



RISØR KOMMUNE

OMSORGSPLAN

2010 – 2020



Vedtatt av Risør bystyre 09.12.2010, politisk sak 88/10, arkivsak 2009/736

Risør – for gjestfrihet, nyskapning og mangfold

Økt bosetting og livskvalitet gjennom forebygging, bevaring, vekst og utvikling



Forord



**Kommuner og helseforetak forén dere.
Slik blir takten og retningen**

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen¹



Den grunnleggende ideen bak Samhandlingsreformen er enkel og har bred oppslutning: Med eldrebølgen må vi forebygge sykdom og sikre flere friske år for alle. Vi må opp-dage sykdom i tide. Og spesialisthelsetjenesten skal brukes når det ikke er andre al-ternativer. Utviklingen med flere eldre og flere med kronisk sykdom gjør at flere vil trenge helse- og omsorgstjenester. Samtidig blir det færre arbeidsføre til å yte hjelpen. Hvis vi ikke gjør endringer i dag, så må hver tredje ungdom velge helse- og omsorgs-utdanning for å dekke behovet om noen tiår. I dag gjelder dette hver sjette som skal velge yrke. Derfor må vi finne nye måter å arbeide på i helsetjenesten og nye måter å samarbeide på. Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig – vi har verken personell eller ressurser til å fortsette som i dag.

Vi har tre overordnede mål med samhandlingsreformen:

- Vi skal redusere sykkelighet ved mer og bedre forebygging
- Vi skal gjøre helsetjenestene mer helhetlige og koordinerte
- Vi skal dempe veksten i forbruk av sykehustjenester ved å ruste kommunene til å levere en større del av tjenestene.

Og vi er allerede i gang:

Vi styrker statens satsing på lokalmedisinske sentre og andre lokale samhandlingstiltak. Vi skal ha på plass et godt lovverk – et lovverk som ansvarliggjør kommunene.

- Norges første folkehelselov. Den skal gi kommunene en bedre plattform for å forebygge sykdom.
- Ny kommunal helse- og omsorgslov. Den skal erstatte dagens lov om kommune-helsetjeneste og sosialtjenesteloven.
- Ny lov om ”samkommuner” fra Kommunal- og regionaldepartementet. Den skal gjøre det lettere å etablere tiltak på tvers av kommunegrenser.

I den nye nasjonale helse- og omsorgsplanen skal vi konkretisere hvordan alt henger sammen med alt i helse- og omsorgstjenesten. Med felles forståelse av sammenhengene skal det bli lettere å få brikkene til å falle på plass. Planen skal inkludere forslag til modeller for finansiering. I tillegg jobber vi med en mulig opptappingsplan. Jeg ser også for meg at de regionale helseforetakene må bruke mer midler til samhandling.

Vi vil ha lokalmedisinske sentre i hele landet

Sentrene skal ikke erstatte lokalsykehusene. Her er regjeringens politikk krystallklar:

- Ingen lokalsykehus skal legges ned.
- Akutt- og fødetilbud skal være nær der folk bor.
- Når folk blir akutt syke skal de få rask hjelp, på rett sted. Når kronikerne trenger langvarig behandling – skal de få det i nærheten av der de bor.

De lokalmedisinske sentrene skal etableres for å sikre at vi får en tyngre kommune-helsetjeneste. Lokalmedisinske sentre skal bli den nye samhandlingsarenaen mellom kommuner og sykehus. Det skal være tverrfaglige team rundt fastlegene som kan hjelpe pasientgrupper som mangler tilbud i kommunen i dag. Og det kan bygges opp kort-tidsplasser ved sentrene til bruk før, i stedet for eller etter et sykehusopphold. Det kan være aktuelt å legge lærings- og mestringssentre til de lokalmedisinske sentrene. Spesialisthelsetjenester kan med fordel legges til lokalmedisinske sentra – ambulant eller permanent.

¹ Utdrag fra tale ved Samhandlingskonferansen i Tromsø, 25. mai 2010. Hele talen finnes på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside.

Vi vil koble fastlegene tettere til kommunehelsetjenesten

Dels i lovverket og dels i forhandlinger. Fastlegeordningen skal videreutvikles slik at fastlegene blir bedre integrert i kommunehelsetjenesten.

IKT-løsninger som ”snakker sammen” på kryss og tvers i helse-Norge er selve nøkkelen til god samhandling.

Epikriser og prøvesvar bør sendes elektronisk fra sykehusene til legekontorene. Elekt-ronisk samarbeid bør gi sammenhengende pasientforløp mellom sykehus og kom-muner. Elektronisk meldingsutveksling, telemedisinske tjenester og videokonferanse for å yte akuttmedisinsk behandling på distanse bør tas i bruk. Målet mitt er at all dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk både i kommuner og helseforetak. Det er særlig tre budskap jeg vil legge vekt på:

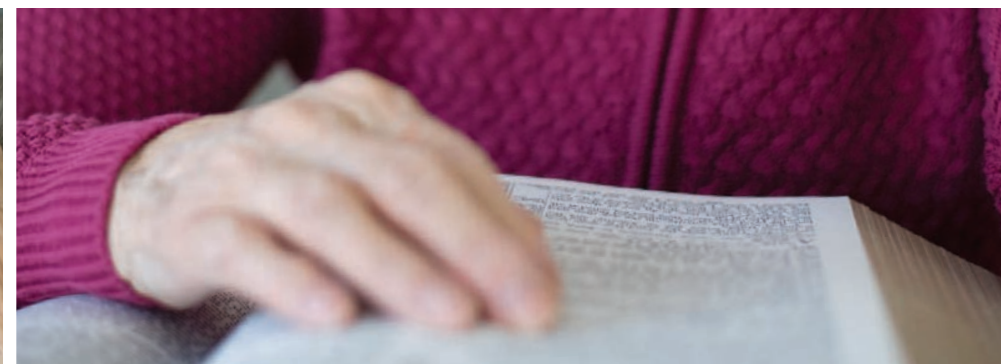
- 1) Det handler ikke om teknologi. Det handler om ledelse – ikke ressurser og kommunestørrelse. Ledelsen i kommunene må komme på banen!
- 2) IKT må prioriteres på budsjettene. Det er hele tiden en kamp om knappe midler. Men elektronisk samhandling vil lønne seg på sikt – for alle.
- 3) Dere må samarbeide. Alle må komme seg på nett og benytte standardiserte løsninger. Og dere må være villige til å dele kunnskap og samarbeide om innkjøp, drift og vedlikehold.

Rett behandling på rett sted til rett tid

Det er undertittelen på stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Brukerne skal – så langt det er mulig – få hjelp der de bor – altså i kommunene. Befolkningen skal være trygg på at helse- og omsorgstjenesten er der når de trenger det.

I oktober sender vi flere høringsbrev fra mitt departement. Det er ny helse- og om-sorgslov, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Jeg vil ha innspill fra alle dere som har meninger, innspill og ideer til hvordan vi skal utvikle gode helsetje-nester både i kommunene og i sykehusene. Det er viktig at Stortinget har et solid grunn-lag når de skal behandle lover og planer våren 2011.

La meg presisere: 1. januar 2012 er startdatoen for ny kommunal helse- og omsorgslov, økonomiske virkemidler, nytt avtaleverk og endringer i organiseringen av allmenn-legene. Det er ingen endringer i denne framdriftsplanen. Vi må endre kursen og vi må endre takten for å utvikle en helsetjeneste som er tilpasset framtidens behov. Det haster.



Innhold

1	Innledning	
1.1	Risør kommunes visjon og hovedmålsetting	6
1.2	Bakgrunn for og gjennomføring av planarbeidet	6
1.3	Innholdet i planen	6
1.4	Sammendrag av konklusjoner og anbefalinger	7
2	Overordnede føringer	8
3	Utfordringer og muligheter	11
3.1	Befolkningsutvikling	11
3.2	Tilbudet i Risør sammenlignet med andre kommuner	12
3.3	Individets ansvar	14
3.4	Ny teknologi	15
3.5	Hjelpemidler	16
3.6	Folkehelse	16
3.7	Psykisk helse	17
3.8	Demens	18
3.9	Dag- og aktivitetstilbud	18
3.10	Familiestruktur - familienettverk	19
3.11	Forholdet til spesialisthelsetjenesten	20
3.12	Økonomiske rammer	21
3.13	Boligmarkedet	22
3.14	Psykisk helse og aldring hos mennesker med utviklingshemming	22
3.15	Migrasjonshelse og likeverdige tjenester	22
3.16	Tilbud gjennom frivillige organisasjoner	23
3.17	Kapasitet og kompetanse	23
3.18	Krav og forventninger	25
3.19	Klager og tilbakemeldinger	25
4	Veivalg og verdigrunnlag	26
4.1	Økt vekt på forebygging og rehabilitering	27
4.2	Økt bruk av teknologi	29
4.3	Samhandling og interkommunale prosjekter	32
4.4	Videre fokus på universell utforming	33
4.5	Frivillige/Nettverk/Aktiv omsorg/kultur	34
4.6	Økt satsing på hjemmetjenester og egnede boliger	34
4.7	Kompetanse og rekruttering	37
4.8	Økt satsing på dagtilbud og avlastning	38

Vedlegg

1	Statlige tilskuddsordninger	39
2	Botilbud innfor pleie- og omsorgstjenester	40
2.1	Boliger (hjemmeboende)	40
2.2	Institusjoner	40
3	IT strategiplan	43
4	Dagens tilbud og organisering av kommunens omsorgstjenester	44
4.1	Kommunens Overordnede organisering	44
4.2	Fysiske rammer og ressurser	44
4.3	Enhet for omsorg	45
4.4	Enhet for habilitering	50
4.5	Enhet for kvalifisering	51
4.6	Samarbeid og koordinering av tjenester	54
4.7	Brukermedvirkning	56
4.8	Samordning av frivillige ressurser og likemannsarbeid	58

1) Innledning

1.1 RISØR KOMMUNES VISJON OG HOVEDMÅLSETTING

Risør kommune har følgende visjon og hovedmålsetting, vedtatt 28.08.2008:



VISJON Risør – for gjestfrihet, nyskapning og mangfold

HOVEDMÅLSETTING Økt bosetting og livskvalitet gjennom forebygging, bevaring, vekst og utvikling

Visjon og hovedmålsetting ligger til grunn for Omsorgsplanen, så vel som for kommunens øvrige planverk.

1.2 BAKGRUNN FOR OG GJENNOMFØRING AV PLANARBEIDET

Den 18.06.2009 (sak 39/09) vedtok bystyret å nedsette et adhocutvalg med oppdrag å legge premissene for framtidens omsorgstjenester: *Adhocutvalget bør se på omfang og utforming av tjenestene, kvalitet, kompetanse, rekruttering og økonomi. Økt satsing på forebygging, dagtilbud og avlastning utredes.* Forventningene til omsorgsplanen er oppsummert slik: *Omsorgsplan 2015 skal skissere en strategi og gi føringer for hvordan kommunen skal møte dagens og morgendagens omsorgsutfordringer. Planen forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetanseutvikling og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser.*

Adhocutvalget har bestått av fire representanter fra Hovedutvalg for oppvekst og omsorg: Steinar Gundersen (V), leder, Lill Jorunn Bredal Larsen (Krf), Linda Sletten Heistad (Ap) og Liv Jorunn Høiberg (Rødt), samt en brukerrepresentant fra Kommunalt Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Helge Krystad. Omsorgsleder Per Christian Andersen og Malin Paust fra Plan og utviklingsenheten har hatt sekretærfunksjonen. KUBE rådgivning medvirket ved oppstarten av prosjektet. Arbeidet har involvert både brukerrepresentanter, fagpersoner og representanter for arbeidstakerorganisasjonene.

Det ble avholdt et åpent dialogmøte med problemstillingene *Hva er hovedutfordringene for Risør kommune innen omsorgsfeltet de neste 10-20 år? Hvordan møte utfordringene? Hvordan ser omsorgstjenestene i Risør ut i 2030?* Den utvidede arbeidsgruppen har besøkt Aalborg kommune i Danmark for å hente inspirasjon til "Fremtidens Plejehjem". Utstillingen "Klar for eldrebølgen?" ble arrangert i forkant av politisk behandling av planen.

1.3 INNHOLDET I PLANEN

Som en rettesnor for arbeidet er det tatt utgangspunkt i at planen gjelder tjenester som i hovedsak retter seg mot brukere av omsorgstjenester i kommunen. Hovedlinjene i dagens tjenester til disse brukerne vil ligge fast også i årene fram mot 2020. Dette dokumentet tar opp de viktigste endringer og utfordringer Risør kommunes tjenester står overfor i det neste tiåret, og foreslår noen grunnleggende strategiske valg for å tilpasse kommunens tjenester til de endringer vi står overfor.

Planen er bygd opp med en del som beskriver utfordringer og muligheter Risør kommunes tjenester innen omsorgssektoren står overfor i årene som kommer. Deretter følger en beskrivelse av hvilke veivalg og endringer som bør gjøres for at kommunens tjenester skal tilpasses til de utfordringer og muligheter som er beskrevet. Hvert avsnitt

om veivalg avsluttes med en kort oppsummering om de viktigste endringer fram mot 2010.

Som vedlegg følger en samlet beskrivelse av Risør kommunes tjenester innen omsorgssektoren i 2010, som danner utgangspunktet for de endringer som vurderes og beskrives.

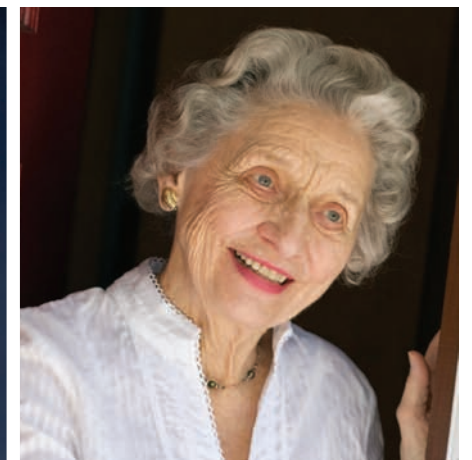
Hensikten med dette dokumentet er ikke å foreslå konkrete tiltak for det neste tiåret. Planen skal tjene som grunnlag for beslutninger i enkeltsaker og for strategiske valg ved behandling av handlingsprogram mv i årene som kommer.

1.4 SAMMENDRAG AV KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Risør kommune har i dag et godt omsorgstilbud, og hovedtrekkene i dagens tjenester bør opprettholdes. Befolkningsutviklingen i årene som kommer tyder på en økning i antall brukere av kommunale omsorgstjenester, samtidig som de økonomiske rammene blir strammere. Tjenestene må innrettes slik at forebygging og rehabilitering bidrar til å redusere eller utsette behov for mer omfattende tjenester. Teknologi må tas i bruk der det fremmer effektivisering og kvalitetssikring. Det må legges til rette for at den enkelte kan være en ressurs, får anledning til å bidra på ulike arenaer og er minst mulig avhengig av hjelp. Trygghet om at hjelp er tilgjengelig når den enkelte trenger den, er avgjørende.

De sentrale veivalgene for Risør kommunes omsorgstjenester frem mot 2020 blir (ikke prioritert rekkefølge)

- 1) Økt vekt på forebygging og rehabilitering
- 2) Økt bruk av teknologi
- 3) Samhandling og interkommunale prosjekter
- 4) Videre fokus på Universell Utforming
- 5) Frivillighet/nettverk/aktiv omsorg/kultur
- 6) Økt satsing på hjemmetjenester og egnede boliger
- 7) Kompetanse og rekruttering
- 8) Økt satsing på dagtilbud og avlastning



2) Overordnede føringer

Utviklingen av omsorgstilbudet er fra sentralt hold styrt i retning av desentralisering, integrering og avinstitusjonalisering gjennom bl.a. reform for utviklingshemmede, handlingsplan for eldre og opptrappingsplan for psykisk helse. En rekke oppgaver er overført fra fylke og stat til kommune. Utviklingen har gått fra særomsorg til fellesløsninger og fra institusjon til hjemmetjenester.

I 2009 hadde omsorgstjenestene på landsbasis nærmere 220 000 brukere. 44.408 av disse var beboere i institusjon, hvorav 4.546 var under 67 år mot 1.598 i 2000 og 1.804 i 1992. Det var 174.275 mottakere av hjemmetjenester. 65.824 av disse var under 67 år mot 38.393 i 2000 og 24.870 i 1992. Tallet på yngre brukere av de kommunale omsorgstjenestene er altså nesten tredoblet. Godt over 100 000 personer var sysselsatt i tjenestene; halvparten i sykehjem og halvparten i hjemmetjenester og i omsorgsboliger.

St.meld.nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, **Omsorgsplan 2015** fremhever nødvendigheten av en klarere politisk forankring og en mer aktiv bruker-medvirkning i utformingen av framtidens omsorgstjenester slik at man utvikler tjenester som sikrer at alle brukere uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne kan leve et aktivt og verdig liv basert på egne ønsker og premisser. 5 langsiktige strategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer beskrives:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Delplanen **Kompetanseløftet 2015** legger vekt på at lederutdanning og videre- og etterutdanningstilbudene utvides, og at ufaglærte får tilbud om fagutdanning. Delplanen **Demensplan 2015** synliggjør hva det vil si å ha en demenslidelse, og tydeliggjør hvordan utfordringene knyttet til et økende antall personer med demens kan møtes. Dagaktivitetstilbud, godt utbygde hjemmetjenester og gode avlastningsordninger ses som viktige element i å skape en meningsfull hverdag med gode øyeblikk, på tross av sykdom og funksjonssvikt.

I juni 2009 la regjeringen fram St.meld.nr 47: **Samhandlingsreformen**. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i 3 hovedutfordringer:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Regjeringen vurderer følgende fem hovedgrep for å møte utfordringene:

1. Klarere pasientrolle
2. Ny framtidig kommunerolle
3. Etablering av økonomiske insentiver

4. Specialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Når det gjelder kommunenes rolle (hovedgrep 2) legges det opp til at:

- Kommunene i større grad enn i dag skal oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser.
- Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).
- Kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver.
- Behov identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig for å forhindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne. Dette er også viktig for å redusere omfanget av personer som helt eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis som følge av helsemessige problemer.

De økonomiske insentivene (hovedgrep 3) skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.

IS-1/2010 Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010², gir følgende hovedbudskap:

”Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen skal behandles i 2010. Iverksetting av samhandlingsreformen vil skje etter dette. Til grunn for Stortingsmeldingen ligger flere erkennelser om forbedringsbehov som mottakerne kan begynne å arbeide ut fra. For kommunene vil vi trekke frem følgende:

1. Det forebyggende arbeidet i kommunene skal styrkes. Det er lagt midler til kommunenes ramme i 2010 bl.a. for dette formålet. Vi ber om at kommunene i 2010 prioriterer
 1. å skaffe oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer. Oversikten bør ligge til grunn for politisk behandling
 2. styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste
 3. etablere og utvikle lavterskeltilbud med lærings- og mestringsaktiviteter på levevaneområdet
2. Mindre kommuner bør forberede samarbeid med andre kommuner for å løse kompetansekrevede oppgaver i tjenesten
3. Det er et mål å etablere samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Dialogen om dette bør etableres i 2010
4. Det er et mål å etablere lokalmedisinske sentre som skal avlaste sykehusene. Mindre kommuner bør samarbeide om dette. Det er bevilget midler over statsbudsjettet til formålet³
5. For å styrke den elektroniske kommunikasjonen i helsetjenesten, bes kommunene
 1. ta i bruk elektronisk pasientjournal i pleie og omsorgstjenestene
 2. tilknytte seg norsk helsenett
 3. ta i bruk elektronisk signering av sykemeldinger

² Helsedirektoratets rundskriv til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetak og fylkeskommunene

³ Det er etablert et interkommunalt samarbeid i Østre Agder i forbindelse med samhandlingsreformen. Mer om dette i punkt 4.3.

6. Helsedirektoratet har behov for å kunne kommunisere elektronisk med aktørene i helsetjenesten. Vi ber kommunene innhente oppdaterte mailadresser til kommunens fastleger. Listene gjøres tilgjengelig for fylkesmannen og Helsedirektoratet
7. Helsedirektoratet vil følge utviklingsarbeidet i kommunehelsetjenesten. Vi vil ved utgangen av 2010 be kommunene rapportere til fylkesmannen om fremdriften i arbeidet”

Videre om Helse- og omsorgstjenester i kommunene: Den overordnede målsettingen for dagens og framtidens omsorgstjenester er å bidra til at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv på tross av krevende livsutfordringer, sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Befolkningen skal få tilgang til et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tjenestetilbud.

Landsstyret, KS’ øverste politiske organ mellom Landstingene, har avgitt denne enstemmige uttalelsen om samhandlingsreformen:
Landsstyret i KS er positivt til at kommunene gis et større ansvar for helsetjenester som kan være forebyggende og erstatte behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at ansvarsfordelingen mellom kommune og stat er klart definert, at kommunene gis lovfestet myndighet i forhold til ansvaret, at det sikres reell likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og at økte kommunale oppgaver fullfinansieres⁴.

Økonomiske virkemidler, nytt avtaleverk og endringer i organiseringen av allmennlegene ventes å være avklart når ny helse- og omsorgslov trer i kraft januar 2012.



⁴ Oktober 2010. Hele uttalelsen finnes på KS’ hjemmeside: <http://www.ks.no/tema/Helse-og-omsorg/Samhandlings-reformen/Samhandling-til-beste-for-innbyggerne/>

3) Utfordringer og muligheter

I dette kapittelet beskrives utfordringer og muligheter som har betydning for prioritering og organisering av ulike deler av fremtidens omsorgstjenester. Vurderingene bygger i hovedsak på:

- Beskrivelse av dagens tilbud og organisering av tjenester (vedlegg 4)
- Overordnede føringer og generelle utviklingstrekk
- Statistiske indikatorer vedr struktur, økonomi og kvalitet (KOSTRA⁵)
- Innspill i planprosessen fra dialogmøte, analyseseminar og fra avdelingene
- Drøftinger i adhocutvalget og den utvidede arbeidsgruppen

3.1 BEFOLKNINGSUTVIKLING

SSB⁶s befolkningsframskrivninger for Risør viser at antall innbyggere i de øverste aldersklassene vil gå svakt ned i Risør de nærmeste årene i motsetning til i andre deler av landet, ettersom vi har en høyere andel eldste eldre i dag. Antall innbyggere i aldersgruppen 70-79 vil imidlertid øke sterkt de neste 10 årene. Vi vil således fortsatt ha en relativt sett eldre befolkning enn Aust-Agder og landet som helhet. Frem mot 2030 vil økningen i den eldste gruppen bli på over 50%, samtidig som antall innbyggere i yrkesaktiv alder går ned.

Fremskrevet folkemengde for Risør kommune (tabell 08109/SSB)

Alder	2010	2015	2020	2025	2030
0-9	713	763	802	808	812
10-19	920	853	813	863	913
20-29	734	753	767	718	707
30-39	827	719	733	781	806
40-49	936	933	897	823	848
50-59	975	978	972	985	956
60-69	887	998	964	984	997
70-79	489	570	766	866	850
80-89	324	298	296	361	505
90 år +	89	91	75	73	77

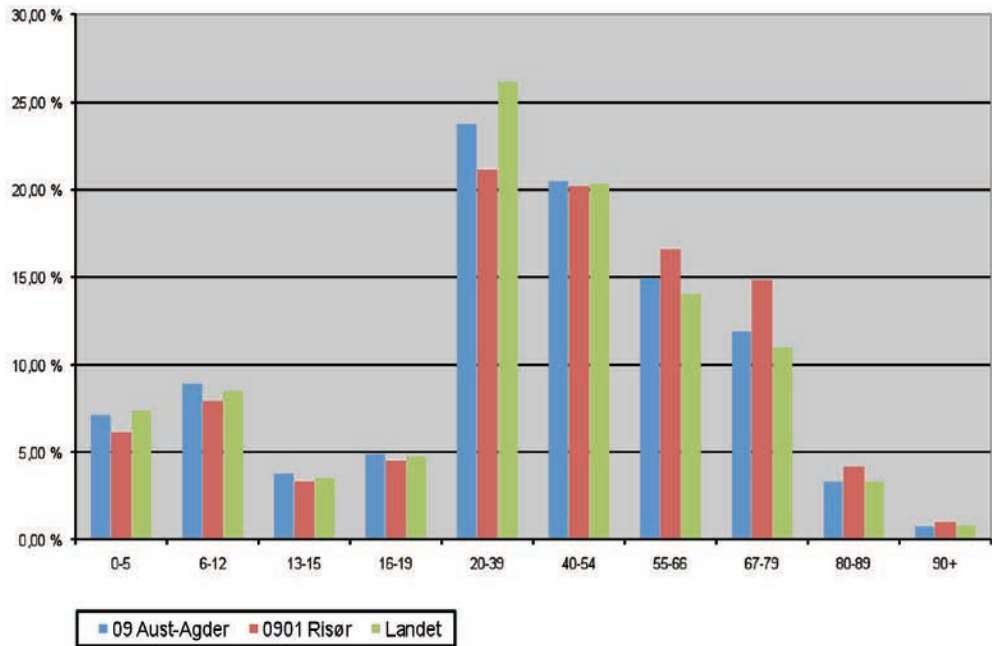
⁵ KOSTRA: Kommune Stat Rapportering. <http://www.ssb.no/kostra/>

⁶ Statistisk Sentralbyrå (SSB)

Fremskrevet folkemengde, antall eldre 80+ og andel av befolkningen denne aldersgruppen utgjør (middels nasjonal vekst). Høyest andel 80+ i utvalget er markert.

Kommune	2010			2015			2020			2025			2030		
	Total	80+	%	Total	80+	%	Total	80+	%	Total	80+	%	Total	80+	%
Risør	6.894	413	6,0	6.956	389	5,6	7.085	371	5,2	7.262	434	6,0	7.471	582	7,8
Grimstad	20.497	741	3,6	22.163	761	3,4	23.858	852	3,6	25.613	1.044	4,1	27.368	1.388	5,1
Arendal	41.655	1.878	4,5	43.642	1.890	4,3	45.628	1.971	4,3	47.647	2.312	4,9	49.590	3032	6,1
Gjerstad	2.478	133	5,4	2.488	118	4,7	2.552	121	4,7	2.636	147	5,6	2.705	185	6,8
Vegårshei	1.886	116	6,2	1.926	98	5,1	1.977	98	5,0	2.045	94	4,6	2.119	126	5,9
Tv. strand	5.939	331	5,6	6.029	322	5,3	6.135	310	5,1	6.277	352	5,6	6.416	489	7,6
Åmli	1.861	102	5,5	1.966	97	4,9	2.041	100	4,9	2.127	115	5,4	2.225	148	6,7
Kr. sand	81.295	3.376	4,2	86.804	3.566	4,1	91.979	3.682	4,0	97.303	4.177	4,3	102.557	5.171	5,0
Landet	4.858.199	220.022	4,5	5.104.442	219.165	4,3	5.334.339	224.351	4,2	5.571.882	261.338	4,7	5.802.268	336.876	5,9

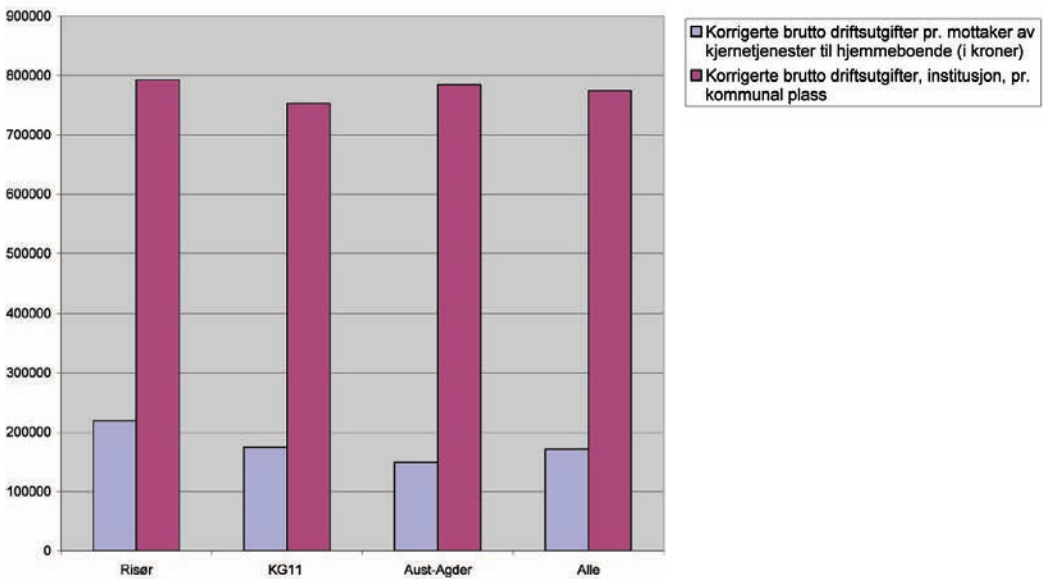
Framskrevet aldersstruktur 2020 i forhold til landet og fylket



Morgendagens brukere av kommunale omsorgstjenester vil både ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og forvente å kunne bestemme over egen tilværelse. De vil kreve et individuelt tilpasset tjenestetilbud i større grad enn majoriteten av dagens brukere. De vil stille større krav til aktivitet, sosiale og kulturelle tilbud. Vi vil få flere brukere med annen kulturbakgrunn og utfordringer ifht språk. Dette er faktorer som vil gi nye utfordringer ifht kompetanse og større faglig bredde med vekt på rehabilitering, opptrening, aktiv omsorg. Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem.

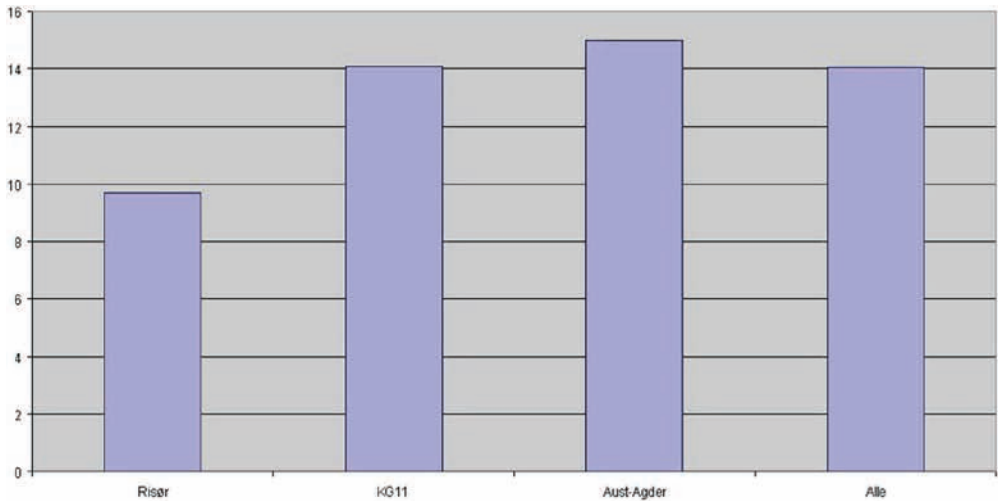
3.2 TILBUDET I RISØR SAMMENLIGNET MED ANDRE KOMMUNER⁷

3.2.1 Prioriteringer og kostnadseffektivitet



⁷ Kilde: <http://www.ssb.no/kostra/stt/index.cgi?nivaa=1®ions-type=kommune>

Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon



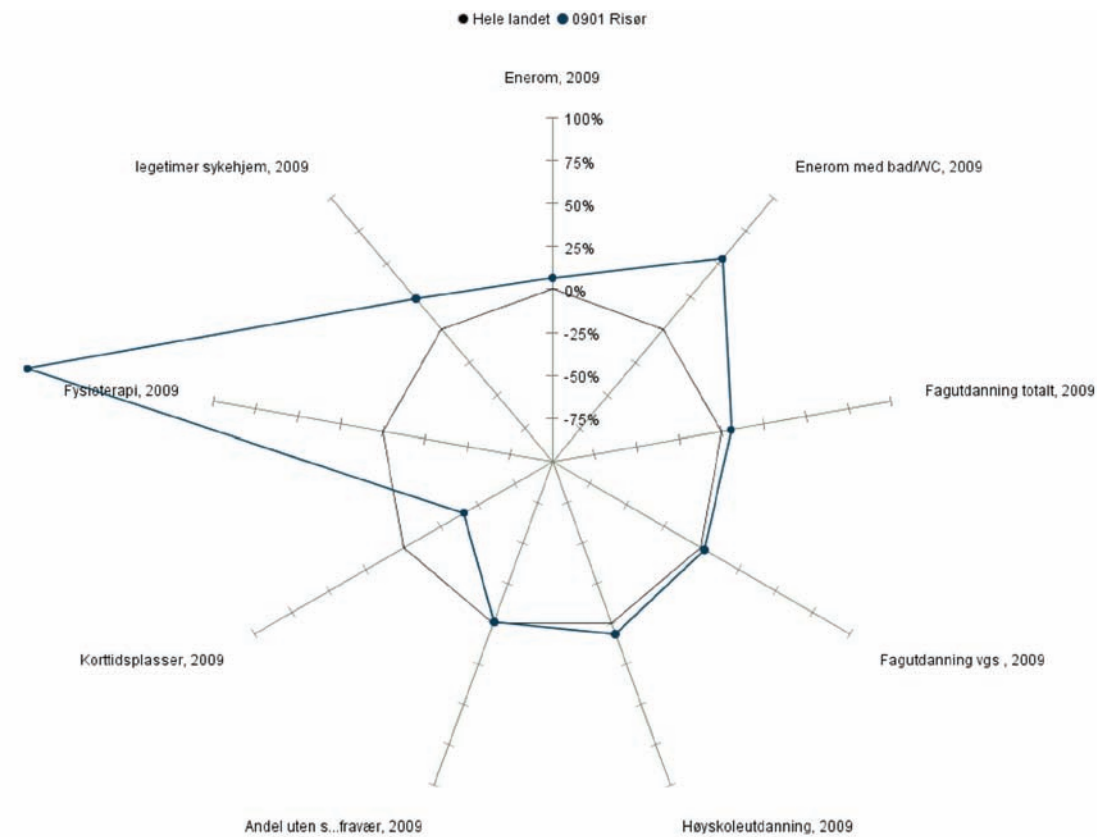
Risør kommune har relativt sett høye utgifter pr bruker som bor hjemme og ligger også noe høyere pr bruker i institusjon. Lav andel eldre med institusjonsplass innebærer svært høye omsorgsbehov blant disse og flere hjemmeboende med omfattende hjemmetjeneste. Kommunen har siden flere år tilbake satset på utbygging av hjemmetjenesten fremfor utbredt institusjonalisering, og har således kunnet holde de samlede utgiftene til pleie- og omsorg nede sammenlignet med mange andre kommuner. Kommunen har videre prioritert mer tjenester til de som trenger det mest, fremfor å ”smøre tynt” på flere. Det vil i tiden fremover være viktig å etablere lavterskeltilbud som blir tilgjengelig for flere og som kan bidra til forebygging av større behov for tjenester.

3.2.2 Dekningsgrad institusjon/heldøgns omsorg

SSB viser en dekningsgrad på rundt 16% av befolkningen 80 år og eldre i Risør, mens det fra nasjonalt hold⁸ har vært lagt opp til antall plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25%. En dekningsgrad på 25 prosent av de over 80 år er tenkt å ligge så mye over det reelle behovet for denne gruppen at det også er kapasitet til å dekke heldøgns omsorg for de under 80 år. Det faktiske behov vil variere i kommunene, blant annet som følge av innbyggernes aldersfordeling og generelle helsetilstand. Med en høy andel eldste eldre i Risør, blir en dekningsgrad på 25% kunstig høyt. Det er imidlertid mulig at 25% regelen vil slå sterkere inn mot 2020 som en konsekvens av Samhandlingsreformen, og at det blir nødvendig med utbygging, ytterligere sentralisering av tjenester i tilknytning til Frydenborgsenteret og flere tilbud i interkommunal regi for å møte det økte behovet.

Dekningsgrad	2010	2015	2020	2025	2030
Antall eldre 80 år +	413	389	371	434	582
Dagens nivå, 16%	66	62	59	69	93
20%	83	78	74	87	116
25%	103	97	93	108	146

⁸ Stortingsmelding 50 (1996-1997). Omtales videre i vedlegg 2.



3.2.3 Kvalitetsindikatorer

Figuren viser avvik (i prosent) mellom Risør kommune og landsgjennomsnittet. Kvalitetsindikatorene er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet for å kunne sammenligne kvaliteten på pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Figuren viser at Risør kommer gunstig ut når det gjelder fysioterapi, legetjenester i sykehjem og romstandard, mens det er lavere antall korttidsbeboere i institusjon enn landsgjennomsnittet⁹.

Indikatoren inkluderer korttidsopphold, rehabilitering, avlastning, trygghetsplass, hospice, utredning, smertelindring med mer, og et tilstrekkelig omfang av ulike typer korttidsplasser regnes som avgjørende for muligheten til å skape et fleksibelt tilbud.

3.3 INDIVIDETS ANSVAR

Den enkelte har selv et medansvar for sin helse og velferd. Kommunens tjenester skal gi trygghet og omsorg der den enkelte ikke selv er i stand til å ivareta sine behov.

Denne planen handler først og fremst om kommunens ansvar innen omsorgssektoren. Samtidig må utgangspunktet være at den enkelte selv – så langt det er mulig – må ta ansvar for sin helse og velferd, både ved egen innsats og gjennom nettverk av pårørende, venner og bekjente. Kommunens tjenester skal bidra til å sikre trygghet og omsorg for de som ikke lenger selv er i stand til det, eller der innsats fra den enkelte og dennes nettverk ikke lenger er tilstrekkelig til å dekke behovene. Samhandling mellom kommunens tjenester, brukerne, deres pårørende og nettverk er svært viktig for å oppnå et samlet godt resultat.

⁹ Kilde: <http://nesstar.shdir.no/kvalitetsbarometer/>. Frem til 2008 lå indikatoren for fysioterapi nært gjennomsnitt, mens det er en dramatisk økning i 2009. Dette tyder på en endring i registrering som neppe svarer til reelle forhold. Andel beboere på tidsbegrenset opphold i institusjon på en gitt dato (31.12). Valgt tidspunkt for telling kan gi for lavt antall korttidsbeboere i forhold til representativt tall for året samlet.

Utgangspunktet er at tjenester skal tildeles ut fra brukernes behov, uten hensyn til deres økonomi. Likevel må det forventes at mange har så god økonomi at de kan velge å legge til rette for en god alderdom selv, både gjennom å skaffe seg en egnet bolig, ved selv å kjøpe praktiske tjenester de har behov for og gjennom det nettverket frivillig sektor representerer. Kommunen bør spille en aktiv rolle som tilrettelegger for at innbyggerne selv kan ta ansvar for egen livssituasjon, f.eks. ved å gi bedre informasjon om tjenester og muligheter, legge til rette for egenomsorg, egnede boligprosjekter, samarbeide med frivillige, brukere, private aktører osv.

3.4 NY TEKNOLOGI

Kommunen må ha fokus på å ta i bruk ny teknologi der det fremmer kvalitetsheving og bedre ressursutnyttelse.

Bruk av IT innen helse og omsorg har fått stadig økende fokus nasjonalt¹⁰. Regjeringens målsetninger og visjoner for IT i helse og omsorg kan kort oppsummeres slik:

- St.meld 25, Omsorgsplan 2015: *Teknologien vil aldri kunne erstatte menneskelig kontakt, den skal være et hjelpemiddel*
- St.meld 47, Samhandlingsreformen: *Elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på mellom partene i et helhetlig pasientforløp*
- Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse og omsorgssektoren 2008-2013, Samspill 2.0: *IKT skal gi gevinster for brukere, pleiepersonell, administrasjon, ledere og myndigheter (...) 11 innsatsområder: Nasjonalt meldingsløft, kommunesatsning, elektroniske resepter, EPJ, kjernejournal, helhetlig dataflyt, helseinformasjon, utdanning – opplæring – kompetanse, innovasjon og forskning, dokumentasjon og informasjonsarbeid*

Utviklingen innenfor IKT gir nye muligheter for hvordan kommunen kan møte brukere og pårørende i tjenesten, både i forhold til omsorg, trygghet og rehabilitering. Risør kommune er i ferd med å etablere ny nettportal for å bedre mulighetene for innsyn, dialog og selvbetjening via kommunens internettsider. Videre skal løsningene integreres ytterligere med kommunens interne systemer, slik at de forenkler og effektiviserer interne arbeidsrutiner. IKT-løsninger må forutsettes å følge de standarder som til enhver tid gjelder for universell utforming. Løsningene må være enkle og intuitive å bruke. Samtidig med økt satsing på elektronisk informasjon og kommunikasjon, må det sikres at de som ikke kan eller vil benytte internett, ikke får dårligere tilgang til kommunal informasjon og tjenester enn andre. Undersøkelsen IKT i husholdningen (SSB 2006) viser at innbyggere i alderen 65 – 74 år fortsatt bruker PC og internett i liten grad i forhold til resten av befolkningen.

Det er aktuelt med bruk av ny teknologi både ved Frydenborgsenteret og i boliger med service. Risør kommune må ha fokus på hvilke muligheter ny teknologi kan gi. Omsorgsenheten er med i pilotprosjekt rundt fremtidens IKT-løsninger og har utarbeidet en strategiplan for dette. Risør kommune bør legge til rette for bruk av velferdsteknologi i takt med utvikling på området. Kommunen deltar sammen med KS Agder og Arendal, Lindesnes og Sogndalen i et felles prosjekt for utvikling av velferdsteknologi, Teknologi i Omsorg. Teknologi er ofte kostbart og krever omlegging i rutiner og arbeidsmetoder for å oppnå bedre ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestene.

¹⁰ Sentrale dokument: Helse og omsorgsdepartementet, "Samspill 2.0" (2008); Sosial og helsedirektoratet, "Smart-husteknologi" (2004); KITH, "Anbefalt eHelsekompetanse" (2010); KS, "eKommune 2012" og delplan IKT i helse- og omsorgssektoren; Helsedirektoratet, "Samspill 2.0 Handlingsprogram Nasjonalt meldingsløft 2009 - 2010" (2009)

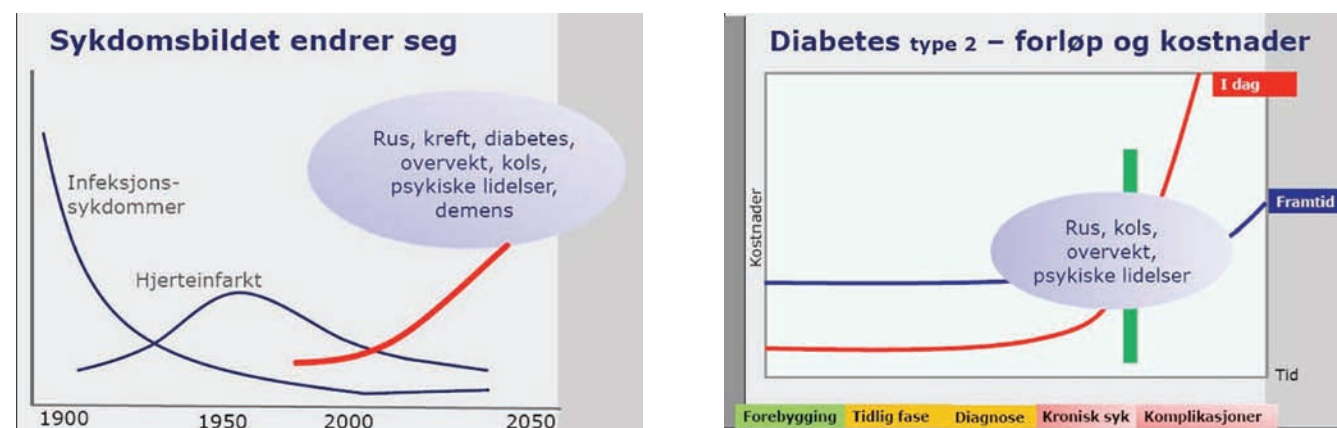
3.5 HJELPEMIDLER

Ansvar for hjelpemiddelformidling legges i stadig større grad på kommunene. Hjelpemidlene blir flere og mer avanserte, og krever økt tilgang på lagringsplass.

3.6 FOLKEHELSE

Nettoeffekten av endringene innen folkehelse er usikker ifht fremtidige behov for kommunale tjenester.

Det er gjort store medisinske fremskritt i forhold til sykdommer som tidligere ga høy dødelighet. Noen sykdommer kan kureres, mens andre fører til behov for omfattende behandling og vedvarende plager – ofte i en mer kronisk form. Det er forventet at funksjonssvikt og dødsfall inntreffer på et stadig senere tidspunkt i livet. Samtidig er forekomsten av livsstilsrelaterte sykdommer i sterk vekst.



Uten økt innsats i de tidlige fasene av sykdomsforløpet, vil den sterke veksten i kostnader knyttet til kroniske lidelser og komplikasjoner fortsette. I St.meld.nr. 16 (2002-2003) – Resept for et sunnere Norge – pekes det på ulike strategier for å nå de overordnede målene for folkehelse – flere leveår med god helse i befolkningen og reduksjon av helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn gjennom ulike tiltak – bl.a. tiltak mot fattigdom. Viktige faktorer er livsstilsvalg, motvirkning av fysisk inaktivitet, sunnere kosthold, reduksjon av sosiale ulikheter i helse og styrking av den enkeltes opplevelse av mestring for å forebygge psykiske problemer. Det pekes også på mulighetene for forebygging av ulykker og andre miljørelaterte helseproblemer. Videre fremheves behovet for samordning og systematisk oppbygging av et helhetlig folkehelsearbeid basert på en sterkere lokal og demokratisk forankring.

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. Bedre folkehelse oppnås både gjennom individuelle valg av livsstil og gjennom kommunens tilrettelegging av forebyggende og helsefremmende tiltak. Det er viktig at kommunens tjenester stimulerer den enkelte til å foreta valg som fremmer helse, mestring og livskvalitet.

3.7 PSYKISK HELSE

Antall institusjonsplasser i spesialisthelsetjenesten er kraftig redusert, og en større del av ansvaret for brukere med omfattende lidelser er overført til kommunen.

Kommunen har gjennom Opptappingsplan for psykisk helse fått anledning til å styrke bemanningen og bygge boliger til mennesker med psykiske lidelser. Dette er likevel en gruppe med mangelfullt tilbud i kommunen pr i dag. Det er relativt mange personer med psykiske lidelser i Risør, og gruppen yngre brukere med psykiske lidelser i kombinasjon med rusproblematikk er i sterk vekst. Det er behov for et bofellesskap med bemanning, og tjenester innen psykisk helse vil også i tiden fremover kreve mer ressurser.

Aktive rusmisbrukere har ofte massive helseproblemer og tilleggslidelser i form av angst, depresjon eller tyngre psykiske lidelser, og har ofte vanskelig for å benytte det ordinære tjenesteapparatet.

En ser behov for en styrket miljøtjeneste som kan drive oppsøkende virksomhet, bedre tilgang til hjelpeapparatet, gi bistand i hjemmet og bidra til en tilfredsstillende bolig-situasjon. Rådgivning til pårørende og differensiert dagtilbud til brukerne er andre områder som er mangelfulle i dag. Ettersom en stadig større del av forebygging, behandling og ettervern foregår i brukers nærmiljø, er behovet for samhandling/ koordinering av tjenester internt i kommunen og med 2. linjetjenesten blitt en større utfordring de senere år. Her gjenstår mye arbeid, blant annet i avklaring av rollen til Distriktpsikiatrisk senter (DPS). Forpliktende samarbeidsrutiner og møteplasser må således ha kontinuerlig fokus.



3.8 DEMENS

I Risør vil antall innbyggere med demens gå noe ned de nærmeste årene, for så å øke etter 2020. Dette skiller seg fra utviklingen i andre deler av landet.

Forekomst av demens øker med økende alder. Risør har i 2010 en særlig høy andel eldre, noe som gjør at utviklingen her skiller seg noe fra ellers i landet. Demensomsorg i Norden har utarbeidet anslag for andelen med demens i forskjellige aldersgrupper. Ved å kombinere disse anslagene med befolkningsprognosen for Risør, kan det lages en prognose for utvikling i antall innbyggere med demens. Prognosen ser slik ut:

Prognose for antall innbyggere med demens, basert på framskrevet folkemengde:

And. m/demens*	Alder	2010	2015	2020	2025	2030
1%	65-69 år	4	5	5	5	5
2%	70-74 år	5	7	9	9	9
6%	75-79 år	14	13	18	24	24
18%	80-84 år	32	32	14	43	59
32%	85-89 år	43	37	38	38	53
41%	90 år og over	39	36	30	30	32
Totalt		137	130	113	149	182
40% m/behov for tilrettel. botilb.		55	52	45	59	73

* Estimert forekomst av demens ihht Demensomsorg i Nordens anslag

Prognoser som dette er selvsagt beheftet med en del usikkerhet, men den gir en god indikasjon på hvilke endringer som kan forventes i behovet for demensomsorg. En utredning fra Kompetansegruppen for demens i Akershus viser at ca. 60 prosent av de med demens kan bo i eget hjem (med nødvendig bistand og omsorg), mens ca. 40 prosent har behov for spesielt tilrettelagte botilbud med fast bemanning.

Hvis vi legger disse tallene til grunn, vil behovet for tilrettelagt botilbud med fast bemanning synke mot 2020, for så å øke betraktelig. Avdeling for personer med demens består i dag av 4 enheter med 8 beboere på hver enhet. I tillegg har flere av beboerne på Somatisk enhet (også med 32 plasser) demensproblematikk. Det er bygget opp solid kompetanse innen demensproblematikk, men det er behov for skjermede dagtilbud og tilgang til uteområder/sansehager, samt utvidet opplæringstilbud til pårørende.

3.9 DAG- OG AKTIVITETSTILBUD

Aktivitet, kunst- og kulturdeltakelse utløser sterke krefter hos mennesket, gir mening og innhold i livet, er en kilde til kunnskap og bidrar til sterkere tilhørighet og mestringfølelse. Derfor må kultur- og aktivitetstilbud legges opp slik at alle kan delta og derfor er kultur og fritidstiltak viktige arbeidsområder innen rehabilitering. *Alle i Risør kommune skal ha tilgang til kunst- og kulturopplevelser i et bredt spekter og av høy kvalitet. Forholdene skal legges til rette for både tilskuer og aktiv deltaker* (Kulturpolitisk handlingsplan (2006)). Risør som kunst- og kulturby har mye å tilby av kompetanse og aktiviteter som kan tas enda mer aktivt i bruk.

Kommunale dag- og aktivitetstilbud gis i dag på flere ulike steder og administreres av flere instanser. I 2008 ble det gjennomført en samlet vurdering av evt omstrukturering av omsorgs- og habiliteringstjenesten ifht dagtilbud.

Kartleggingen viste at det er 153 personer over 18 år som har behov for et arbeids-, opplærings- eller aktivitetstilbud på dagtid i kommunen. 22 av disse er institusjonsbeboere. Av de øvrige 131 har 82 brukere ett eller flere dagtilbud. Ca 2/3 av brukerne uten tilbud er innen psykisk helse. Tilbud gis i liten grad på tvers av diagnosegrupper. Hovedutfordringene:

- Kontaktsenteret v/Avd. for psykisk helse og rehabilitering opplever en vekst i antall brukere og har svært ulike brukergrupper og alderssammensetning
- Det er et stort udekket behov for dagtilbud til brukere innen psykisk helse. Spesielt gjelder dette unge voksne menn. Noen av disse har psykiske lidelser i kombinasjon med rusproblemer. Flere typer tilbud kan være aktuelle for denne gruppen, bl.a. tilrettelagt arbeid i ordinær virksomhet eller i en VTA-bedrift (varig tilrettelagt arbeid)
- Det er et stort udekket behov for tilrettelagte aktivitetstilbud og lavterskel opplæringstilbud som f eks sansestimulering/opplevelser, fysisk trening/mestring, fysisk aktivitet og sosiale møtesteder. Dette gjelder dels for brukere som ikke har tilbud i dag og dels for brukere som har behov for dette som supplement til dagens tilbud. Enkelte brukere har behov for kontinuerlig tilsyn

Brukernes mulighet for deltakelse i aktivitetstilbud avhenger i stor grad av bosted, bevegelse og ressurser til transport. Kollektivtilbudet i Risør og omegn er i dag svært begrenset. Det er også en utfordring at det er begrenset tilgang på taxibiler/busser som egner seg for brukere med nedsatt funksjonsevne. Kommunen har opparbeidet flere universelt utformede bussholdeplasser, og det arbeides med å oppnå bedret tilgjengelighet flere steder. Kommunen administrerer den fylkeskommunale TT-ordningen¹¹ for personer som ikke kan benytte ordinære offentlige transporttilbud, etter fastsatte kriterier. I kommunens areal- og transportforvaltning skal mulighetene for å nå offentlige kommunikasjonsmidler på en enkel måte og nærhet til gang- og sykkelstier vektlegges (jfr. Energi- og klimaplan, 2010).

3.10 FAMILIESTRUKTUR – FAMILIENETTVERK

Det blir flere eldre som bor alene, og flere eldre som ikke har nære familierelasjoner. Denne utviklingen kan bidra til å øke behovet for kommunale tjenester.

I årene som kommer vil vi se en økning i antallet aleneboende eldre. Langt flere av fremtidens eldre vil være skilt enn det som er tilfelle i dag. Forskning viser at skilte foreldre har mindre nært forhold og mindre kontakt med barna sine enn gifte og enker/enkemenn. Dette gjelder i størst grad menn, men også kvinner.

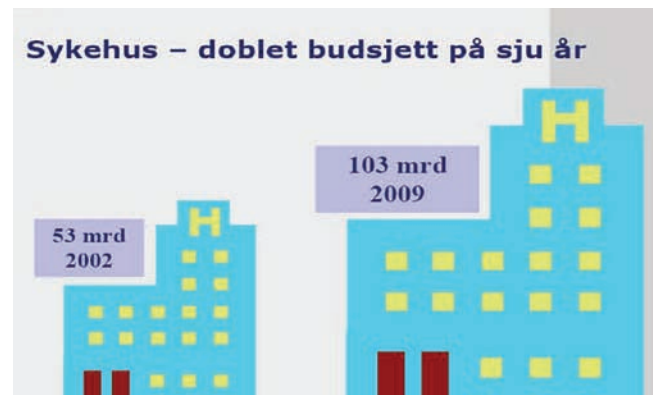
Andre forhold som kan føre til flere aleneboende eldre er at det er uvanlig i dag å dele hushold med sine barn og andre slektninger. Denne utviklingen synes å øke. Videre vil det i fremtiden være en større andel enn i dag som er barnløse. Disse vil verken ha barn eller barnebarn til støtte og hjelp i alderdommen.

Denne utviklingen vil føre til at langt flere av fremtidens eldre vil ha et magrere familienettverk som kan bidra med hjelp og støtte i alderdommen, og dermed et økt behov for kommunale tjenester dersom vi ikke møter behovet på andre måter.

¹¹ <http://www.austagderfk.no/Tjenester-og-fagfelt/Samferdsel/Transporttjenesten-for-funksjonshemmede/>

3.11 FORHOLDET TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

For å sikre et helhetlig og ”sømløst” tilbud til brukerne blir samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten enda viktigere enn i dag, både i forhold til finansiering, kompetanse og praktisk gjennomføring.



Statens tilføring av midler til sykehusene er doblet siden 2002. Dette er en uholdbar vekst i ressursbruk, og spesialisthelsetjenesten har som uttalt mål at liggetiden på sykehus skal reduseres. Kortere liggetid oppstår dels ved mer effektiv ressursutnyttelse ved sykehuset, dels ved at oppgaver flyttes til kommunehelsetjenesten. Det må være en forutsetning at tiltak for å oppnå redusert liggetid vurderes ut fra hva som er den beste løsning for pasientene, og ikke bare ut fra hva som er mulig å gjennomføre ut fra praktiske og økonomiske hensyn. Mange utskrivningsklare pasienter skrives ut fra sykehusene med til dels betydelige behov for både behandling,

rehabilitering, pleie og omsorg. Når helseforetakene flytter deler av behandlingsopplegget ut fra sykehuset, må sykehuset og kommunen i fellesskap sørge for nødvendig kompetanse for å slutføre behandlingen utenfor sykehuset på en kvalitativt god måte. Det er etablert et godt tilbud og høy kompetanse innen flere områder ved Frydenborgsenteret, og det er viktig å bygge videre på dette.

Unødvendige sykehusinnleggelser kan unngås gjennom at helseforetaket tilbyr ambulant behandling. Brukerne av tjenestene vil slippe en innleggelse i sykehus, samtidig som vi vil få til kompetanseoverføring mellom sykehuset og kommunens tjenester. Det er et økende samarbeid i forbindelse med veiledning og innen områder som for eksempel rehabilitering. Kommunen har inngått samarbeidsavtaler med sykehuset innen visse områder (psykisk helse, inn- og utskrivning av pasienter mv.), og begge nivåer arbeider for å videreutvikle disse og opprette forpliktende avtaler innen flere områder. En ser også verdien av at personell fra spesialisthelsetjenesten hospiterer i kommunen og vice versa.

Risør kommune må ha en kontinuerlig dialog med helseforetaket i forhold til oppgavefordeling mellom de to forvaltningsnivåene. Ressursfordeling mellom helseforetak og kommune blir et viktig moment i forbindelse med Samhandlingsreformen.

På følgende områder er det særlig viktig for kommunen å styrke kompetanse, rekruttering og samarbeid med spesialisthelsetjenesten:

- Palliativ behandling
- Rehabilitering
- Rus/psykiatri
- Helsetjenester for eldre
- Forebygging/folkehelse

Antallet kronisk syke, med til dels langvarige og sammensatte sykdomsbilder, blir økende. Dette er en utfordring som krever samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og fastlegene har en sentral rolle. Lærings- og mestringsperspektivet (LMS) i forhold til å leve som kroniker vil være et nøkkelområde. Det vil kreve økt involvering både fra bruker og pårørende, og en ser allerede at brukerne har mye kunnskap om egen sykdom. SSHF har jobbet systematisk med brukermedvirkning i utvikling og gjennomføring av pasient- og pårørendeopplæring, og kan bidra i utvikling av opplæringstjenestene i kommunen. Likeledes er regionalt LMS en viktig medspiller. Kommunens avtaler med fastlegene bør gjennomgås.

3.12 ØKONOMISKE RAMMER

Det kan ikke forventes at budsjetttrammene øker like mye som antall eldre øker. Derfor må det legges vekt på utforme løsninger som kan opprettholde kvaliteten med mindre ressursbruk enn i dag.

Det er en viktig forutsetning for gode tjenester at de tilpasses i forhold til endringer i innbyggernes behov. Statlige overføringer til omsorgstjenester vil øke i årene framover, men det er neppe realistisk å forvente budsjettvekst i samme takt som behovsveksten. En omfordeling mellom sektorene med utgangspunkt i endret befolkningssammensetning er en mulighet. Kommunens omsorgstjenester må organiseres slik at kvaliteten for brukerne kan opprettholdes, og bedres innen enkelte områder, til tross for at de blir flere og økonomien strammere. Dette kan bl.a. skje gjennom økt bevissthet rundt tilrettelegging av egen eksisterende bolig og bygging av universelt utformede boliger, og økt bruk av teknologi. Hvor stor effekt som kan forventes av slike tiltak må vurderes i de enkelte års handlingsprogram, basert på hvilke konkrete tiltak og prosjekter som blir realisert. Tilsvarende må det ved behandling av handlingsprogram vurderes konkret hvilke effektiviseringstiltak tjenestene er i stand til å gjennomføre.

Dersom man ikke gjennom effektivisering oppnår samsvar mellom beregnet budsjettbehov og de ressurser som faktisk står til rådighet, vil det bli nødvendig å tilpasse nivået på tildeling av tjenester for å oppnå budsjettbalanse.



3.13 BOLIGMARKEDET

En større andel av befolkningen vil velge en bolig som er fleksibel og tilrettelagt for eventuelle fremtidige funksjonsnedsettelse. Kommunen bør samarbeide med private utbyggere for å sikre økt tilgang på universelt utformede boliger.

Ifølge undersøkelser gjort forut for Omsorgsplan 2015, vil fremtidens eldre i større grad ønske å flytte fra store hus til ulike typer blokkbebyggelse med mulighet for bofellesskap og tilgang på service. Flere innbyggere i boliger som er godt tilrettelagt for alderdommen kan bety mindre press på kommunalt tilrettelagte boformer for eldre. Det er derfor fornuftig å søke samarbeid med private utbyggere som kan bidra til økt tilgang på universelt utformede boliger, og som ressurskommune for Universell Utforming har Risør kommune et godt utgangspunkt. Opprettelse av en kommunal boligstiftelse kan være en god måte å organisere utvikling innen boligsektoren. Det stilles krav om universell utforming av uteareal for allmennheten, felles uteareal for større boligområder, ved boligbygninger med krav om heis, byggverk for publikum og arbeidsbygninger (Plan- og bygningsloven § 28-7 og byggeteknisk forskrift kap. 8). Det bør også legges vekt på nærhet til offentlig transport og gang- og sykkelstier.

3.14 PSYKISK HELSE OG ALDRING HOS MENNESKER MED UTVIKLINGSCHEMNING

Mennesker med utviklingshemmings psykiske helse og aldersrelaterte behov bør dekkes av ordinær omsorg.

Mennesker med utviklingshemning er ikke en homogen gruppe, men generelt starter aldringen mye tidligere enn for resten av befolkningen. Gjennomsnittlig levealder for mennesker med utviklingshemning er generelt ca. 66 år og 56 år for de med Downs syndrom. Blant Habiliteringstjenestens nåværende tjenestemottakere er det brukere med tilleggsproblematikk innen psykisk helse. Forskning viser at Opptappingsplan for psykisk helse i liten grad har tatt høyde for at mennesker med ulike former for utviklingshemning er overrepresentert når det gjelder psykiske lidelser. Det er ingen grunn til å tro at dette ikke er tilfelle også i Risør. Kommunen må være tydelig i sine henvisninger til 2. linjetjenesten, mens 2. linjetjenesten i større grad må være i stand til å diagnostisere og behandle mennesker med utviklingshemninger også for psykiske lidelser.

Mennesker med utviklingshemning bør i størst mulig grad kunne motta tjenester fra den ordinære omsorgen på lik linje med den øvrige befolkningen. Det kan bli en utfordring å finne den rette balansen mellom hvilke behov som skal dekkes av spesielt tilrettelagte tiltak og hvilke behov som skal dekkes av den ordinære omsorgen.

3.15 MIGRASJONSHELSE OG LIKEVERDIGE TJENESTER

Mennesker med en annen kulturell bakgrunn og/eller begrensede språkferdigheter skal ha reell tilgang på likeverdige tjenester for å hindre en utilsiktet og indirekte diskriminering av minoriteter.

Risør kommune har etter hvert en del innbyggere fra andre deler av verden – flyktninger og andre innvandrere. Målet for kommunens tjenester er at de – som alle andre – skal få individuelt tilpassede tjenester. En del sliter med psykososiale problemer som følge av flukt, tortur og fangenskap, atskillelse fra familie, språkbarrierer og manglende integrering i lokalsamfunnet.

Kulturelle og språklige utfordringer (heriblant viktighet av og kjennskap til tolkebruk) kommer i slik sammenheng i tillegg til utfordringer ifht helse, og stiller ytterligere krav til kompetanse og samarbeid på tvers av fagområdene. Bruk av godkjent tolk kan være en forutsetning for fremmedspråkliges reelle brukermedvirkning.

Arbeidstakere med minoritetsbakgrunn er en forutsetning for å møte det økende behovet for arbeidskraft innen omsorgssektoren. Faglig og flerkulturell kompetanse er i denne sammenheng sentralt i forhold til sikring av kvalitet på tjenestene og kommunikasjon med brukerne.

3.16 TILBUD GJENNOM FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Frivillig innsats er viktig, både for de som nyter godt av den og for de som yter slik innsats. Risør kommune vil satse aktivt på å styrke samarbeidet med frivillige.

Frivillig innsats er en viktig arena for fellesskap, både for de som yter frivillig innsats, og for de som nyter godt av den. Frivillige organisasjoner er på mange områder et viktig supplement til kommunens hjelpeapparat, men skal ikke erstatte det kommunale tilbudet.

Frivillig sosialt arbeid har en egenverdi, sin egen kraft og eksistensberettigelse. Det er snakk om fellesskap og en arena for menneskelig vekst som kan motvirke ensomhet og isolasjon. Den som er frivillig får opplevelsen av å være til nytte, kunne bidra og mestre, og den som mottar frivillig innsats opplever å få hjelp og sosial kontakt. Ut-sagnet ”frivillighet lever av lyst og dør av tvang” – må være kommunens utgangspunkt i tilrettelegging for frivillig innsats.

Risør kommune ønsker å satse mer aktivt på frivillighet gjennom Frivilligsentralen, Brukerkontoret og andre frivillige organisasjoner. Det er et mål at samarbeidet med de frivillige skal styrkes i årene framover, bl.a gjennom formaliserte partnerskapsprosjekter.

3.17 KAPASITET OG KOMPETANSE

Det blir behov for mange flere ansatte. Kompleksiteten i oppgavene øker. Det stilles enda større krav til å rekruttere riktig kompetanse på en rekke områder.

Allerede i dag er det å rekruttere og beholde kompetanse en av de største utfordringene for kommunens omsorgstjenester. Risør kommunes attraksjonskraft ifht helseforetak og andre kommuner for å rekruttere og beholde dyktige fagpersoner, forutsetter en aktiv politikk på dette området, bl.a ifht bruk av stillingsbrøker og lærlingplasser i sektoren. Et viktig grunnlag for evnen til å rekruttere og beholde fagpersoner er kommunens omdømme. Det gjelder både Risør kommunes omdømme generelt, kommunens omdømme som arbeidsgiver og omdømmet til kommunens tjenester.

Tall fra SSB sier at tilgangen på sykepleiere og vernepleiere i fremtiden vil bli forholdsvis god. Arbeidsmarkedsprognoser viser at det å rekruttere tilstrekkelig antall ansatte vil være hovedutfordringen, dernest å sørge for tilstrekkelig kompetanse, og til slutt riktig bruk av ansatte og deres kompetanse. Fokus på opplæring og kompetanseheving blant ufaglærte, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere, er like sentralt som videreutdanning på høyere nivå.

Riktig kompetanse og stabilt personale gir forutsigbarhet og trygghet både for ansatte og tjenestemottakere. Økonomiske rammer på den ene siden, og kompetansebehov og krav ifht tjenesteutøving og dokumentasjon på den andre er en utfordring.

Større kompleksitet i arbeidsoppgaver innebærer større krav til kompetanse og tverrfaglighet. Like naturlig som det i dag er sykepleiere og hjelpepleiere som yter tjenesten, vil det i fremtiden være behov for også andre yrkesgrupper for å sikre helhetlige og flerfaglige miljøer, som er i stand til å yte tjenester med utgangspunkt i brukers behov, uavhengig av brukers boform. Det er sannsynlig at slike miljøer er lettere å rekruttere til enn til ensartete fagmiljøer.

Uavhengig av hvilken utdanning den enkelte har, vil kommunen måtte gjøre en betydelig innsats for å sikre at den enkelte ansatte har god samhandlingskompetanse. I samhandling er empati, etisk bevissthet og ferdigheter i kommunikasjon vesentlig. Samhandling med bruker for å finne gode løsninger skal være en prosess, hvor personens verdighet og integritet opprettholdes eller styrkes. Ansatte må ha evne til å lytte til den enkelte, ta dennes opplevelse av og kompetanse om sin tilstand på alvor, vise respekt for det enkelte individ i den livsfasen vedkommende befinner seg i, og samtidig benytte faglig kompetanse for å yte god og tilpasset hjelp.

Risør kommune er gjennom tilfeldig utvalg plukket ut som en av 9 forskningskommuner, hvilket innebærer mulighet for deltakelse i undersøkelser (ca 2/år) i regi av Senter for omsorgsforskning. Som forskningskommune vil Risør bli prioritert i fagmiljøet ved Senter for omsorgsforskning Sør, få tilgang til forskningsresultater og rådgivning i aktuelle omsorgsfaglige problemstillinger, samt ha mulighet for hosi-tering.



3.18 KRAV OG FORVENTNINGER

Når samfunnet endres, endres også krav og forventninger til kommunens tjenester. Bruk av ny teknologi og fysisk tilrettelegging kan motvirke økt ressursbruk.

Forventninger og krav fra befolkningen vil i fremtiden endre seg i takt med de endringer som skjer i samfunnet for øvrig. Det er imidlertid ikke slik at alle endringer går i retning av at kommunen må yte flere tjenester med økt kvalitet. På flere områder vil teknologisk utvikling føre til at forventningene kan imøtekommes bedre og enklere enn tidligere ved bruk av disse løsningene. Høyst sannsynlig kan informasjonsflyten mellom tjenesteutøvere, til bruker og pårørende gjøres enklere og sikrere enn i dag. Trygghets-skapende teknologi og boliger og omgivelser tilpasset eventuell funksjonssvikt kan føre til at etterspørselen etter tjenester reduseres. Det er derfor ikke sikkert at krav og forventninger vil føre til økt behov for ressurser, men heller forventninger om at kommunen bidrar til at det etableres trygge og tilrettelagte boformer, samt bidrar til at ny teknologi kan benyttes i rask og effektiv kommunikasjon med kommunen.

3.19 KLAGER OG TILBAKEMELDINGER

Risør kommune bør etterstreve en kultur hvor ”en klage er en gave”. Kommunen har gode rutiner for å ta imot brukernes tilbakemeldinger om både generelle opplevelser av tjenestene og om enkelthendelser.

Brukernes mulighet til å gi tilbakemeldinger på hvordan de opplever tjenestene de mottar er et viktig tema i forhold til å sikre god kvalitet på tjenestene. I tillegg til den daglige, løpende kontakt med brukerne, er det i dag flere formaliserte ordninger som gir mulighet for tilbakemelding, klager eller informasjon om misnøye fra brukerne (beskrives nærmere i vedlegg 4):

- **Brukermedvirkning på systemnivå**
Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Eldreråd, Mental Helse, dialogmøter, brukerrepresentanter og annen systematisk tilbakemelding, Inkluderende Arbeidsliv
- **Brukermedvirkning på individnivå**
Rutine for brukermedvirkning (enkeltbrukere), jevnlig bruker- og medarbeiderundersøkelser, Individuell plan (lovpålagt), Brukerstyrt personlig assistanse – BPA (lovpålagt), Omsorgslønn, Ansvarsgrupper, Basisteam

I tillegg til de forskjellige mulighetene for tilbakemeldinger fra brukere, har kommunen også en egen registrering av avvik, dvs hendelser der utførelse av tjenester ikke skjer som forutsatt. Samlet gir dette kommunen god kunnskap om brukernes opplevelse av tjenestene. Gjennom å etablere en informasjonstelefon med loggføring og statistikk over hva henvendelsene dreier seg om, vil kommunikasjonen med brukerne kunne bedres ytterligere. Det er naturlig å vurdere et slikt tilbud i sammenheng med prosjekt for gjennomgang av Enhet for støttefunksjoner.

Utvidelsen av ordningen med statlig pasientombud til også å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester gir brukere av kommunale tjenester ytterligere en mulighet til å ta opp eventuelle uheldige forhold ved kommunens tjenester.

4) Veivalg og verdigrunnlag

Risør kommune har i dag et godt omsorgstilbud, og hovedtrekkene i dagens tjenester bør opprettholdes. På en del områder må det likevel gjøres viktige veivalg for å sikre at fremtidens tjenester kan møte de utfordringer som er beskrevet foran. Kommunens verdidokument benyttes som rettesnor for de veivalgene som må gjøres for Risør kommunes omsorgstjenester: Løsningsorientert – Trygghet – Åpenhet – Likeverd.

Verdiene er ikke helt ulike de som lå til grunn for Handlingsplan for eldreomsorgen (1998): Trygghet – Respekt – Kvalitet.

Det ble satset på utbygging av Frydenborgsenteret, som et samlingspunkt for sektorens virksomhet og ikke kun et passivt pleietilbud til eldre som det tidligere *sykehjemmet* i stor grad var. Samtidig ble satsingen dreid mot differensiert hjemmetjeneste med utgangspunkt i brukers behov fremfor boform. Slik var kommunen tidlig ute med den dreiningen som er anbefalt fra sentralt hold.

For at omsorgstrengende skal kunne bo i egen bolig lengst mulig, er det ikke bare viktig at boligen er fysisk tilrettelagt for mennesker med funksjonssvikt. Også rammene rundt boligen er av stor betydning; som trygghet om at hjelp er tilgjengelig når den enkelte trenger den, at hjelpen kommer til avtalt tid, at hjelperen er tillitsvekkende i sin kontakt med brukeren og at brukeren blir behandlet som en likeverdig. De færreste trenger hjelp på natten, men det er betryggende å vite at den er tilgjengelig ved behov. Videre kan det være trygt å vite at familie og nettverk kan avlegge besøk og overnatte ved behov, samtidig som det er trygghet for at uønskede ikke kommer inn. Alt tyder på at når den enkelte opplever tilstrekkelig trygghet, opprettholdes selvstendighet og mestringsevne lengre.

Det er avgjørende for et godt liv at den enkelte får anledning til å bidra selv, gis følelsen av å mestre eget liv og sosiale funksjoner. Det er derfor av stor betydning at det legges til rette for at den enkelte kan være en ressurs, får anledning til å bidra på ulike arenaer og er minst mulig avhengig av hjelp. God tilgjengelighet i bolig, omgivelsene og på ulike arenaer blir derfor viktig med henblikk på å sikre at den enkelte kan mestre mest mulig på egen hånd.

Vi vil i årene som kommer kunne se en økning i antall brukere av kommunale tjenester. Det blir en viktig oppgave å innrette tjenestene slik at forebygging og rehabilitering får en sentral rolle på de områder hvor det kan bidra til å redusere eller utsette behov for mer omfattende tjenester. For brukerne vil det gi bedre livskvalitet, og for kommunen kan det bidra til å lette presset på pleie- og omsorgstjenester.

De sentrale veivalgene for Risør kommunes omsorgstjenester frem mot 2020 blir (ikke prioritert rekkefølge):

- 1) Økt vekt på forebygging og rehabilitering
- 2) Økt bruk av teknologi
- 3) Samhandling og interkommunale prosjekter
- 4) Videre fokus på Universell Utforming
- 5) Frivillighet/nettverk/aktiv omsorg/kultur
- 6) Økt satsing på hjemmetjenester og egnede boliger
- 7) Kompetanse og rekruttering
- 8) Økt satsing på dagtilbud og avlastning

4.1 ØKT VEKT PÅ FOREBYGGING OG REHABILITERING

Forebygging og rehabilitering kan utsette eller redusere mer omfattende behov for tjenester fra kommunen og gi bedre kvalitet for brukerne.

Med forebyggende virksomhet menes her alle former for virksomhet som motvirker behov for tjenester eller forebygger forverring av brukers tilstand. Forebyggende tiltak som både kan bidra til å kutte toppen av fremtidige omsorgsbehov og fordele kostnader over en relativt stabil periode vil først og fremst være

- folkehelsearbeid og helseforebyggende tiltak
- investeringer i universell utforming av boliger og omgivelser for å redusere eller eliminere konsekvensene av funksjonstap
- sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap
- volds- og ulykkesforebyggende tiltak

Forebygging er en del av Risør kommunes hovedmålsetting *Økt bosetting og livskvalitet gjennom forebygging, bevaring, vekst og utvikling*. Det er bred enighet om at forebygging og tidlig intervensjon (å identifisere og starte håndteringen av et helseproblem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir minimalisert med en svært liten innsats) er viktig. Ettersom effekten er vanskelig å måle, krever imidlertid satsing på forebygging og tidlig intervensjon en økt bevissthet og konkretisering i mål og tiltak. Forebygging regnes som kommunenes største velferdsutfordring¹².

Å få dekket trygghetsbehovet hos den enkelte er et viktig mål. Kommunens bidrag er vesentlig. Innbyggerne skal vite at det er et sted å ta kontakt når behovene er der, og at de faktisk får hjelp. Trygghet for at hjelp finnes og er tilgjengelig når behov oppstår har i seg selv en forebyggende effekt.

Målet om en ”sømløs” **rehabiliteringskjede** innebærer en fleksibel tjeneste som ivaretar brukers behov og evne til medvirkning på ulike nivåer i rehabiliteringsprosessen. Tjenesten skal være målrettet, og den skal sikre kontinuitet, samordning og gode overganger mellom ulike instanser og nivåer internt i kommunen eller mellom sykehus og kommune.

Behovet for rehabilitering vil øke som følge av medisinsk utvikling, nye behandlingstilbud og økt antall eldre. Rehabilitering skal øke den enkeltes mestringsevne og kontroll over eget liv og situasjon. En rehabiliteringsprosess hvor brukeren bor hjemme, med tiltak i eget hjem i kombinasjon med å utnytte trenings- og veiledningstilbud, er en effektiv måte å organisere tjenesten på. For en del vil det være formålstjenlig med korttidsopphold ved Frydenborgsenteret, alternativt ved det fremtidige Rehabiliteringssenteret. Tidlig intervensjon av kompetente fagpersoner innen rehabilitering der bruker er – enten hjemme eller i institusjon – er viktig for å sikre god faglig oppfølging når behovet melder seg.

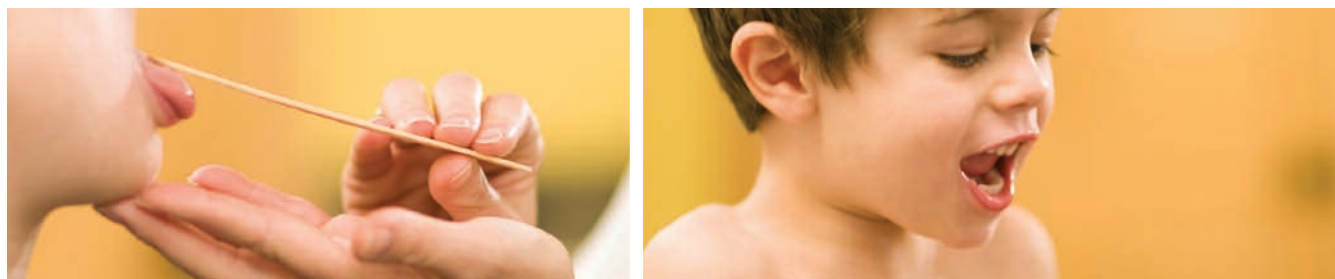
Rehabiliteringsteamet bør styrkes og utvides i forhold til fagsammensetning, og aktuelle nye grupper er bl.a. sosionomer og vernepleiere. Et nært samarbeid med høyskoler og forskningsmiljøer er en forutsetning for økt kvalitet på alle tjenestene i rehabiliterings-

¹² Innovasjonsalliansen/
Arendalskonferansen
juni 2010

prosessen. Et høyt faglig nivå muliggjør tidlig intervensjon, som igjen vil bidra til å holde brukerne på et lavt nivå i omsorgstrappa¹³. Fastlegene har en sentral rolle i den enkeltes rehabiliteringskjede.

Endringer frem mot 2020:

- Økt fokus på folkehelsearbeid i alle sektorer
- Etablering av dagtilbud for hjemmeboende eldre i tilknytning til avdelingen for personer med demens ved Frydenborgsenteret. Sansehager inngår i tilbudet.
- Etablering av 8 institusjonsplasser i tilknytning til Frydenborgsenteret i første omgang
- Styrket miljøtjeneste innen psykisk helse/rus
- Økt fokus hos legene på helsefremmende livsstilsendringer fremfor symptomlindring
- Legene oppfordres til å innføre oppfølgingsrutine for pasienter over 75 år som ikke selv oppsøker lege
- Tilsynslege trekkes i sterkere grad inn i inntaksvurdering ifht sykehjemsplass
- Etablering av kommunalt hjelpemiddellager
- Fysisk tilrettelegging/universell utforming av boligmasse og uteområder
- Rehabiliteringstjenesten organiseres slik at det oppnås brukervedvirkning, kontinuitet, samordning og trygge overganger mellom de ulike nivåer, både internt i kommunen, og mellom sykehus og kommune
- Rehabilitering vil i stor grad foregå mens bruker bor hjemme. Kommunen er imidlertid aktiv part i prosjekt for etablering av et rehabiliteringssenter som også vil kunne være et kompetanse- og ressurscenter for hele regionen i forbindelse med samhandlingsreformen
- Økt fokus på tannhelse og samarbeid med distriktstannklinikken
- Etablere sentralt plasserte tilbud innen ernæringsveiledning, kronikergrupper, ambulerende spesialisthelsetjeneste, forebyggende hjemmebesøk for eldre med mer
- Varmtvannsbasseng for diverse forebyggings- og rehabiliteringsaktiviteter tilgjengelig for hele befolkningen søkes integrert i eksisterende/planlagte arenaer (Frydenborgsenteret/Rehabiliteringssenteret og evt. andre). Frivillige organisasjoner oppfordres til å søke om midler fra Helse og Rehabilitering og andre



¹³ "Omsorgstrapp" brukes for å illustrere at tjeneste-tilbudet må tilpasses den enkeltes individuelle behov, og økende behov møtes med økende tjenestetilbud. I tillegg inneholder tenkningen knyttet til omsorgstrappa en forståelse av at ulike omsorgstjenester, eller del-tjenester innen omsorgsområdet, utgjør de forskjellige trinnene i trappa. Noen tjenestetyper er innrettet hovedsakelig mot mennesker som har små bistandsbehov, noen mot de som har store bistandsbehov, og noen tjenestetyper kan være innrettet slik at de betjener mennesker med både store og små bistandsbehov. Det nederste trinnet i trappa inneholder tjenester som har et standardisert preg og som primært er tenkt å bidra til at den som har et bistandsbehov ved hjelp av disse kan bli helt eller delvis uavhengig av personlig bistand. Det øverste trinnet er heldøgns omsorg, og er tjenester for mennesker med de mest omfattende bistandsbehovene.

4.2 ØKT BRUK AV TEKNOLOGI

Smarthusløsninger og ny omsorgsteknologi gir brukerne nye muligheter til å mestre egen hverdag og kan bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet. Telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi gir helse- og omsorgstjenestene mulighet til å forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten¹⁴.

Risør kommune har tradisjon for å være tidlig ute med IT løsninger innen helse og omsorg. Enhet for omsorg har i sin IT-strategi (vedlegg 3) definert følgende visjon: "IT løsninger skal bidra til bedre kvalitet og understøtte arbeidsoppgaver slik at mer tid kan brukes på pleie og omsorg". For å oppnå dette har vi satt oss følgende mål:

- Pasientjournalen skal være elektronisk
- IT skal understøtte administrative oppgaver
- IT skal benyttes til samhandling internt og eksternt
- Vi skal bidra til å finne gode løsninger for innbyggerne basert på IT (velferdsteknologi)

4.2.1 Pasientjournalen skal være elektronisk

Gjennom myndighetskrav har helsepersonell en dokumentasjonsplikt. Det er blant annet et krav at det skal opprettes en journal for hver pasient. Videre krav til pasientjournalen femkommer i forskrift. I Statlige føringer er det en målsetning at pasientjournalen skal være elektronisk. Kommunens pleie- og omsorgstjenester har brukt det elektroniske pasientjournalssystemet (EPJ) Gerica siden midten av 90-tallet. Systemet blir i dag brukt til pasientjournal, saksbehandling, administrasjon og statistikk (IPLOS). Siden 1.1.2010 har tilsynslegene på Frydenborgsenteret også tatt i bruk Gerica til sin journalføring. All papirbasert pasientinformasjon som kommer til kommunen blir skannet inn i Gerica. Det jobbes kontinuerlig med å nyttiggjøre seg mulighetene som ligger i den elektroniske journalen.

4.2.2 IT skal understøtte administrative oppgaver

Risør kommune har i dag en rekke administrative systemer i bruk i pleie og omsorg. Noen av disse benyttes av hele kommunen (ePhorte (sak/arkiv), Agresso (økonomi/lønn), eTurnus (bemanning), QM+ (HMS)), mens Gerica kun benyttes av Enhet for omsorg og Enhet for habilitering. Det ligger utfordringer i at dagens systemer i liten grad utveksler data seg imellom. Større integrasjon mellom de ulike systemene og bedre utnyttelse av eksisterende programvarer vil heve kvaliteten og være ressursbesparende, som:

- **Gerica:** Ta i bruk moduler for generering av arbeidslister, fakturering (trygghetsalarm, matombringning, hjemmehjelp, kortidsopphold osv) og PPS (beslutningsstøtte for sykepleieprosedyrer)
- **QM+:** Utvide bruk av kommunens kvalitetssikrings-/HMS system for avviksmelding og -saksbehandling. QM+ erstatter tidligere bruk av intranett for tilgang til lokale rutiner, avtaler og lovverk.
- **eTurnus:** elektronisk bemanningssystem tas i bruk høsten 2010. Systemet skal benyttes til administrering av turnuslister, turnusavvik og vikarinneleie. eTurnus er koplet sammen med Agresso slik at lønn utregnes på bakgrunn av elektronisk overførte timelister.

¹⁴ I statsråd 26. juni 2009 ble et utvalg om "Innovasjon og omsorg" oppnevnt til å utrede nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, deriblant ny teknologi. Utvalget skal vurdere de etiske sidene ved de forslag de legger fram og de konsekvenser utvalgets forslag vil ha for den enkeltes personvern, spesielt i forhold til bruk av ny teknologi for varsling og overvåking. Utvalget skal levere sin endelige utredning og innstilling innen første halvår 2011.

Risør kommune inngår i DDØ samarbeidet for innkjøp og implementering av programvare. Dette reduserer til en viss grad kommunens handlingsfrihet, men er samtidig ressursbesparende.

Ved økt bruk av IT i helsesektoren er man avhengig av ivaretagelse av organisasjonens kompetansebehov. Erfaringer viser at omkring 20% av kostnadene ved innføring av nye IT løsninger er knyttet til innkjøp/lisens, mens resten av kostnadene er knyttet til praktisk innføring, opplæring, oppfølging og vedlikeholdsopplæring. Særlig er kompetanse innen ivaretagelse av personvern og pasientsikkerhet viktig¹⁵. En strategi for årene fremover vil være å videreutvikle opplæringsmodellen som har vært benyttet for Geric. Dette forutsetter en sentralt plassert systemansvarlig med helsefag- og IKT kompetanse og at hver avdeling har en ansatt med dedikerte oppgaver innen IT (superbruker). Superbrukerne må være helsefagpersoner med god eHelsekompetanse, gis mulighet til selv å holde seg oppdatert og til å holde kurs/opplæring for de andre ansatte. Kurs kan med fordel holdes på tvers av avdelingene.

4.2.3 IT skal benyttes til samhandling internt og ekstremit

De ulike pasientjournalssystemene hos fastleger, kommuner og sykehus har hittil i liten grad kunnet benyttes til utveksling av helseinformasjon mellom systemene. Gjennom det nasjonale prosjektet Elin-K, (elektronisk informasjonsutveksling, kommune) har det blitt utviklet nasjonale standarder for utveksling av elektroniske meldinger (timebestilling, orientering om kommunale tilbud, legemiddelbruk, epikrise, avviks- og dødsfallsmeldinger og annen type informasjon) mellom de ulike fagsystemene. I tillegg til at helsepersonell får frigitt mye tid som nå brukes til innhenting av informasjon over telefon og innføring i eget fagsystem, bidrar elektroniske meldinger til å forbedre kvaliteten på informasjonsflyten. Alt dokumenteres i pasientjournalen og fare for feilføringer reduseres til et minimum.

Nasjonale kjernejournal er en IKT-basert løsning der autorisert helsepersonell som yter helsehjelp til en pasient får tilgang til et begrenset sett tilrettelagte kjerneopplysninger om pasienten, som utdrag fra EPJ. Eksempler på kjerneopplysninger er livsbergende kritisk informasjon (blodtype, allergier, etc.), gjeldende medisiner og kontaktoversikt/epikriser.

4.2.4 Vi skal bidra til å finne gode løsninger for innbyggerne basert på IT (velferdsteknologi)

Velferdsteknologi handler om teknologiske hjelpemidler som brukes av og støtter brukeren, enten brukeren er eldre, kronisk syk, funksjonshemmet eller fagarbeider i en kommune. Den kan brukes alene eller i samspill med andre. Teknologien kan være arbeidskraftsbesparende, som en robotstøvsuger eller en iPod med pleieplaner og data som effektiviserer arbeidet i hjemmetjenesten. Det kan være et hjelpemiddel som regulerer dører og vinduer eller som styrer skylle- og tørkefunksjon på et toalett. Kort sagt teknologiske produkter som kan effektivisere offentlige tjenester, og som kan bidra til at eldre kan bo hjemme lengre og funksjonshemmede bli mer selvstendige og selvhjulpne¹⁶.

¹⁵ KITH-rapport 1012:2010, Anbefalt eHelsekompetanse. Det kan på sikt være aktuelt å etablere et Personvernombud, se http://www.datatilsynet.no/tema/plates/article____1774.aspx

¹⁶ Definisjon ved Nordens Velfærdscenter (NVC), Nordisk ministerråd, sosial- og helsesektoren

Utgangspunktet for tjenestetilbudet i helse- og sosialsektoren er at pasient og bruker skal kunne få et godt tilbud når og der det er behov for det. Å tilrettelegge for elektroniske tjenester for effektivisering og kvalitetsheving innen pleie og omsorg er både enkelt og vanskelig. Undersøkelser viser at dagens pasienter både ønsker å kommunisere elektronisk, bestille konsultasjoner via web/sms og ha tilgang til sin journal¹⁷. Opplysningenes grad av sensitivitet stiller imidlertid høye krav til informasjonssikkerhet¹⁸. Det er også en forutsetning at sosial kontakt og omsorg ivaretas ved økt bruk av teknologi og hjelpemidler.

Det vil i tiden fremover være et økende behov for systemer som kan underlette helse- og omsorgspersonells daglige arbeid, som små håndholdte datamaskiner (PDA) som gir tilgang til å hente ut og legge inn pasientopplysninger ute hos pasienter, elektronisk prosedyreverk (PPS) med mer.

Det finnes i dag mange velferdshjelpemidler som er allment tilgjengelige gjennom hjelpemiddelsentralen, firmaer som Falck Igel eller i ordinære elektronikkforretninger. På Frydenborgsenteret er robotstøvsuger og muligheter for bruk av kabeltv-anlegget til sending av digitaliserte bilder og filmer fra Risør testet ut med gode erfaringer så langt. Andre steder er bl.a. GPS-teknologi i bærbare trygghetsalarmer for oppsporing og smarthusteknologi under utprøving. Det kan videre være aktuelt å ta i bruk løsninger for eksempelvis

- e-læring for ansatte, pasienter og pårørende (eks: internettsiden Helsefilm.no)
- videokonferanse til konsultasjon/opplæring (eks: Nasjonalt senter for telemedisin)
- tilbud om chat (eks: psykiatrisk barne- og ungdomspoliklinikk i Trondheim)



¹⁷ I en undersøkelse som ble gjennomført for Teknologi-rådet i april 2010 fremkommer følgende ønskeliste: Timebestilling hos fastlege: 85%; Fornyelse av resept og sykemelding: 73%; Få svar på prøver: 65%; Søke om/få henvisninger (til spesialist, sykehus m.m.): 50%; Stille spørsmål om sykdom og helse: 43%. Kommunen kan benytte styringsverktøyet for fastlegeordningen for å bidra til at slike ønsker imøtekommes. Mer om undersøkelsen på: <http://teknologiradet.no/FullStory.aspx?m=59&amid=9072>.

¹⁸ Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren er en samling krav og retningslinjer som skal bidra til tilfredsstillende informasjonssikkerhet hos den enkelte virksomhet og i sektoren generelt. Normen skal også bidra til å etablere mekanismer for å etablere gjensidig tillit til at øvrige virksomheters behandling av helse- og personopplysninger er forsvarlig. Normen supplerer gjeldende lover, men er ikke heldekkende. Helseregisterloven, personopplysningsloven og øvrig regelverk stiller krav til behandling av helse- og personopplysninger utover det som er tema for Normen.

Endringer frem mot 2020:

- Fornyet tilgang til Helsenett
- Ta i bruk elektronisk meldingsutveksling fra Gerica
- Samlet dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (Gerica)
- Ta i bruk moduler i Gerica for generering av arbeidslister, fakturering (trygghetsalarm, matombringning, hjemmehjelp, kortidsopphold osv) og PPS
- Ny nettportal med økte muligheter for selvbetjening og elektronisk kommunikasjon
- Utvide bruk av QM+ for avviksmelding og -saksbehandling
- Elektronisk bemanningssystem eTurnus for administrering av turnuslister, turnusavvik og vikarinnleie
- Ta i bruk PDA som gir tilgang til å hente ut og legge inn pasientopplysninger ute hos pasienter, elektronisk prosedyreverk med mer.
- Øke bruken av kabelnettet for formidling av kunst og kultur
- Bidra til økt bruk av smarthusteknologi
- Legge til rette for e-læring for ansatte, pasienter og pårørende, videokonferanse til konsultasjon/opplæring og tilbud om chat

4.3 SAMHANDLING OG INTERKOMMUNALE PROSJEKTER

Formålet med Samhandlingsreformen er mer helsetjenester og behandling der folk bor og tidligere og mer helhetlig behandling. Kommuner med mindre enn 20.000 innbyggere har ikke forutsetninger for å klare oppgavene som tillegges og det forutsetter interkommunalt samarbeid.

Noen hovedpunkter i reformen vil være:

- kommunal medfinansiering av sykehusopphold for eldre over 80 år
- kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter
- etablering av helsehus/lokalmedisinske sentra
- mer midler til folkehelsearbeid i kommuner og fylkeskommuner
- flere legestillinger til kommunehelsetjenesten



Det er etablert et interkommunalt samarbeid i Østre Agder i forbindelse med samhandlingsreformen. Tre interkommunale faggrupper er opprettet for videre utredning:

Faggruppe 1: Samfunnsmedisin

Gruppen kartlegger helsetilstanden i kommunene og anbefaler tiltak på kort og lang sikt, både primærforebygging og mer sekundærrettet tiltak. Utvikling av lokal forskningsstrategi er en del av mandatet.

Faggruppe 2: Folkehelse og forebyggende helsetjenester

Felles folkehelseplaner for alle kommunene. Plan og iverksetting av forebyggings- og kronikerprogram for ulike målgrupper (diabetes 2, Kols, hjerte/kar, lettere overvekt, angst/depresjon og kroniske smertetilstander m.m). Pilotvirksomhet igangsettes september 2010.

Faggruppe 3: Eldremedisin, tung habilitering og rehabilitering

Målgrupper er de med moderate og omfattende hjelpebehov (eldre, 80+ og andre grupper). Utrede konsekvensen og lage en konkret plan for kommunens økte medfinansieringsansvar for 80+ gruppen og økt ansvar for utskrivningsklare pasienter. Det er i tillegg et eget prosjekt innen IKT i regi av Helsedirektoratet.

Overordnet strategisk samarbeidsorgan (OSS), hvor Sørlandet sykehus HF, kommunene i Agder og brukerorganisasjonene er representert, vil være en viktig samhandlingsarena i tiden fremover.

Endringer frem mot 2020:

- Etablering av et rehabiliteringssenter. Sett i sammenheng med intensjonene i Samhandlingsreformen kan et slikt senter bli sentralt også for Østre Agder.
- Politisk forankret prosjekt i kommunesamarbeidet Østre Agder om hvordan interkommunalt samarbeid best kan utvikles i tiden framover.
- Flere legestillinger i kommunehelsetjenesten sees i sammenheng med kommunens behov for særskilt kompetanse og sykehjems- og kommunelegefunksjonen. Avtalene med nye og eksisterende fastleger gjennomgås for bedre ressursutnyttelse og forventningsavklaring.
- Kvalitetssikret informasjon om tjenester på kommunens hjemmeside og i kommunens ekspedisjon/sentralbord, samt skriftlig informasjonsmaterieell tilpasset brukernes behov
- Servicetelefon med loggføring og statistikk over hva henvendelsene dreier seg om for bedret kommunikasjon med brukere og pårørende. Det er naturlig å vurdere et slikt tilbud i sammenheng med prosjekt for gjennomgang av Enhet for støttefunksjoner¹⁹.

4.4 VIDERE FOKUS PÅ UNIVERSELL UTFORMING

Kommunens mange små hvite hus med bratte trapper og høye dørterskler øker presset på kommunens omsorgstjenester. Fysiske hindringer kan føre til et høyere hjelpebehov enn nødvendig for den enkelte bruker og dermed også høyere ressursbruk for kommunen.

Det er viktig å innrette boligen ute og inne slik at den oppfordrer til aktivitet, og det samme gjelder uteområder og offentlige arenaer. Miljøer hvor mennesker lett kan ferdes, og som samtidig innbyr til opphold, samvær og rekreasjon, medvirker til større sosial deltakelse og aktivitet.

¹⁹ KITH-rapport 1012:2010, Rapport Justeringer av den administrative organiseringen, 2010

Nye boligområder må planlegges både med universell utforming, som nå i stor grad følger av lovverket, og med tanke på fleksible boformer. Et nytt boligfelt bør bestå av både eneboliger, tomannsboliger og rekkehus/leiligheter. Slik kan variert bosetting med mennesker i alle aldre og livssituasjoner sikres, og det blir økt mulighet for å flytte internt i boligområdet ved endret livssituasjon, uten å miste kontaktnettet i nærmiljøet.

Endringer frem mot 2020:

- Bevisstgjøring om og tilrettelegging for universelt utformede boliger og boligområder må stå sentralt i kommunens planlegging, jfr Byggeteknisk forskrift, kap. 12²⁰
- Kommunen skal legge til rette for at den enkelte kan ta et større ansvar for tilrettelegging av egen bolig/oppføring av universelt utformet bolig
- Kommunen skal for egen del sørge for, og oppfordre utbyggere til, utnyttelse av Husbankens virkemidler for etablering av boliger med universell utforming/livsløpsstandard

4.5 FRIVILLIG/NETTVERK/AKTIV OMSORG/KULTUR

En sterk offentlig/kommunal sektor går hånd i hånd med en omfattende og aktiv frivillig sektor. Dette forholdet må videreutvikles i årene som kommer.

Aktuelle tilbud hvor frivilligheten kan spille en viktig rolle kan være måltidssituasjoner, fysisk aktivitet, kulturopplevelser, transport til ulike aktiviteter, hjelp til å utføre ærend med mer. Likemannsarbeid ovenfor kronikere og mennesker i endret livssituasjon.

Endringer frem mot 2020:

- Frivilligsentralen, seniorsentre, Brukerkontoret, dagtilbud og andre tiltak som fungerer forebyggende og utløser og koordinerer frivillig innsats må styrkes. Det etableres et prosjekt for å se på fremtidig samordning av frivillige ressurser. Organisert av Frivilligsentralen? Ønsket oppstart 2011
- Sterkere fokus på aktivisering, trivsel, kulturelle og sosiale tiltak krever større tverrfaglig bredde i omsorgstjenesten med større rom for aktivitører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosialarbeidere, pedagoger, kunstnere med mer. Bevisst bruk av frivillige som *styrking* av og ikke *erstatning* for fast tjenestetilbud/personal
- Økt brukermedvirkning i utforming av tjenestene både på systemnivå og individnivå
- Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldrerådet kan med fordel slås sammen for bedre utnytting og formidling av kompetanse og ressurser. Fokus bør være på fleksible løsninger for alle, uavhengig av alder. Faste treffpunkter med Omsorgsenhetens ledelse

4.6 ØKT SATSING PÅ HJEMMETJENESTER OG EGNEDE BOLIGER

Basert på befolkningsframskriving fra SSB for kommunen fram mot 2020 bør kapasitetsveksten komme innen hjemmetjenester og egnede boliger. Parallelt med dette planlegges det kapasitetsvekst innen institusjon/heldøgns pleie og omsorg for å møte veksten i den eldste gruppen fra 2020 mot 2030.

Risør kommune har allerede et svært høyt antall eldre. De siste 10 årene er det imidlertid i gruppen under 67 år hvor behovsøkningen har vært størst. Ser man på gruppen 80+ i dag er den på 413 personer. I perioden frem mot 2020 blir det en liten nedgang på 42

²⁰ <http://www.lovdato.no/cgi-wiift/ldles?doc=/sf/sf-sf-20100326-0489.html>

personer. Den dramatiske økningen frem til 2020 skjer i aldersgruppen 70-79 år, og i gruppen 80+ det påfølgende 10-året.

Anbefalt dekningsgrad tilsier at kommunen bør tilby 25% med heldøgnsstilbud til personer over 80 år. Dette skulle innebære at Risør skulle hatt 103 plasser med heldøgns pleie- og omsorgstjenester. En dekningsgrad på 20% tilsier at kommunen i dag skulle hatt 82 plasser med heldøgnsstilbud til personer over 80 år. Med disse dekningsgradene til grunn er det behov for 74 og/eller 92 plasser med heldøgnsstilbud i 2020. For 2030 betyr den samme beregningen et behov for 116 plasser og/eller 145 plasser med heldøgnsstilbud.

Kommunen har 70 plasser ved Frydenborgsenteret. God utnyttelse og samordning av institusjonsplasser og omsorgsboliger gjør at man likevel klarer å gi et tilfredsstillende tilbud med dagens antall plasser. Den siste tiden har Frydenborgsenteret hatt ledig kapasitet.

Sykehusene har de siste årene hatt en økning i antall behandlede pasienter og antall liggedøgn går ned. Stadig flere behandles poliklinisk. Denne utviklingen fører til endringer i kommunehelsetjenesten både når det gjelder kompetanse, kapasitet og tjenestetilbud. En konsekvens av Samhandlingsreformen kan være at en dekningsgrad på 25% for heldøgns plasser er aktuell å legge til grunn i framtidig planlegging, jfr pkt 3.2.2.

Kommunen kan imidlertid ikke ”bygge seg ut” av utfordringene knyttet til økt antall innbyggere med behov for kommunale omsorgstjenester. Høye kostnader knyttet til en institusjonsplass²¹ og det faktum at brukerne uttrykker ønske om å bli boende lengst mulig i eget hjem, forutsatt at de opplever dette som trygt, tilsier ytterligere satsing på hjemmetjenester²².

²¹ Av omsorgsenhetens budsjett for 2010 på netto 74,5 mill, går ca. halvparten med på å betjene 70 sykehjemsbeboere. Den andre halvparten går med til å betjene ca. 350 brukere i eget hjem.

²² Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner, utredning Senter for økonomisk forskning har utført på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet konkluderer at hjemmetjenesteorienterte kommuner har lavere ressursbruk enn institusjonsorienterte kommuner, uten at det går ut over kvaliteten. Hjemmetjenestorientering fremstår som mer effektivt i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.



Effektiv bruk av hjemmetjenester må imidlertid veies opp imot brukers tjenestebehov og bosted, slik at transport ikke tar en uforholdsmessig stor del av ressursene. Fordeler ved nærhet til tjenesteutøver øker i takt med tjenestebehov, og det må være tilstrekkelig tilgang på hensiktsmessige boliger. Kapasitetsveksten må dessuten også skje gjennom økt dagtilbud, bruk av hjelpemidler i hjemmet, brukermedvirkning, samarbeid med pårørende og frivillige og egnede boliger.

Sykehjem vil fortsatt være det tilbudet som ligger øverst i omsorgstrappa. Målgruppen er personer med demens som ikke kan bo i bolig med service eller tilrettelagt bokollektiv, og andre med komplekse eller særlig omfattende pleie- og omsorgsbehov. Økte krav til behandling, pleie og omsorg for denne gruppen vil kreve økte medisinske ressurser.

Tradisjonelt må brukeren, etter hvert som behovet for tjenester øker, stadig klatre videre i omsorgstrappa for å komme til tjenestene. Ønsket fremtidig situasjon tilsier at når brukeren har en egnet bolig, slipper de fleste å flytte til tjenestetilbudet, i stedet kommer tjenestene til brukerne.

Trygghet er en grunnleggende forutsetning for god livskvalitet. Tjenestene må utformes og utføres slik at de stimulerer til og støtter opp om å opprettholde den enkeltes egen evne til å mestre hverdagen og derigjennom bidra til opplevd trygghet.

Frydenborgsenteret har døgnbemanning, og kombinasjonen av institusjonsplasser og leiligheter er fornuftig økonomisk så vel som faglig. Personalet utnyttes mest mulig fleksibelt og det er utviklingsmuligheter for et robust fagmiljø. Dette er spesielt viktig sett i lys av de utfordringene bl.a. Samhandlingsreformen vil gi kommunen i årene som kommer.

Tjennasenteret er attraktivt først og fremst på grunn av nærheten til sentrum. Senteret har imidlertid mange små hybler og leiligheter som ikke nødvendigvis tilfredsstiller dagens/fremtidige krav og behov både i forhold til størrelse og utforming. Ulike tiltak for å øke trygghetsfølelsen og redusere ensomheten blant beboerne bør utredes.

Andelen psykisk syke har økt de siste årene. Opptrappingsplanen har gitt kommunen anledning til både å styrke bemanningen og å bygge boliger til denne gruppen. Omleggingen av tilbudet på 2. linjenivå, med en betydelig reduksjon i antall sykehussenger, har gitt kommunen ansvaret for flere brukere med mer omfattende problemer enn tidligere. Økningen er størst i gruppen yngre med kombinasjonen psykiatri/rus. Det er behov for et bofellesskap med bemanning innenfor dette feltet.

Over mange år er det utviklet institusjonstilbud og boformer i den kommunale helse- og sosialtjenesten med mange ulike navn, betegnelser og ordninger. Utvalget ”Innovasjon og omsorg” skal gjennomgå og systematisere de ulike institusjons- og boformene til pleie- og omsorgsformål, med sikte på å standardisere betegnelser og forenkle statistikk og regelverk.

7 gode råd for å bygge moderne omsorgsboliger²³:

- 1) Tenk samarbeid på tvers av sektorer
- 2) Velg sentral beliggenhet
- 3) La omsorgssenteret bli et lokalt møtested
- 4) Planlegg for alle på samme sted
- 5) Skap omgivelser som stimulerer til aktive eldre
- 6) Skap trivsel og arbeidsglede blant de ansatte
- 7) Bruk ny teknologi

Endringer frem mot 2020:

- Hjemmetjenestene videreutvikles
- Frydenborgsenteret videreutvikles som kommunens hovedbase for omsorgstjenester. I området rundt senteret er det gode muligheter for utvidelse både med hensyn til flere boenheter, dagtilbud, hjelpemiddellager m.m.
- Bemannet bofellesskap innen psykisk helse og rus i tilknytning til Frydenborgsenteret
- Fremtidig bruk av Tjennasenteret som et ”betjent” omsorgs- og aktivitetssenter for eldre utredes i eget prosjekt. Tjennasenteret som ”boliger med service”, med ”husmor/-far” og aktiv bruk av frivillige vurderes
- Sentrumsnære utbyggingsprosjekt er attraktive med tanke på utnyttelse av Husbankens investeringstilskudd til omsorgsboliger og avtale om kommunal fremleie/tildeling
- Kommunalt boligkontor med oversikt over kommunale boliger og boligbehov i befolkningen
- Alternative drifts- og eierformer, hvor det private og offentlige utfyller hverandre, vurderes fortløpende. Etablering av en Boligstiftelse kan være formålstjenlig

4.7 KOMPETANSE OG REKRUTTERING

En av de viktigste utfordringene fremover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak, dernest å legge til rette for et fleksibelt system hvor ansatte får jobbe med det de mestrer best.

Videreutvikling av forholdet til UIA og undervisningssykehjem/-hjemmetjenester slik at behovet for riktig kompetanse ivaretas på en god måte bør skje i samarbeid med sykehuset. Samarbeidsavtaler med Sørlandet sykehus HF er utarbeidet og evalueres/videreutvikles kontinuerlig. Kommunen og Sørlandet sykehus HF deltar også i et interkommunalt kompetanse- og rekrutteringsprosjekt i regi av KS. Prosjektet løper ut 2011. Prosjektet fokuserer på områdene palliativ behandling, nettverksbygging og rehabilitering.

Endringer frem mot 2020:

- Videreutvikle det som fungerer godt innen disponering og sammensetting av ansatte
- Videreutvikle forholdet til Senter for omsorgsforskning Sør, Universitetet i Agder (UiA) og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Grimstad, som er viktige bidragsytere i fremtidig kvalitetsutvikling
- Kommunal kompetanse- og rekrutteringsplan for en samlet kommunal strategi for å dekke kompetanse- og rekrutteringsbehov i planperioden.

²³ Dokumentet Omsorgs-politikk for morgendagens eldre og omtale ligger på norskform.no/eldrebolgen

En målsetting om økte stillingsstørrelser og lærlingplasser bør stå sentralt i planen, både for å sikre fremtidig rekruttering og kontinuitet i tjenestene.

- Kommunens attraksjonskraft som arbeidsgiver økes gjennom fokus på ufrivillig små stillingsstørrelser, turnus, etterutdanning, lærlingordninger med mer
- Kompetanse og bemanning ved Rehabiliteringssenteret kan sees i sammenheng med kommunens øvrige virksomhet

4.8 ØKT SATSING PÅ DAGTILBUD OG AVLASTNING

Kommunens dagtilbud bør organisatorisk samles i en avdeling. Enkelte tilbud bør gis i tilknytning til Frydenborgsenteret, mens andre vil være naturlig å lokalisere andre steder. Avlastning for pårørende bidrar til økt trygghet og bedre muligheter for å bli boende hjemme.

Framtidig dagtilbud ble utredet i 2008. Hovedprinsippet for organiseringen som er foreslått er at tilbud organiseres ut fra den enkelte brukers behov og forutsetninger, på tvers av diagnosegrupper. Med dette som utgangspunkt foreslås at det samlede dagtilbudet organiseres under én ansvarshavende. Hovedelementene i organiseringen er:

- Lærings- og aktivitetssenter
- Arbeidstilbud (VTA-plasser mv)
- Skjermet tilbud for personer med demens
- Diverse aktivitetstilbud

Avlastningstilbud for pårørende bidrar til å øke muligheten for at personer med omfattende omsorgsbehov kan bli boende i eget hjem. Avlastning og dagtilbud bidrar også til økt trygghet og å forebygge/utsette behov for mer omfattende kommunale tjenester. Tilbudet kan være i form av dag - eller døgnopphold i institusjon eller andre steder. Avlastning kan også skje i hjemmet ved at en person kommer hjem til den omsorgstrende. Dette har kommunen prøvd ut en tid med svært gode erfaringer.

Endringer frem mot 2020:

- Samlet organisering av dagtilbud, hvor frivillig innsats utnyttes bedre
- Flere arbeidstilbud (VTA-plasser, som Lisand/Durapart) og andre arbeids- og kvalifiseringstilbud som faller inn under NAVs ansvarsområde.
- Flere tilrettelagte aktivitets- og arbeidstilbud (som arbeidspatrulje/arbeidsskole), noen med kontinuerlig tilsyn
- Dagsenter med sansehage for hjemmeboende eldre i tilknytning til avdeling for personer med demens
- Bedret opplæringstilbud ihht opplæringsloven, med alternative læringsarenaer (rus, psykiatri)
- Flere opplæringstilbud med sikte på økt mestring
- Sosiale tilbud og lavterskeltilbud, herunder fysisk aktivitet
- Flere korttids- og avlastningsplasser, jfr. pkt 4.1

1) Statlige tilskuddsordninger

Husbanken vil stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming²⁴. Tilskuddet kan gis til oppføring, kjøp, ombygging og utbedring av:

- Sykehjemsplasser, herunder palliative enheter eller boform for heldøgns omsorg og pleie
- Institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester
- Omsorgsbolig til personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester
- Det kan gis tilskudd til fellesareal, herunder areal for dagaktivitetstilbud i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger for å oppnå heldøgntjenester.

Dersom det innvilges investeringstilskudd til omsorgsboliger, kan det ikke gis boligtilskudd i tillegg. Det kan gis tilskudd til:

- 20% av godkjente anleggskostnader til omsorgsboliger med fellesareal begrenset oppad til kroner 444.400 (gjelder fra 1.1.2011, justeres årlig) pr bolig.
- 30% av godkjente anleggskostnader for sykehjem, herunder palliative enheter og boform med heldøgns omsorg begrenset oppad til 666.600 (gjelder fra 1.1.2011, justeres årlig) pr plass.
- Inntil 30% av godkjente anleggskostnader til nødvendig fellesareal for å yte heldøgntjeneste i eksisterende omsorgsboliger.

Kostnadstak pr enhet utgjør fra 1.1.2011 kroner 2.222.000. Dvs at kostnader utover dette ikke utløser mer i tilskudd.

Ved ombygging/utbedring av sykehjemsplasser er maksimumstilskuddet noe lavere enn ved nybygging. Dersom samfunnsnyttens av en ombygging er særlig stor kan det gis maksimumstilskudd som ved nybygging. Kriterier for dette fastsettes nærmere i en veileder. Øvre grense for anleggskostnader kan justeres årlig av Kommunal- og regionaldepartementet i forbindelse med statsbudsjettet. Husbanken har utarbeidet ny veileder som hjelpemiddel for kommunene for utforming av omsorgsboliger og sykehjem med eksempler på boliger som er tilpasset ulike brukergrupper: Rom for trygghet og omsorg.



²⁴ Se Husbankens hjemmeside for mer informasjon <http://www.husbanken.no/>

Frigitt 31. august 2007
© Statistisk sentralbyrå

2) Botilbud innenfor pleie- og omsorgstjenester

Rundt 18 prosent av eldre 80 år og over har et kommunalt heldøgnsstilbud, fortrinnsvis i sykehjem. Bare et fåtall i aldersgruppen bor i heldøgnsbemannet bolig. Plasser i institusjoner og heldøgnsbemannede boliger svarer nå til 27 prosent av befolkningen 80 år og over. Dermed er målsetningen i tidligere stortingsmeldinger om heldøgns botilbud nådd.

Det gjennomsnittlige belegget av institusjonsplasser (hovedsakelig sykehjem) er på 98 prosent på landsbasis. Enkelte kommuner har imidlertid overbelegg. Kommunene kan også ofte tilby heldøgnsbemannede boliger i tillegg. I noen kommuner erstatter slike boliger de fleste plasser i institusjon.

Tallene viser at heldøgnsbemannede boliger i større grad er et tilbud for personer under 80 år. Beboere over 80 år utgjør drøyt en tredjedel av beboere i heldøgnsbemannede boliger. På landsbasis bor 4 prosent av innbyggerne 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning. Slike boliger kan være et viktig supplement til sykehjem, spesielt for de som har et stort pleiebehov, men ikke er avhengig av det mer omfattende tilbudet som sykehjem gjerne representerer.

2.1 BOLIGER (HJEMMEBOENDE)

2.1.1 Kommunalt disponert bolig til pleie- og omsorgsformål

Dette kan være omsorgsboliger eller andre boliger kommunene enten eier eller har mulighet til å tildele. Det stilles kun krav til fysisk tilrettelegging i omsorgsboligene, ikke for de øvrige boligene. Det betales husleie for boligen, og mottakeren av bolig anses som hjemmeboende. Eventuelle hjemmetjenester kan gis i tillegg i form av et visst antall timer per uke til hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand, for eksempel hjemmehjelp. Vanligvis vil personell fra hjemmetjenestene dra rundt til de ulike pleie- og omsorgsboligene, slik de gjør til de som bor i sin egen private bolig. Beboerne bruker egen fastlege.

2.1.2 Bemannet bolig

Noen av boligene er bemannet hele eller deler av døgnet. I de heldøgnsbemannede boligene vil beboerne ha rask tilgang til hjelp, slik tilfellet er på sykehjem. For boliger stilles det imidlertid ikke de samme krav til personellens kompetanse og organisering som det gjøres for sykehjem. Her er det opp til den enkelte kommune å avgjøre ressursinnsats og kompetansenivå. De fleste kommuner har blant annet heldøgns hjemmesykepleie som kan bistå personalet i boligen.

2.1.3 Omsorgsbolig

Omsorgsboliger inngår i de kommunalt disponerte boligene til pleie- og omsorgsformål. Dette er boliger kommunen har mottatt lån fra Husbanken for å bygge, og de skal være tilrettelagt for funksjonshemmede. På samme måte som for de andre boligene er det ikke automatisk knyttet tjenester til omsorgsboligene. Eventuelle tjenester gis som tilleggsvedtak. Det forutsettes imidlertid at kommuner med omsorgsboliger har heldøgns hjemmesykepleie som kan settes inn ved behov.

2.2 INSTITUSJONER

Det mest omfattende heldøgnsstilbudet gis i institusjoner. Institusjoner for eldre og funksjonshemmede deles inn i følgende grupper:

- 1) sykehjem
- 2) sykehjem kombinert med statlig virksomhet (spesialisthelsetjenesten som sykestue, fødestue med mer)
- 3) kombinerte sykehjem/aldershjem
- 4) boform med heldøgns omsorg og pleie (som er godkjent/hjemlet som institusjon)
- 5) aldershjem
- 6) barneboliger
- 7) avlastningsinstitusjoner/-boliger

Sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie er hjemlet med grunnlag i lov om helsetjenesten i kommunene, mens aldershjem, barneboliger og avlastningsinstitusjoner/-boliger hjemles med grunnlag i lov om sosiale tjenester. For sykehjem og boform med heldøgns omsorg stilles det krav til blant annet organisert tjeneste for leger, fysioterapeuter og sykepleiere. I alle institusjoner under punkt 1-5 betaler beboerne vanligvis vederlag for langtidsopphold, aldri husleie. Avlastningsopphold og plass i barneboliger er gratis for både beboer og pårørende.

I Stortingsmelding 50 (1996-1997) påpekes det at dekningsgraden for heldøgns omsorgstilbud bør være 25 prosent av antall innbyggere 80 år og over: *”Det er de nærmeste årene lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25 prosent av befolkningen 80 år og eldre.”*

Det var ment at målsettingen skulle oppnås dels ved tilbud om opphold i institusjon, dels ved at det i omsorgsboliger skulle tildeles hjemmetjenester etter behov og om nødvendig hjemmetjenester hele døgnet. Dette ble gjentatt i Stortingsmelding 31 (2001-2002). Målet for handlingsplanen var da: *”at alle kommuner som har søkt om det, gjennom handlingsplanen skal få mulighet til å bygge opp et tilbud om heldøgns pleie og omsorg svarende til 25 prosent av befolkningen over 80 år, enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig.”*

I Stortingsmeldingen understrekes det videre at behovsanslaget gjelder folk i alle aldersgrupper som har behov for heldøgns omsorg og pleie, ikke bare de som er over 80 år. De 25 prosentene må derfor tolkes som et antatt behov for heldøgns omsorg i kommunens totale pleie- og omsorgstilbud. En dekningsgrad på 25 prosent av de over 80 år er tenkt å ligge så mye over det reelle behovet for denne gruppen at det også er kapasitet til å dekke heldøgns omsorg for de under 80 år. Det faktiske behov vil variere i kommunene, blant annet som følge av innbyggernes aldersfordeling og generelle helsetilstand.

Foreløpige tall for 2006 viser at landet som helhet har oppfylt målsettingen fra tidligere stortingsmeldinger om 25 prosent dekning. Dersom vi legger sammen plasser i kommunen og bebodde plasser i bolig med heldøgns bemanning, svarer dette til 27 prosent av befolkningen over 80 år.

De fleste eldre som får tilgang til kommunal bolig, bor i bolig uten bemanning hvor det kan tildeles besøk av hjemmetjenesten et begrenset antall timer per måned. Mens institusjonene i stor grad er bebodd av eldre personer, er det i hovedsak heldøgnsbemannede boliger som tildeles yngre aldersgrupper. I 82 kommuner er andelen innbyggere 80 år og over som bor i heldøgnsbemannet bolig, under 1 prosent.

3) IT strategiplan

Sykehjem er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, mens aldershjem hjemles med grunnlag i lov om sosiale tjenester. For sykehjem, som særlig er beregnet på de mest pleietrengende, stilles det krav til blant annet organisert tjeneste for leger, fysioterapeuter og sykepleiere. For boliger gjelder ikke tilsvarende krav til kompetanse eller bemanningsordninger, bortsett fra at kommunene skal ha heldøgns hjemmesykepleie.

Dekningsgrader og reell bruk av bolig- og institusjonstilbud i %	Lands- gj.snitt 2007	Risør 2006	Risør 2009
Plasser i institusjon og bolig med heldøgns bemanning i % av innbyggere 80 år og over	27,0	16	17
Andel beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 80 år og over	45,6	59,6	
Andel beboere 80 år og over i institusjoner			81
Andel innbyggere 80 år og over som bor i bolig med heldøgns bemanning	4,0	0	
Andel beboere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning	38,6	0	0
Andel beboere i bolig med heldøgns bemanning i % av boliger til pleie- og omsorgsformål	35,1	0	
Plasser i institusjon i % av innbyggere 80 år over	18,9	15,9	16,9
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	14,3	14,1	12,3

Kilde: KOSTRA, foreløpige tall 2006 og Tabell 04905: F. Pleie og omsorg - nivå 2 (K)/SSB

Antall kommuner med stor andel heldøgns plasser sett i forhold til innbyggere 80 år og over	Ant. kommuner
Mer enn 20 prosent av innbyggere 80 år og over i institusjon	29
Mer enn 15 prosent av innbyggere 80 år og over i heldøgnsbemannet bolig	15
25 prosent eller mer av innbyggere 80 år og over i enten institusjon eller heldøgnsbemannet bolig	81
Større andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns omsorg enn i institusjon	42

• Tabell 1 Heldøgnsbemannet botilbud i kommunene, 2006, foreløpige tall (Endret 31.08.2007)



IT- Strategi		Enhet	Enhet for omsorg	År	2010 - 2014									
		Ansvarlig	Per Chr Andersen/ Ståle Sjaavaag	Dato	september 2010									
Visjon og idé				Hovedmål og strategier										
IT løsninger skal bidra til bedre kvalitet og understøtte arbeidsoppgaver slik at mer tid kan brukes på pleie og omsorg				IT skal understøtte administrative oppgaver IT skal benyttes til samhandling internt og eksternt Vi skal ta i bruk velferdsteknologi										
Satsningsområder		Gevinster Type gevinst For hvem		Utfordring	Økonomi/finansiering		Organisering							
Elektronisk pas journal Elektronisk samhandl Elektronisk turnus Fakturering i Gerica Velferdsteknologi Trådløse løsninger		S, K Ø, S, K Ø, S, K Ø, K S, K Ø, S Ø = økonomi S = sosialt arbeid K = helse		A, B A, B L, A L, B B A L = ledelse B = bruk S = støtte	Informasjonssikkerhet Helsenett/ få alle med Kopling mot <u>agresso</u> , interne rutiner (se over) Finansiering Økonomi, teknologi	Budsjettert Omsorg <u>Må budsjetteres DDØ/ Risør</u> Budsjettert DDØ <u>Må budsjetteres</u> Finansieres gj. Fylkeskom/KS <u>Handlingsprogram</u>		Egen organisasjon, hjelp fra DDØ <u>DDØ prosjekt med støtte fra Arendal</u> <u>DDØ prosjekt – lokal prosj. gruppe</u> Stab KS med Arendal, <u>Sogndalen</u> og Lindesnes <u>Lokalt prosjekt med DDØ</u>						
Kritiske suksessfaktorer • Forankring i ledelse • Forankring i ansatte • Digital Kompetanse • Innovativ tenkning • Gevinstrealisering				Handlingsplan	Ansv.		Periode: 1. halvår 2010 – 1. halvår 2014							
							2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
				Elektronisk journal			✓	✓						
				Meldingsløftet				✓	✓	✓				
				Elektronisk turnus			✓	✓	✓					
				Velferdsteknologi				✓						
				Fakturering						✓	✓			
				Trådløs teknologi (PDA)							✓	✓		

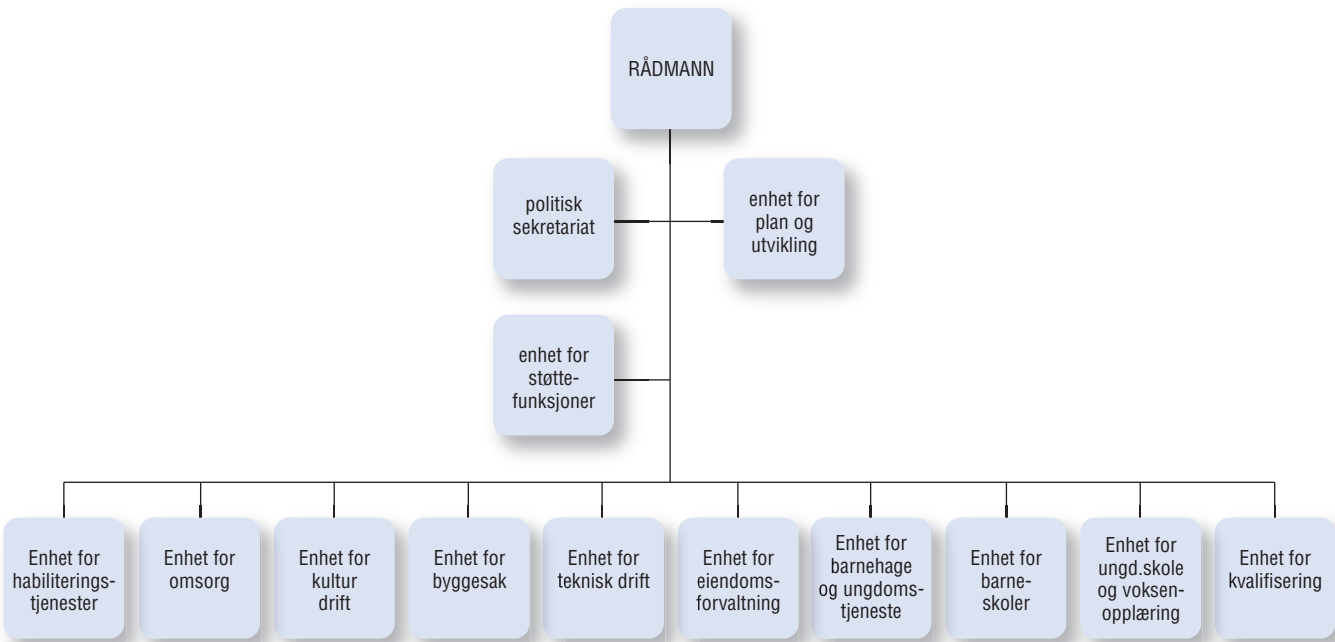


4) Dagens tilbud og organisering av kommunens omsorgstjenester

Aktuell informasjon om tjenestene og kontaktopplysninger er tilgjengelig på kommunens hjemmeside, <http://www.risor.kommune.no>, eller via kommunens sentralbord, tel. 37 14 96 00.
Håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen finnes på www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg. Håndboken finnes på en rekke ulike språk.

4.1 KOMMUNENS OVERORDNEDE ORGANISERING

Risør kommunes tjenesteyting er organisert i 10 driftsenheter som rapporterer til rådmannen. Omsorgstjenestene er hovedsakelig organisert i Enhet for omsorg og Enhet for habilitering, mens helse- og sosialtjenestene hovedsakelig er organisert under Kvalifiseringsenheten.



4.2 FYSISKE RAMMER OG RESSURSER

4.2.1 Universell Utforming (UU)

Tradisjonelt utformes omgivelsene for mennesker med alle sanser og funksjoner i behold, mens store deler av befolkningen har midlertidige eller varige funksjonsvansker i form av allergi og astma, nedsatt bevegelse, syn, hørsel eller forståelse. UU innebærer at produkter, bygg og uteområder som er i alminnelig bruk skal utformes slik at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte. Risør kommune er blant Miljøverndepartementets ressurskommuner og har siden 2005 mottatt statlige midler for å fremme UU. I Risør er det spesielle utfordringer knyttet til å samtidig ta hensyn til verneverdig bebyggelse og miljøestetisk plan. UU som målsetning er befestet i Kommuneplanen, og det har de senere år vært gjort en rekke tilgjengelighetsfremmende tiltak.

4.2.2 Frydenborgsenteret

Frydenborgsenteret er kjernen i kommunens omsorgstjeneste. Frydenborgsenteret har 70 institusjonsplasser, hvorav 32 plasser i avdeling for personer med demens, 32 plasser i avdeling for somatikk, og 6 kortidsplasser. Til senteret er knyttet 28 omsorgsleiligheter som disponeres av omsorgsenheten. Videre ligger Kontaktsenteret ved avdeling for psykisk helse her. Frydenborgsenteret rommer også omsorgsenhetens administrasjon, kjøkken, kantine/kafeteria, treningsrom, vaskeri med mer. Frydenborgsenteret ble bygd ut og modernisert i 2001 og har høy standard.

4.2.3 Tjennasenteret

Tidligere Risør Alderssenter ble gjort om til leiligheter i 2005. Senteret har 55 leiligheter av varierende standard.

4.2.4 Kommunale utleieboliger

Det er 149 kommunale utleieboliger. Boligutvalget fatter vedtak om tildeling ihht fastsatte retningslinjer. Enhet for eiendom har ansvar for visning av leiligheten, utlevering av nøkkel, inngåelse av kontrakt, fakturering av husleie (fastsatt av bystyret) og vedlikehold. Leilighetene er umøblert, og det følger ikke vaktmestertjenester til leieforholdet.

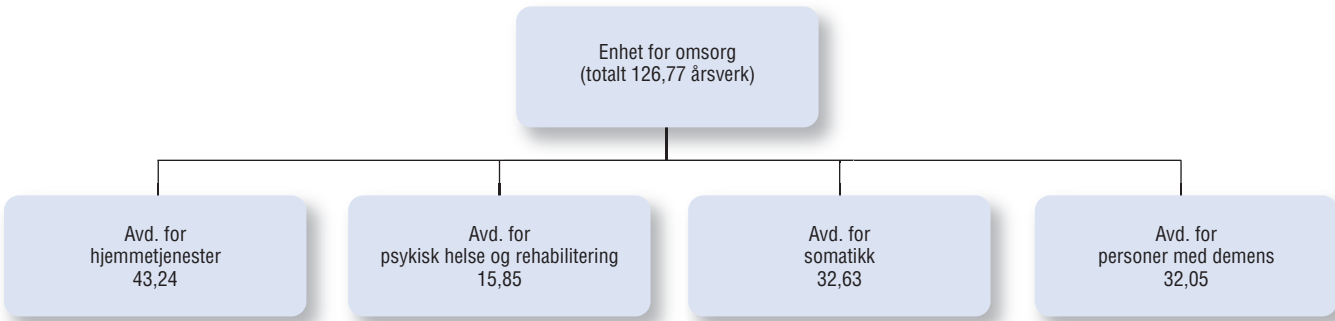
4.2.5 Tilrettelegging av bolig for personer med nedsatt funksjon

Husbanken kan bl.a. gi veiledning, lån og tilskudd i forbindelse med utbedring og tilrettelegging av bolig for funksjonshemmede, eller ihht kravene til Universell Utforming. NAV (småreparasjoner) og Økonomikontoret (større utbedringer) formidler informasjon om disse ordningene og kan bistå i å skrive søknad. Ergoterapeuten vurderer behov for utbedringer og har sammen med oppsynsmannen/Enhet for eiendom møte med Husbankens arkitekt og utarbeider søknad. Det er arkitekt eller snekker som utarbeider selve byggesøknaden.

4.3 ENHET FOR OMSORG

Hoveddelen av kommunens omsorgstjenester ligger til Enhet for omsorg. I tillegg gis en rekke tjenester innen omsorgsfeltet av andre kommunale og ikke-kommunale instanser, ofte i tett samarbeid med Enhet for omsorg.

Enhet for omsorg er delt i 4 avdelinger (tallene angir antall årsverk 2010):



4.3.1 Administrasjon Enhet for omsorg

Omsorgsenhetens administrasjon består av enhetsleder, en saksbehandler og en sekretær. Administrasjonen har bl.a. ansvar for administrering av nedenstående ordninger.

- **Tilsynslege på sykehjemmet**

Pasienter som bor i institusjon følges opp av den tilsynslegen som er knyttet til den aktuelle avdeling. Det er tilsynslege på Frydenborgsenteret 3 dager i uka. Tilsynslegefunksjonen skal dekke behovet for medisinskfaglige vurderinger i forbindelse med rehabilitering der, og bidrar også til en viss grad på systemnivå med planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenester i kommunen.

- **Tannhelse**

Beboerne i institusjon med opphold på mer enn 3 måneder har rett til gratis tannhelse-tjeneste. Minimum hver 6. måned kommer tannpleier til Frydenborgsenteret. Pasientene som trenger behandling hos tannlege vil få fortløpende innkalling til tannklinikken. I tillegg til pasientbehandling, gir tannpleier råd og veiledning til personalet. Ved behov for vurdering eller behandling utenom de faste kontrollene, tar personalet i avdelingen kontakt med tjenesten. Tannlege kommer i enkelte tilfeller til Frydenborgsenteret for å utføre behandling. Brukere av hjemmetjeneste minst 1 gang/uke i 3 måneder har samme rettigheter som institusjonsbeboere. Gratis tannbehandling tilbys dessuten via fylket til psykisk utviklingshemmede og personer innen kommunal rusomsorg gjennom Offentlig tannhelsetjeneste²⁵.

- **Trygghetsalarm**

Alarm kan tildeles permanent eller for en avgrenset periode. Kommunen leier alarmer og kjøper alarmmottakstjeneste med helsepersonell fra privat leverandør, og ved behov for personassistanse kontaktes hjemmesykepleien som rykker ut. Røykvarsling brukes hos mennesker med nedsatt forståelse av hvordan de skal håndtere et branntilløp eller der det er andre årsaker til at de ikke får varslet dette selv. Disse kan knyttes til pårørende, naboer eller direkte til brannvesenet.

- **Transporttjeneste for funksjonshemmede (TT) (drosjelapper)**

Fylkeskommunal støtte til utgifter ved bruk av drosje til personer med varig og betydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne. Kommunens transportnemnd (brukerrepresentant, kommunelege, leder for hjemmetjenesten og saksbehandler for omsorgsenheten) behandler søknader.

4.3.2 Avdeling for hjemmetjenester

- **Pleie og omsorg utenfor institusjon – Hjemmesykepleien**

Avdelingen har ca 70 ansatte, og 200 – 250 brukere. For å møte behovet for mer spesialiserte tjenester, er hjemmesykepleien organisert i 4 spesialteam: Demens, Kreft, Hjerte-/karsykdommer og Rehabilitering. I tillegg er det 4 ”allround” team.

- **Tidsbegrenset opphold i institusjon – Korttid/avlastning**

Enhet på Frydenborgsenteret med 6 plasser. Korttidsavdelingen disponeres av hjemmetjenesten og bidrar til å kunne gi et godt tilbud til hjemmetjenestens brukere, da de på kort varsel kan tas inn for kortere perioder ved behov. Organiseringen bedrer også samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Gratis rullerende avlastning

hver 5. uke tilbys brukere med ektefelle/partner med særlig tyngende pleieoppgaver i hjemmet.

- **Praktisk bistand – daglige gjøremål (Hjemmehjelp)**

Dette er ofte brukerens første møte med hjelpapparatet, og det er med på å gi bruker mulighet til å bo lengre hjemme. Det er økende etterspørsel etter tjenestene fra brukere i psykiatrien. Tjenesten består stort sett i gulvvask, støvsugning og vask av bad/wc. Tjenesten gis 2 – 3 dager pr måned i 1 til 1½ time pr. gang. Kommunen tar en egenandel på denne tjenesten.

- **Dagsenter for hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten**

Dagopphold i institusjon (Dagsenter), pr i dag uten fast tilholdssted. Tjeneste som tilbys brukere av hjemmetjenesten 4 dager i uken, i snitt 8 brukere pr dag som hentes av dagsenterbussen, får frokost, tilrettelagte aktiviteter og/eller turer og middag på senteret før de bringes hjem. Tjenesten gir avveksling og sosial omgang for brukere og avlaster familier som yter bistand i hjemmet. Ambulerende dagtilbud en dag i uken er én til én oppfølging (ærend, hjemmebesøk osv.) i 1-1 1/2 time minimum en gang i måneden, evt som tillegg til ordinært dagsenter. De fleste brukerne lider av demens i større eller mindre grad.

²⁵ Tilbud til personer innen rusomsorgen har tilkommet etter utgivelse brosjyren som finnes på fylkeskommunens nettsted: <http://www.aus-tagderfk.no/PageFiles/7808/Tannhelsetjenesten.pdf?epslanguage=no>.



4.3.3 Avdeling for Psykisk helse og rehabilitering

Avdelingen har totalt 16 årsverk med stor faglig bredde. Kommunen har gjennom de siste års reformer fått utvidet ansvar for mennesker med psykiske lidelser. Samtidig har Opptappingsplanen for psykisk helse (2007-2010) bidratt til økning i antall årsverk. Det er i dag ca 100 brukere med oppfølging fra avdelingen.

Majoriteten av disse er svært dårligfungerende og har et bredt og sammensatt hjelpebehov. Mange sliter med rusmiddelproblematikk. Avdelingen samhandler tett med kommunens fastleger gjennom faste samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter, og med Sørlandet sykehus.

Avdelingen er representert i kommunens barne- og ungdomsteam som har som oppgave å fremme psykisk helse hos barn og unge. Kommunen har også helsestasjon for barn og unge.

- **Psykisk helseteam**

8,35 årsverk, inkludert 1% psykiater. Inkluderer f.ø. bemanning i hjemmetjeneste og Kontakt- og aktivitetssenter. Tilbyr årlig kurs (8 ganger av 2,5 timer) i depresjonsmestring med oppfølgingsmøter etter henvisning fra fastlege/behandler/ helsetjeneste.

- **Miljøarbeidertjenesten**

Miljøarbeidertjenesten retter sine tiltak hovedsakelig mot boligene som er knyttet til Frydenborgsenteret og har et tett samarbeid med den mer spesialiserte dagtjenesten.

- **Kontakt- og aktivitetssenter**

Åpent lavterskeltilbud for brukere ved avdelingen med felles måltider og aktiviteter. 4 dager i uka er det aktiviteter som snekring, silkemaling, håndarbeid og matlaging. Kveldsåpent hver tirsdag. Med utspring i Kontaktsenteret har 1,5 årsverk vært knyttet direkte til et Rus-/psykiatriprosjekt for biveiledning og lavterskel arbeidsrettede tiltak som omfatter ca. 25 brukere. Prosjektet startet i 2006 og har vært driftet gjennom statlige midler, noe som gjør det svært sårbart. Det arbeides for å oppnå tett samarbeid med NAV.

- **Fysioterapeut**

2 årsverk. Kommunen får fastlønnstilskudd fra staten for to kommunefysioterapeuter som gir veiledning og behandling. Personer i institusjon, psykisk syke og barn til vurdering og behandling er en del av kommunefysioterapeutenes arbeidsfelt.

- **Ergoterapeut**

1 årsverk. Ergoterapeuten utfører formidling, tilpasning, utprøving og opplæring i bruk av tekniske hjelpemidler, trener brukere i dagliglivets gjøremål (ADL-trening), og jobber med ergonomi på arbeidsplasser. Ergoterapeuten medvirker i tilpasning av bolig, og bistår bruker med tilpasning og valg av biltype. Varig utlån av hjelpemidler søkes av ergoterapeut til Hjelpemiddelsentralen/NAV og hentes av ambulerende vaktmester. Midlertidig utlån (maksimum 2 år) av hjelpemidler er kommunens ansvar. Formidling av disse skjer i nært samarbeid mellom ergoterapeut og ambulerende vaktmester.

- **Syn- og hørselskontakt**

0,5 årsverk. Formidling av syn- og hørselshjelpemidler og vurderingsbesøk gjøres av en sykepleier med spesielt ansvar for dette. Hun gir også opplæring og veiledning i

bruk av hjelpemidlene. Hjelpemidlene fås fra Hjelpemiddelsentralen/NAV etter syn- og hørselskontaktens søknad.

- **Ambulerende vaktmester**

1 årsverk. Utfører hovedsakelig tjenester knyttet til hjelpemidler.

4.3.4 Avdeling for somatikk

Langtidsopphold: Somatisk enhet 21,74 årsverk på dag/kveld og 10,89 årsverk på natt. 4 enheter med 8 beboere på hver enhet. Hver pasient følges opp av sin primærkontakt, som også er bindeledd mellom pasient, pårørende og avdelingen for øvrig. Det er stort spenn i pasientgruppen både m.h.t diagnoser og alder (ulike demensdiagnoser, ulike somatiske lidelser, psykiatriproblematikk og terminal pleie). Terskelen for å få tildelt sykehjemsplass er blitt høyere enn tidligere, hvilket medfører at pasientene er sykere når de får tildelt plass i institusjon. I tillegg blir sykehjemmene i stadig større grad benyttet til medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, kortidspleie for kronisk syke, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold og omsorg ved livet slutt. Dette stiller store krav til både teknisk og medisinsk kompetanse.

4.3.5 Avdeling for demens

- **Avdeling for personer med demens – langtidsopphold på institusjon**

24,3 årsverk. Avd. for personer med demens består av 4 enheter med 8 beboere på hver enhet. Avdelingen har som målsetting å gi en god personfokusert omsorg. Beboerne differensieres etter mestringsnivå for å legge til rette for gode sosiale grupper. Det er to pleiere på hver enhet. Personalet er organisert i team og ruller mellom de 4 enhetene. Avd. har en fagansvarlig sykepleier for alle 4 enhetene, tilsynslege 4 timer hver uke og samarbeid med alderspsykiatrien/spesialisthelsetjenesten.

- **Kjøkken – matombringning**

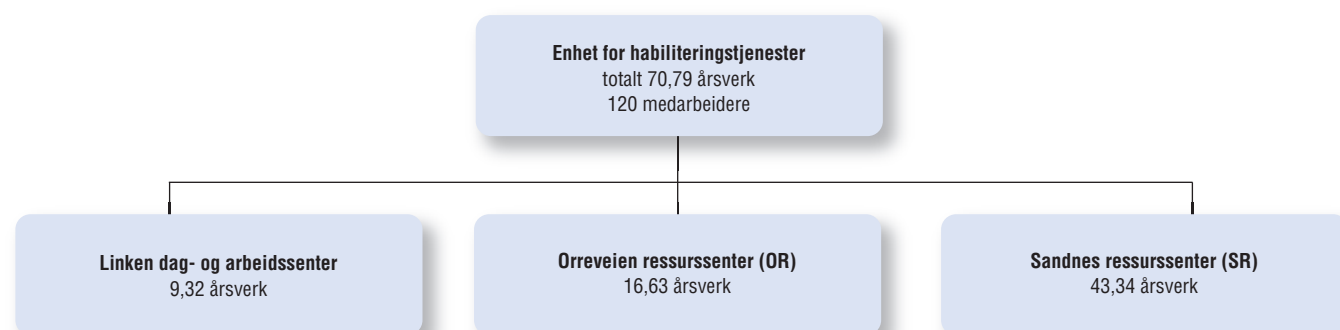
6 årsverk. Kjøkkenet leverer tørrmat til avdelingskjøkkenene, middag til beboerne på Frydenborgsenteret, driver kantine på Tjennasenteret og Frydenborgsenteret, leverer mat til ulike arrangementer og vakuumert mat til hjemmeboende. Middagene er næringsrike og baserer seg på tradisjonelle råvarer. Dagens middag blir kjølt ned og vakuumert for ukentlig levering. Hjemmesykepleien tar med seg middager til noen av brukerne. Pr. i dag er det ikke kapasitet til å levere mat over hele kommunen.

- **Vaskeri**

1,7 årsverk. Vask av sengetøy, personaluniformer og privattøy for beboere ved Frydenborgsenteret.



4.4 ENHET FOR HABILITERING



Habilitering er et målrettet arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger. Enhetens oppdrag er å yte omsorgstjenester til mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv. Enheten skal bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre. I hovedsak yter enheten tjenester til psykisk utviklingshemmede mennesker og/eller mennesker med autismediagnoser, som oftest med behov for et livslangt habiliteringsforløp. Det er 35 brukere i alderen 10 – 75 år som mottar tjenester fra enheten. Brukergruppens aldersspenn krever et variert tjenestetilbud. Ca 50% av brukerne er over 40 år, og det er store utfordringer knyttet til aldring, som utvikling av demens og behov for pleie. Kommunen må til enhver tid vurdere hva som er den beste løsningen med tanke på bl.a. hvor pleie- og omsorgstjenestene skal ytes.

Yngre brukere som har søkt om bolig vil fortløpende få tilbud om bolig med tjenester, og vil ha andre behov enn de eldre. Tilrettelegging og dimensjonering av dag-/arbeids- og aktivitetstilbudet til brukergruppa er derfor viktig for videreutvikling av tjenestetilbudet. Enheten selger avlastning og heldøgns omsorgstjenester til Åmli kommune, samt veiledningstjenester. Salg av tjenester ligger i størrelsesorden 5,5 årsverk.

4.4.1 Linken dag- og arbeidssenter

20 brukere har tilbud ved Linken dag- og arbeidssenter. Det er stor spredning i alder og funksjonsnivå. Aktivitetene er i størst mulig grad tilpasset den enkelte og fordelt på fire avdelinger: Montering, snekring, tekstilarbeid og vedproduksjon. Det legges stor vekt på at Linken skal være et godt sted å tilbringe dagen. Det er ukentlige turer og sosiale aktiviteter. Flere av Habiliteringstjenestens brukere har VTA (varig tilrettelagt arbeid) ved henholdsvis Lisand og Durapart.

4.4.2 Sandnes (SR) og Orreveien ressurscenter (OR)

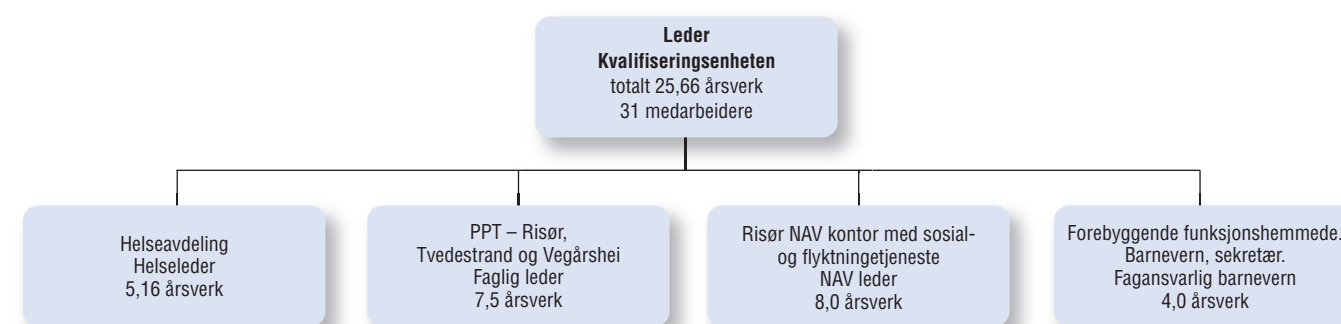
• Målrettet miljøarbeid/botjeneste

Det ytes målrettet miljøarbeid/botjeneste i leiligheter/bofellesskap/ barneboliger. Miljøarbeidet ytes i form av omsorg, opplæring, praktisk bistand, helsehjelp og atferdskorrigerende tiltak, fritidsaktiviteter mv. Det ytes videre brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgslønn.

• Avlastningstjeneste

Avlastningstjenesten gir tilbud i form av opphold i avlastningsboliger ved SR og OR. Dette er et tilbud til utviklingshemmede barn og voksne som bor hjemme og skal primært være avlastning for pårørende med tyngende omsorgsoppgaver. Totalt gis det avlastning til 9 personer. Habiliteringstjenesten har videre oppgaver i henhold til skole og opplæring.

4.5 ENHET FOR KVALIFISERING



Enheten utgjør totalt 25,66 årsverk. I tillegg kommer NAV leders stilling (statlig ansettelsesforhold, 50% av lønn faktureres kommunen), og avtaler gjort med 5 fastleger og 5 fysioterapeuter med driftstilskudd. Hovedaktivitet i enheten er å levere tjenester til publikum i tråd med gjeldende lovverk (opplæringsloven, sosialtjenesteloven, barnevernsloven, introduksjonsloven, kommunehelseloven, NAV-loven m.v.). Brukere av enhetens tjenester er dels en begrenset gruppe (for eksempel familier i kontakt med barnevern), og dels alle innbyggere i en viss aldersgruppe (for eksempel helsestasjonstjenester). Det er naturlig at Kvalifiseringsenheten utnytter og videreutvikler de virkemidler, verktøy og den kompetanse som finnes innen enheten, og på den måten blir en del av en strategisk langsiktig satsing med fokus på ”forebygging” og ”tidlig intervensjon”. Enhetens samlede høye formelle kompetanse er en stor ressurs, å utvikle refleksjons- og relasjonskompetanse en utfordring. Med dagens ressursituasjon er det ikke sannsynlig å få økt bemanning, og bruk av flere viktige virkemidler må reduseres.

- Det satses på å få til en omlegging av støttekontaktordningen. Dette vil foregå i samarbeid med enhetene Omsorg og Habilitering i løpet av 2010.
- Det er viktig å nyttiggjøre seg de statlige virkemidlene i NAV og gå for en arbeids- og aktivitetslinje
- Risør kommune har en meget god helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste. Dette er et viktig virkemiddel i forhold til tidlig intervensjon og forebyggende arbeid. Dette er et lavterskeltilbud, men samtidig også en viktig brikke og samarbeidspartner i mer alvorlige saker knyttet til barn og unge.
- Legetjenesten og fysioterapitjenesten er akseptabelt dimensjonert slik det er i dag. Det er viktig å følge politiske signaler, ikke minst samhandlingsreformen, for å se hvordan disse tjenestene skal se ut i tiden fremover, med et klart kompetansefokus (hvilke type lege vil vi ha, hvilken kompetanse er fremtidsrettet). Dette kan også gjelde helsestasjonstjenesten.

4.5.1 Helseavdeling

• Helsestasjon/Skolehelsetjenesten

3,5 årsverk + tilknyttet lege/psykiater 0,3 årsverk. Lavterskeltilbud for alle kategorier brukere i målgruppa 0 – 20 år. Helsekontroller, veiledning/undervisning i helse og utvikling og vaksinasjon. Særlig fokus på barn og unge med psykiske problemer, fysisk funksjonsnedsettelse eller minoritetsbakgrunn. Jordmortjenesten Tjeneste rettet mot gravide. Svangerskapskontroll og kurs/veiledning. Helsestasjon for ungdom Drives av helsesøster med turnuslege tilstede annen hver gang. Samarbeider tett med Psykiatriteam for barn og unge. Åpen tirsdager kl. 15-18.

• Fysioterapeut

I tillegg til de to kommunefysioterapeutene i Enhet for omsorg, mottar 5 privatpraktiserende fysioterapeuter kommunalt driftstilskudd. Fysioterapeutene gir veiledning og behandling.

• Fastlege

Kommunen er pålagt ansvaret for allmennlegetjenesten og kommunelegetjenesten gjennom lov om helsetjenesten i kommunene. Kommunen har i dag fem fastlegehemler, en turnuskandidat og en kommunelege i 60% stilling. De fem fastlegene har listestørrelser på 1200-1500 pasienter, med ansvar for medisinsk behandling og oppfølging av disse. Fastlegene dekker også tilsynslegefunksjonen på Frydenborgsenteret (underlagt Omsorgsenheten) og behovet for medisinsk faglige vurderinger i forbindelse med rehabilitering der, samt helsestasjons- og skolehelsetjenestearbeid. Gjennom dette arbeider legene også på systemnivå med planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenester i kommunen. Dette gjelder i enda større grad kommunelegen (tilhører Plan og utviklingsenheten).

Fastlegene i Risør kommune er selvstendig næringsdrivende med kommunal avtale. Deres inntekter sikres gjennom driftstilskudd, egenandel fra pasienter og trygderefundasjon. Fordi fastleger med kommunale avtaler ikke er kommunale tjenestemenn og derfor ikke belaster kommunens lønnskostnader, blir denne tjenesten i liten grad synlig på kommunens budsjett eller planverk og derfor heller ikke for kommunens folkevalgte. Regel- og rammeverket for fastlegeordningen er fastsatt i forskrift om fastlegeordningen i kommunene, sentrale avtaler mellom Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen og individuell avtale mellom kommunen og den enkelte fastlege.

I Risør kjennetegnes fastlegesituasjonen av kontinuitet og stabilitet. Det er nå to kvinnelige fastleger og tre menn. Fastlegene utøver praksis på tre ulike legekantor i kommunen: Solsiden legekantor (to leger), Kragsgaten legekantor (to leger samt turnuskandidat) og Sønedeledtunet legekantor (en lege). For å ivareta legetjenestene ved sykehjemmet, benytter kommunen den muligheten som avtaleverket gir til å pålegge fastlegen allmennmedisinsk offentlig legearbeid, begrenset oppad til 7,5 timer i uken. Tre av fastlegene foruten turnuskandidat har tjeneste på sykehjemmet. Daglegevakt (bortsett fra juli) er fordelt på fastlegene, ut over det er legevakt lokalisert og administrert i Arendal.

4.5.2 Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)

for Risør, Tvedestrand og Vegårshei

PPT hjelper barnehager og skoler i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for gjennom dette å legge forholdene til rette for elever med særskilte behov. PPT skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering og gi tilbud om utredning, praktisk rådgivning, og direkte hjelp til barn og unge som har behov for dette.

4.5.3 Risør NAV kontor med sosial- og flyktningtjeneste

Sosialkonsulentene (4,5 årsverk) kartlegger den enkeltes situasjon i fht bl.a. bolig, økonomi, helse, aktiviteter, nettverk og rusproblematikk. Videre informerer de om det offentlige hjelpeapparatet, om den enkeltes rettigheter og plikter. Mye ressurser går til motivering til endring, til å søke etter bolig, oppsøke lege, ta imot behandling, få orden på privatøkonomien, og til å bistå bruker med å søke om ulike tjenester og økonomiske ytelser.

Programrådgiver for Introduksjonsordning for innvandrere utarbeider individuell plan for innvandrere bosatt i kommunen for å fremme den enkeltes integrering i samfunnet gjennom norskopplæring/skole, arbeidspraksis og annet, og følger opp den enkeltes fremdrift. Økonomisk bistand, råd, veiledning og motiveringsarbeid til flyktninger.

Arbeid er for mange en avgjørende faktor for bedring av funksjonsevne og opplevelse av verdighet. NAVs målsetning er at alle arbeidssøkere, også de som av ulike årsaker er yrkeshemmede, skal få tilbud om arbeid i samsvar med deres yteevne. Yrkesrettet attføring kan innvilges dersom man har fått sin inntektsevne varig eller vesentlig innskrenket pga sykdom, skade eller lyte. Tiltak som kan iverksettes er avklaring, skole, kurs, arbeidstrening og lønnstilskudd ved ordinær ansettelse. NAV har også ulike støtteordninger for at sykemeldte skal kunne beholde høvelig arbeid og vende tilbake til jobb snarest mulig. Dette er ordninger som aktiv eller delvis sykemelding, reisetilskudd til/fra arbeid og hjelpemidler på arbeidsplassen. Durapart er en arbeidsmarkedsbedrift med avdeling i Risør som tilbyr yrkesrettet rehabilitering, avklaring, opplæring og jobbformidling, samt AMO-kurs (arbeidsmarkedsopplæring) via NAV. Lisand Industrier AS er en produksjonsbedrift i Tvedestrand med 35 plasser for varig tilrettelagt arbeid. Arbeid tilbys etter søknad via NAV fire ganger årlig.



4.5.4 Barnevern og konsulent for funksjonshemmede

• Barnevern

3 årsverk. De aller fleste barnevernstiltak er knyttet til hjemmeboende barn. Barnevernstjenesten drar på hjemmebesøk, har samtaler og gir råd og veiledning til barn, ungdom og/eller foreldre, samt formidler kontakt til andre hjelpeinstanser.

• Konsulent for funksjonshemmede

0,5 årsverk gir råd og veiledning til funksjonshemmede i alle aldre og deres pårørende og formidler hjelpetiltak som støttekontakt, avlastning, besøkhjem (barn/unge), ledsagerbevis, sommerjobb til ungdommene og spesielt tilrettelagte ferietilbud. Støttekontaktordningen er et redskap for å inkludere mennesker og bidra til en aktiv fritid sammen med andre, hvor den enkelte bruker kan planlegge individuelle aktiviteter. Ca 45-50 brukere. Ledsagerbevis er til bruk for brukers ledsager ved reise, besøk på kulturinstitusjoner o.l. når det er et åpenbart behov for følge, støtte og tilsyn.

4.6 SAMARBEID OG KOORDINERING AV TJENESTER

4.6.1 Fastleger

Med stabil legedekning har legene god kjennskap til pasienter og deres omgivelser over lang tid og kan tidlig fange opp ulike behov. Det er den enkelte lege i samråd med pasienten som ofte styrer rehabiliteringsprosessen, ikke funksjonsvurdering eller diagnose. Legen deltar i tverrfaglig samarbeid og henviser til andre instanser for videre utredning og behandling i det øvrige medisinske støtteapparat på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå, og formidler behov for bistand fra NAV eller andre deler av hjelpeapparatet.

Erfaringene med fastlegeordningen i tidsrommet 2001-2005 er blitt evaluert av Norges forskningsråd, og funnene stemmer i stor grad overens med situasjonen i Risør: Det er utbredt brukertilfredshet blant de som er i stand til å etterspørre fastlegens tjenester, men ordningen fungerer ikke like godt for utsatte, sårbare grupper så som pasienter med psykiske lidelser, rusproblemer og hjemmeboende eldre med nedsatt funksjonsevne. Innkallingsrutiner for pasienter forekommer hos kun et fåtall fastleger. Fastleger deltar i noen grad i ansvarsgrupper. Samarbeid mellom fastlegen og andre kommunale tjenester varierer.



4.6.2 Konsulent for funksjonshemmede

Ansvar for koordinering av tjenester for barn og unge med funksjonshemning (med eller uten individuell plan) ligger i den innledende fasen hos konsulent for funksjonshemmede. Konsulenten samarbeider med kommunale og fylkeskommunale instanser.

4.6.3 Sammen for barn og unge

Helsestasjonen, barnehage, grunnskole og ungdomstjenesten er sentrale når det gjelder forebyggende helsearbeid, tidlig intervensjon og habilitering blant barn og unge. Alle barnehageansatte i Risør kommune har hatt opplæring i normal motorisk utvikling for tidlig å kunne oppdage psykiske og fysiske vansker hos barn. Barnevern og helsestasjon henviser årlig ca 10 barn til barnehageplass med utgangspunkt i foreldrenes psykiske helse eller barnets behov for positive stimuli, klare rammer eller hjelp til å lære sosial atferd og integrering. Tjenester og tiltak ifht barn og unge er nærmere beskrevet i Rusmiddelpolitisk handlingsplan (2010), hvor det mest sentrale er å bygge videre på det gode arbeidet som gjøres pr i dag, og videreføre prosessene som er igangsatt gjennom prosjektet "Tidlig intervensjon hos unge potensielle rusmiddelmissbrukere". Sentralt i dette er prosjektet Sammen for utsatte barn og unge.

4.6.4 Rehabiliteringsteamet, hjemmetjenesten

Rehabiliteringsteamet består av tre hjelpepleiere med tilleggsutdannelse i rehabilitering. Teamet har samarbeidsmøter når behov for videre oppfølging etter innleggelse på sykehus er meldt til kommunen. Møtene kan være i brukerens hjem eller på sykehuset og det vurderes bl.a om bruker skal bo hjemme, eller på Frydenborgsenteret. Teamet lager i samarbeid med andre aktuelle tjenesteytere, f.eks lege, ergo- eller fysioterapeut, et opplegg tilpasset brukerens individuelle behov. De foretar også vurderingsbesøk hos brukere som søker på omsorgsboliger. Teamet har månedlige møter for diskusjon om opplegg rundt den enkelte bruker med ledere og fagansvarlig i Hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapeut.

4.6.5 NAV

Kommunen samarbeider med NAV om personer som har behov for varig tilrettelagt arbeid/arbeidstrening ved Lisand Industrier AS og Durapart.

Informasjonsmøter holdes fast to ganger i året for drøfting av problemstillinger av prinsipiell karakter, gjensidig forventningsavklaring og informasjonsutveksling. NAV innehar sekretariatsfunksjon. Møtedeltagere er NAV, tiltaksarrangør og flyktningkonsulentene i Østregionen.

4.6.6 Koordinerende Enhet (KE)

Koordinerende Enhet for tjenester består av leder for enhetene Omsorg, Habilitering, Kvalifisering, Barnehage og ungdomstjeneste, samt leder for NAV Risør. I de fleste tilfeller vil brukers behov fanges opp og avklares innenfor respektive tjenesteområder. Ved behov løfter kontaktpersonen saker inn i KE for vurdering. Nye henvendelser i forbindelse med behov for koordinerte tjenester rette til kommunens fellestjeneste som henviser bruker/tjenesteyter til kontaktperson i KE, fortrinnsvis Systemkoordinator.

4.6.7 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det offentlige støtteapparatet er inndelt i 3 nivåer. De kommunale tjenestene, 1. linjen, er ofte de instanser hvor en først henvender seg for å få hjelp og eventuell henvisning videre i systemet til mer spesialiserte tjenester, til 2. og 3. linjetjenestene. Forskrift om habilitering og rehabilitering stiller krav til både kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med planlegging og koordinering av virksomheten. Særlig i overgangen mellom ulike tjenestenivå opplever ofte brukeren lite oversiktighet, få medvirkningsmuligheter og manglende samordning.

Kommunen har inngått samarbeidsavtale med SSHF/Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling angående Individuell Plan og rutiner ved inn- og utskriving av pasienter. Det arbeides for å få i stand avtaler også innenfor andre områder, som somatikk og geriatri²⁶.

Habiliteringstjenesten for barn og ungdom i Aust-Agder (HABU)²⁷, Habiliteringstjenesten for voksne²⁸ og Psykososialt Team²⁹ for flyktninger i Kristiansand, er blant de mest sentrale samarbeidspartene i rehabiliteringsvirksomheten. Distriktpsikiatrisk senter (DPS)³⁰, avdeling Tvedestrand, har et ambulant team som betjener et kontor på Frydenborgsenteret hver mandag. De har "arbeidslunsj" med kommunens psykisk helseteam hver 14. dag for arbeid med felles pasienter.

Ansatte fra helsestasjonen, barnevern og PPT har faste samarbeidsmøter med Avdeling barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (ABUP) to ganger i året. De ulike tjenesteområdene samarbeider med ulike deler av det offentlige tjenesteapparatet etter behov, og det vises til de enkelte fagplaner for nærmere beskrivelse av samarbeidsformer og -aktører.

4.7 BRUKERMEDVIRKNING

4.7.1 Brukermedvirkning på systemnivå

● Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Rådet er et lovhjemlet organ som er opprettet for å ivareta mennesker med nedsatt funksjonsevnes rettigheter/interesser i kommunen, uavhengig av om nedsatt funksjonsevne er av fysisk eller psykisk karakter. Rådet skal være kommunens rådgivende organ og inviteres til å delta med representant(er) i prosjektgrupper eller være høringsinstans i aktuelle saker.

● Eldrerådet

Eldrerådet er et lovbestemt, rådgivende organ og skal høres i alle saker som vedrører eldre. Fra og med 2001 har Hovedutvalget for oppvekst og omsorg, med hjemmel i Kommunehelsetjenesteloven, nedsatt et Brukerråd, sammensatt av medlemmer fra Eldrerådet. Rådet representerer pasienter på institusjon ihht vedtatte retningslinjer.

● Mental Helse

Samarbeidspartner ved utarbeidelse av planer, høringer m.m. Bidrar ved arrangementer ved Avd. for psykisk helse og rehabilitering.

²⁶ Rapport om samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten med anbefalinger om organisatoriske tiltak. http://www.odin.no/filarkiv/284964/Sluttrapport_16_juni_2006.pdf

²⁷ <http://habu.fix.no/Forside.html>

²⁸ <http://www.sshf.no/artikkel.aspx?m=195&amid=198>

²⁹ <http://www.flyktning.info/>

³⁰ <http://sshftest.pragma.no/artikkel.aspx?m=341>

● Dialogmøter, brukerrepresentanter og annen systematisk tilbakemelding

I forbindelse med planarbeid m.m. ønsker Risør kommune at brukerne skal være representert. Interessegrupper som Mental Helse blir invitert til å velge representanter til arbeidsgrupper. Ved større planarbeid inviteres det også til dialogmøter for brukere, fagpersonell og andre interessenter.

● Inkluderende arbeidsliv

Kommunen er i likhet med mange andre arbeidsplasser en IA-bedrift. Det vil si at ansatte som av helsemessige årsaker ikke kan fortsette med sine ordinære arbeidsoppgaver i samarbeid med sine overordnede og kommunens personalsjef skal komme frem til endring i arbeidsoppgaver eller løsninger som gjør det mulig å vende tilbake til arbeid raskere i forbindelse med en sykemelding ("Møteplassen"). Kontinuerlig fokus på hvordan målsetningene med IA kan settes ut i praksis er av stor betydning for den enkeltes rehabiliteringsmuligheter.

4.7.2 Brukermedvirkning på individnivå

● Rutine for brukermedvirkning (enkeltbrukere)

God dialog og rett informasjon til rett tid er viktig for å etablere et tillitsforhold mellom bruker og tjenesteyter. Det må videre settes fokus på å ivareta respekten for den enkelte brukers liv, integritet og menneskeverd. Bruker og evt. pårørende/hjelpeverge skal bli hørt og tas med på råd i forbindelse med utforming/ending av vedtak. Dette skal sikres gjennom en eventuell utarbeidelse av Individuell Plan og kommunens vedtatte rutiner for "Brukermedvirkning".

● Individuell plan

Forskrift om Individuell Plan (IP)³¹ gir brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan, og til å få en personlig koordinator. IP er et samarbeidsdokument for offentlige tjenesteytere og brukere som nytter offentlige tjenester. Intensjonen er at hjelpeapparatet tilpasses brukerens behov og ressurser, ikke omvendt, og øker graden av forutsigbarhet og trygghet. Videre ønsker en å oppnå at alle parter (brukere, pårørende og tjenesteytere) skal ha et bedre utgangspunkt for å ta sin del av ansvaret for at samarbeidet kan fungere og at det blir ytt rett tjeneste til rett tid, på rett sted og på riktig måte. Søknad om IP sendes kommunens systemkoordinator.

● Brukerstyrt personlig assistanse – BPA

Dette er en tjeneste beregnet på personer med store og sammensatte behov i og utenfor hjemmet. Tjenestemottaker har egne faste assistenter som han/hun rekrutterer og er arbeidsleder for. Kommunen har valgt løsningen hvor assistenten ansettes i kommunen. Disse jobber stort sett med én bruker. I noen tilfeller yter også hjemmetjenesten bistand til disse brukerne. For omsorgsenheten er det pr. idag 3 personer som har denne tjenesten. Denne tjenesten gis også av andre enheter. Søknad behandles av leder for den aktuelle enhet.

● Omsorgslønn

Gis personer med særlig tyngende omsorgsarbeid, uten hensyn til alder, funksjonsnedsettelse eller sykdom hos den som mottar omsorgen. Gis ofte når det er særlig tyngende omsorgsarbeid i forhold til barn, og hvor ordinære omsorgstjenester ikke vil kunne

³¹ <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lcles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>

dekke dette behovet. Det er pr i dag 2 personer tilknyttet Enhet for omsorg med omsorgslønn. Omsorgslønn gis også fra andre enheter.

- **Ansvarsgrupper**

De ulike tjenesteområdene oppretter ansvarsgrupper rundt sine brukere i den grad det er hensiktsmessig, og samarbeid skjer mellom flere ulike aktører på 1. og 2. linjenivå. Dersom brukeren ønsker det, kan det utarbeides Individuell Plan i de tilfeller hvor det er aktuelt etter søknad til systemkoordinator. Ansvarsgrupper har en basis bestående av bruker og primærkontakt. Andre medlemmer kan være fastlege, 2. linjetjenesten, pårørende, NAV o.s.v.

4.8 SAMORDNING AV FRIVILLIGE RESSURSER OG LIKEMANNSARBEID

Kommunen er en økonomisk bidragsyter til Frivilligsentralen, som har en fast ansatt daglig leder. For øvrig er Frivilligsentralens aktiviteter basert på frivillig innsats, og skal være et kontaktpunkt og et bindeledd mellom de som frivillig ønsker å yte en ubetalt innsats i nærmiljøet og de som ønsker å motta slik innsats. Den skal samtidig være møteplass og brobygger mellom mennesker, humanitære organisasjoner, lokale sammenslutninger og det offentlige. Frivilligsentralens lokaler med kontor, møterom, kjøkken, verksted, systue m.m. er i Kragsgata 144.

En mengde aktivitetstilbud i frivillige organisasjoners regi utgjør et viktig supplement til det offentlige. Utover bruken av Frivilligsentralen som møteplass og aktiviteter i sentralens regi, er det sosiale arrangement som vaffelklubb, dans på Fjelltun, ukentlig besøkstjeneste ved Røde Kors på Frydenborgsenteret, Helsesporten, Hjertetrimmen og diverse andre aktivitets- og kulturtilbud. Innsats som gjøres på frivillig grunnlag er ofte en trivselskapende faktor i seg selv. Mye frivillig arbeid drives med økonomiske tilskudd fra og i tett samarbeid med kommunen, og det er ofte lite som skal til fra kommunens side for å legge forholdene til rette for at frivilliges innsats skal komme brukerne til gode.

Likemannsarbeid kan defineres som *kronisk syke menneskers egen omsorgsarena med organisert kontakt mellom to eller flere personer med likhet i livssituasjon, funksjonshemming eller diagnose, eller kort og godt, samhandling mellom mennesker som opplever å være i samme båt*. Likemannsarbeid kan gjennomføres gjennom samtalegrupper, selvhjelps- og støttegrupper, besøkstjeneste i hjem og sykehus og telefonkontakt. Formålet er å bidra med informasjon og motivere til medvirkning i rehabiliteringsprosessen.

Anonyme Alkoholikere driver AA-gruppe på Frydenborgsenteret, Kreftforeningen³² disponerer et kontor på Frydenborgsenteret torsdager, og tilbyr kurs, råd, og veiledning både til fagpersoner og publikum, og det finnes en rekke andre lokallag og grupper, som Risør Revmatikerforening, Brystkreftforeningen og LHL.

³² http://www.kreftforeningen.no/om_kreftforeningen/kontaktinformasjon/seksjoner/seksjon_s_r_vest__vest_agder__aust_agder__rogaland___1954#lenke2