre Agder har etablert fagutvalg innen fagområdet. Arendal er blitt med i et nasjonalt prosjekt som skal gjøre forsøk med velferdsteknologiske løsninger inne pleie- og omsorgstjenesten.
    - Elektronisk samhandling: Arendal har våre 2013 tatt i bruk elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger i samhandlingen med SSHF.

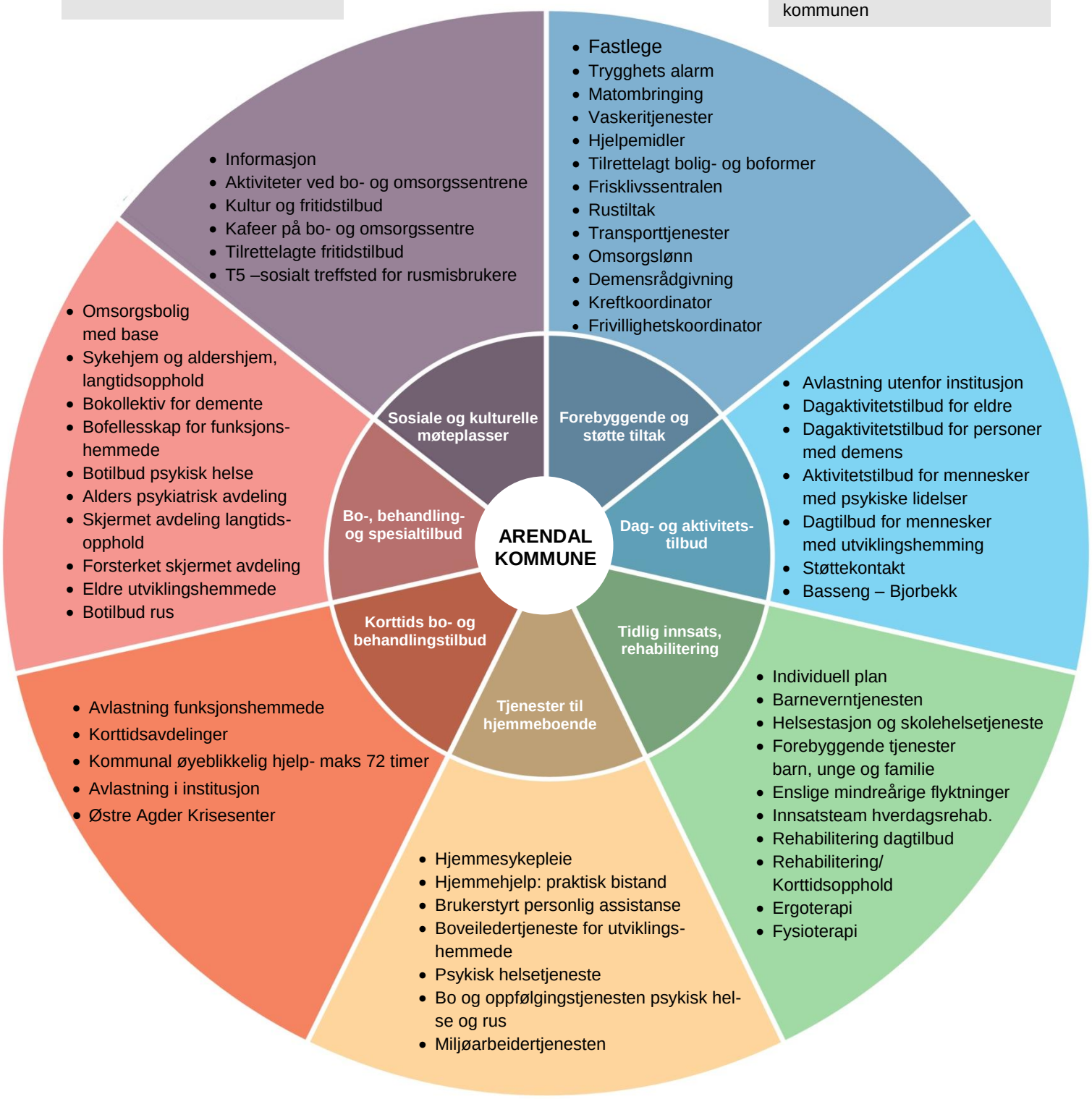
4.3 Tjenestekart helse og levekår

Klikk på tjenesten for å komme til aktuell informasjonsside på kommunens hjemmeside.

NAV:
Sosialhjelp NAV

Tjenestekontoret:
Behandler søknader og henvendelser i forhold til mange tjenester

For innbyggere:
Helsedirektoratets håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen



5. Satsingsområder

Suksessfaktorer/ forutsetninger	Mestring – Innovasjon – Etikk – Økonomi/ressurser
Helhetlige og koordinerte brukerforløp	Det er en målsetning om at alle tjenester skal ha gode og trygge brukerforløp. Brukers ressurser, mål og behov skal være i fokus. Dette skal bidra til at bruker beholder og gjen-vinner sin mestringsevne i størst mulig grad. Tjenestene skal utvikles i samspill med brukere og pårørende.
Samspill med brukere, pårørende og nærmiljø	Arendal kommune ønsker å utvikle en ny velferdsmodell i samarbeid med ideelle organi-sasjoner og "Med hjerte for Arendal" er et viktig bidrag til dette. Frivillige gir et stort bidrag og kommunen må bidra til å rekruttere, samhandle og beholde disse. Vi ønsker et samfunn som ivaretar og inkluderer mennesker med ulike behov, eksempel demensvennlig samfunn.
Velferdsteknologi	Teknologisk assistanse skal være et supplement til våre øvrige tjenester og kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Dermed styrkes den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.
Boliger/ institusjo-ner med og uten heldøgns omsorg	Alle våre innbyggere bør ha en bolig/boform som er tilpasset deres behov og vi ønsker å tilrettelegge for at de kan bo i eget hjem lengst mulig. Vi må planlegge strategisk med utgangspunkt i innbyggernes fremtidige behov og samti-dig vurdere hva som er hensiktsmessige og kostnadseffektive boformer/løsninger. Dette innebærer at vi må optimalisere bruk av dagens bygg og passende tomter må avsettes i arealplaner. Det er behov for å øke kapasiteten når det gjelder hjemmetjenester, boliger og korttids- og langtidsplasser i institusjon.
Rekruttere, beholde og utvikle medar-beidere	Medarbeiderne er kommunenes viktigste ressurs for å kunne gi gode tjenester. Vi må skape attraktive arbeidsplasser slik at vi rekrutterer og beholder dyktige ansatte. Rett kompetanse på rett sted og at vi bruker den kompetansen den enkelte ansatte har er viktig både for den enkeltes motivasjon og for kvalitet på kommunens tjenester. Redusert deltid øker kvaliteten og kan løse noe av rekrutteringsutfordringen. Eureka kompetanse er kommunens kurs- og kompetansesenter og er en sentral aktør. Strategisk kompetanseplan for helse og omsorg utdyper og presiserer satsingsområder og strategier.
Prioriterte brukergrupper	Disse brukergruppene prioriteres med følgende begrunnelse: – Antall brukere med demens vil øke betraktelig i framtida og er/blir den største diagnosegruppen blant eldre. – Yngre brukere med sammensatte behov/tjenester kan være svært ressurskrevende over lang tid.

6. Referanser og aktuell litteratur

6.1 Referanser

1. Norge . Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. 2013;29(2012-2013)
2. Hagen K, Norge . Helse- og omsorgsdepartementet. Innovasjon i omsorg. Oslo; 2011.
3. Norge . Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
4. Norge . Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening: framtidas omsorgsutfordringer. 2006;2005-2006:25:122
5. Vifladt EH, Hopen L, Berg KA, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom; 2004.
6. Folkehelseinstituttet i Norge - Folkehelseprofil for Arendal. Available at: http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0906&sp=1&PDFAar=2013. Accessed 11/27, 2013.
7. Samfunnsspeilet 1/2009. Hvor er de ensomme? 2009.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Sammen - mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013-2017.
9. Det kongelige kommunal- og regionaldepartementet. Kommuneproposisjon 2014.
10. Arendal kommune. Gerica journalsystem, Rapport 2013 - Fordeling av brukere under 67 år. 2013.
11. Norge . Helse- og omsorgsdepartementet. Nevroplan 2015: delplan til Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
12. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. 2009;2009:8:81.
13. Norge . Arbeidsdepartementet, Norge . Helse- og omsorgsdepartementet. Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse: (2013-2016). Oslo; 2013.
14. Folkehelseinstituttet i Norge. Kommunehelsa statistikkbank. 2014; Available at: http://khs.fhi.no/webview/. Accessed 09/13, 2014.
15. Sykehuset i Vestfold. Rusmiddelbruk. 2014; Available at: http://www.siv.no/pasient/diagnoser-og-sykdommer/rusmiddelmisbruk.
16. Helsedirektoratet. Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
17. Norge . Barne- og familiedepartementet. Frihet og likeverd. 2013;nr 45 (2012-2013):88.
18. Norsk helseinformatikk. Psykisk utviklingshemning. 2014; Available at: http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/psykisk-utviklingshemning-2847.html?page=2.
19. Vergemål. 2004;NOU 2004:16:402.
20. Sosial- og helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glemt!: om dagens situasjon og framtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
21. Moland LE. Heltid-deltid - en kunnskapsstatus: begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. 2013;2013:27:114.
22. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for lærere og førskolelærere fram 2035: dokumentasjon av beregninger med LÆRERMOD 2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2012.
23. Per Fuggeli, En lesebok, universitetsforlaget 2014.

6.2 Oversikt over bystyresaker helse og omsorg 2010-2014:

Sakene ligger med lenke til rett bystyremøte og med Ephorte saksnummer til slutt.

18.03.2010: Folkehelseprogram for Arendal kommune 2010-2013, 2010/2690

18.03.2010: Samhandlingsreformen – Østre Agder, 2010/2701

27.05.2010: Trygghetsalarm – endring i organisering av trygghetsalarmtjenesten, 2010/8628

27.05.2010: Fra institusjon til omsorgsbolig – Heldøgns bemanning, 2010/8858

26.08.2010: Helse og omsorgsplan 2010-2015-2030, Trygghet gjennom tilpasset omsorg til ulike behov, 1010/2087

26.08.2010: Forhandlingsfullmakt til Rådmannen angående «Anskaffelse og drift boliger med heldøgns oppfølging og tilsyn», 2010/4039

28.10.2010: Organisering av krisesenteret fra 2011, 2010/1785

28.10.2010: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner, 2010/3001

18.11.2010: Stiftelsen Livsglede for Eldre, samarbeidsavtale, 2010/16390

18.11.2010: Innretning av avtaler med eldresentra /frivillighetssentraler, 2010/5185

27.01.2011: Oppfølging av bystyrets budsjettvedtak: Brukerstyrt Senter og psykiatriske dagsentre sees samlet, 2010/10450

24.02.2011: Trygghetsalarmtjenesten. Ny operatør og økonomiske konsekvenser, 2010/8628

24.02.2011: Konkurranseutsetting helse- omsorg, 2010/18946

24.02.2011: Godkjenning av driftsavtale og husleieavtale boliger på Torbjørnsbu, 2010/4039

28.04.2011: Forskrift om tildeling av kommunal bolig, 2011/3019

16.06.2011: Status og planlegging og innfasing av samhandlingsreformen i Arendal kommune, 2010/2701

25.08.2011: Praktisk bistand i hjemmet – private aktører, 2010/18946

25.08.2011: Omsorgsboliger – Nye boliger med heldøgns omsorg, 2011/3205

25.08.2011: Forskrift om tildeling av kommunal bolig i Arendal kommune, 2011/3019

25.08.2011: Intensjonsavtale – samarbeid ideelle organisasjoner, 2010/18946

17.11.2011: Forskrift om tildeling av omsorgsbolig i Arendal kommune, 2011/9059

17.11.2011: Legevakten – Samarbeidsutvalg, 2011/6314

08.12.2011: Opplegg rundt midlertidige boliger 2012, 2011/9962

26.01.2012: Samhandlingsreformen – avtaler mellom Sørlandet sykehus HF og Arendal kommune 2010/13725

26.01.2012: Endring av kommunens innsats i forhold til unge arbeidssøkere, 2011/4421

29.03.2012: Plan for boliger og dagtilbud for utviklingshemmede 2012-2017 2010/3279

31.05.2012: Flyktningplan 2012-2015, 2012/1660

21.06.2012: Samhandlingsreformen – lovpålagte delavtaler med Sørlandet Sykehus HF, 2010/13725

21.06.2012: Helse og omsorg – struktur som understøtter mestring, 2012/4418

25.10.2012: Nye fastlegehjemler 2012/2013, 2010/4892

13.12.2012: Samhandlingsreformen – etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, 2012/9831

28.02.2013, 25.04.2013: Planprogram kommunedelplan Tidlig innsats, 2013/1210

31.10.2013: Organisasjons- og bemanningsplan for Rådhuset og deler av tjenestene knyttet til folkehelse og levekår, 2013/8137

31.10.2013: Samhandlingsreformen – Opprettelse av prosjektstilling innenfor e-helse og velferdsteknologi, 2013/7845

30.01.2014: Søknad om statlige midler –barneverntjenesten, 2014/605

27.02.2014: Drømmen om eget hus, 2014/513

24.04.2014: Kriterier for tildeling av driftstilskudd fysioterapi 2013/4110

19.06.2014: Flyktningeplan –Revidert 2014, 2010/1660

19.06.2014: Drømmen om eget hus, 2014/513

28.08.14: Oppfølging av plan for boliger, dagtilbud og avlastning for personer med utviklingshemming, 2010/3279

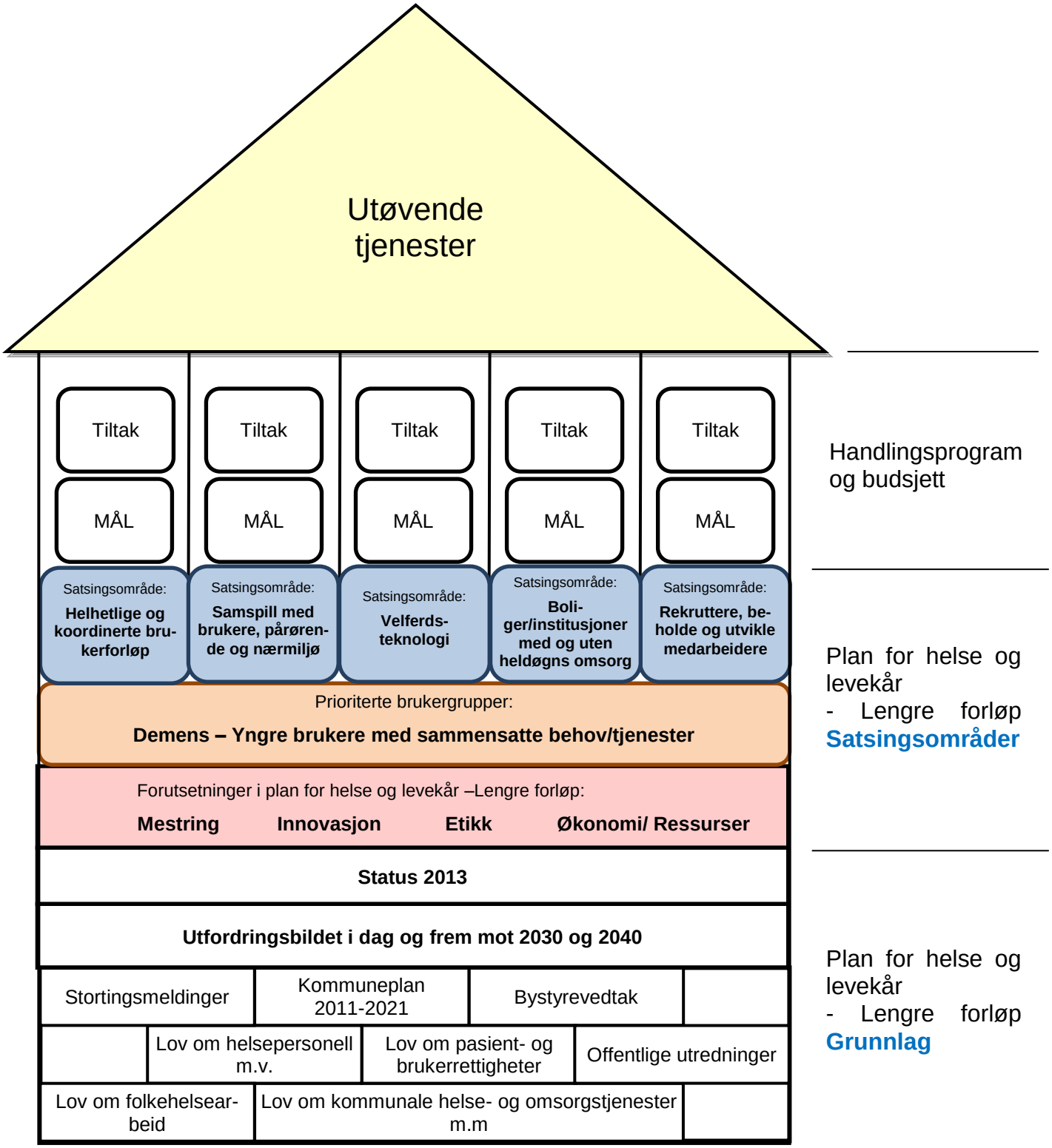
6.3 Aktuell litteratur

Her er lenker til et lite utvalg av offentlige utredninger (NOU), stortingsmeldinger og rapporter:

- Stortingsmelding 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- Stortingsmelding 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen
- Stortingsmelding 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening
- Demensplan 2015
- Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv
- Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013-2017

6.4 Illustrasjon av plan og videre oppfølging

Illustrasjon som viser hvordan Plan for helse og levekår –Lengre forløp er bygd opp og hvordan den skal følges opp og gir føringer for tjenestene i Arendal kommune.



ARENDAL KOMMUNE