



Kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028

Sammen om mestring og trygghet

Vedtatt av bystyret 16.11.2017.



Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	1
1.1	Innledning	1
1.2	Paradigmeskifte: en dreining av helse- og omsorgstjenesten	2
1.3	Avgrensning av plan	3
2	Nasjonale og lokale føringer for kommunedelplan helse og omsorg	4
2.1	Nasjonale føringer	4
2.2	Regionale og kommunale planer og føringer	5
3	Utviklingstrekk og utfordringsbildet	6
3.1	Demografisk utvikling	6
3.2	Endring i sykdomsbildet	7
4.	Handlingsdel – Strategier, innsatsområder og mål	8
4.1	Strategiske føringer	8
4.2	Mestring av eget liv	9
4.3	Egnet bolig	14
4.4	Samarbeid, samhandling og ressursmobilisering	16
4.5	Kvalitet, ledelse og kompetanse	17

Vedlegg: Kunnskapsgrunnlag for kommunedelplan helse og omsorg 2017-2028

1 Bakgrunn

Kommunedelplan helse og omsorg 2017-2028 avløser eksisterende Kommunedelplan for pleie- og omsorgstjenester 2007-2016. Statlige føringer og endringer i rammebetingelser og tjenestebehov har gjort det nødvendig med en ny overordnet og strategisk plan. Planen vil være et viktig verktøy for å sikre en helhetlig planlegging og at kommunen som samfunn og organisasjon går i riktig retning.

Hovedmål

Sarpsborg kommune har som hovedmål at helse- og omsorgstjenestene skal bidra til aktivitet, mestring, trygghet og økonomisk bærekraft.

Kommunen skal bidra til at Sarpsborgs innbyggere er lengst mulig aktiv i eget liv. Det betyr at flere kan bo hjemme lengre og oppleve det som trygt og noe de mestrer. Dette skal nås gjennom å utvikle en fremtidsrettet tjeneste som støtter opp under forebygging, rehabilitering og aktivisering av den enkeltes ressurser. Slik blir forutsetningene for å mestre eget liv best mulig for flest mulig.

1.1 Innledning

Sarpsborg kommune må planlegge for store endringer i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Dagens tjenestetilbud vil ikke være bærekraftig i framtiden, og de kommende helseutfordringene kan ikke løses gjennom kun å etablere flere institusjonsplasser eller gjennom å skaffe mer fagpersonell. Tjenestene vil måtte se annerledes ut i framtiden. Arbeidsmetodene må endres for å få til de gode løsningene, der aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering blir helt sentralt innenfor samtlige tjenesteområder. Omleggingen skal først og fremst bidra til at brukere av tjenestene får bedre muligheter til å mestre egen hverdag til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse.

Helse er mer enn fravær av sykdom og plager. Det handler om å mestre eget liv med de muligheter og begrensninger som finnes. Kommunen ønsker å sikre en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at innbyggerne får mulighet til å leve et aktivt og mest mulig selvstendig liv til tross for sykdom og funksjonstap. Det innebærer at tjenestene må organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressursene som brukeren selv har.. Kommunen må utvikle nye former for pårørendeinvolvering og engasjement fra frivillige og brukerorganisasjoner. Ikke minst må kommunen forberede innbyggerne i Sarpsborg til å ta mer ansvar for egen helse.

Pasientenes behov skal stå i sentrum for endringer og utvikling i helse- og omsorgstjenesten.

«Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.»

Det vil kreves betydelige endringer for å oppnå dette. De kommunale tjenestene er grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten til befolkningen. Med Samhandlingsformen har kommunen fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til

befolkningen. I framtida vil en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Det er viktig at kommunene blir satt i stand til å oppfylle reformens intensjoner om mer forebygging og tidlig innsats, koordinerte og helhetlige pasientforløp.

Når pasienter og brukere blir spurt om hva som er de største utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er budskapet tydelig¹:

- ✓ Kvalitet i tjenestene.
- ✓ Tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte. Det er for lite koordinering mellom tjenestene.
- ✓ Det er for lite brukerinvolvering.
- ✓ Fastlegene er for lite integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

1.2 Paradigmeskifte: en dreining av helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsutfordringene vil medføre et behov for å styrke alle deler av tjenesten og vil stille enda større krav til samhandling. Den store økningen i antall eldre, og endring i tjenestebehovet generelt, kan ikke møtes med å gjøre mer av det samme. Det er behov for å tenke nytt og iverksette flere tiltak som støtter den enkeltes evne til å mestre sin hverdag og dermed bli boende lengre i eget hjem. Dette vil være mulig gjennom forebygging, tidlig innsats og styrking av tjenester som bidrar til å skape trygghet for den enkelte og som styrker den enkeltes evne til å mestre dagliglivets helseutfordringer.

For å få til en dreining av helse- og omsorgstjenestene vil hverdagsrehabilitering, fysioterapi, ergoterapi, hjemmetjenesten og velferdsteknologi være viktige virkemidler. Omlegging til mer forebyggende innsats krever en bevisst og helhetlig endring av disse virkemidlene. Endringene representerer et paradigmeskifte fra mer passiv omsorg til at brukerne er aktive deltakere i egen hverdag.

I fremtida skal tjenestene utvikles sammen med brukere og pårørende. Brukerne må få større innflytelse over egen hverdag. Det betyr at den enkeltes ressurser må aktiveres i større grad enn tidligere. Det grunnleggende premisset i helsetjenesten er hva som er viktig for den enkelte.

Hverdagsrehabilitering bygger på en grunnleggende antagelse om at mennesker har behov for meningsfulle aktiviteter, og at disse aktivitetene er individuelle fra person til person. Aktivitetene påvirker helse og trivsel, og det å la personer utføre og mestre aktivitetene selv er å gi god omsorg.

¹ St.meld 26 – Primærhelsemeldingen

Figur 1: Hverdagsrehabilitering - Aktivitetshjul



Innføring av hverdagsrehabilitering krever en systematisk holdnings- og kulturendring. Omleggingen krever informasjon, motivasjon og oppfølging. Brukerne har ofte vært mer passive mottakere av tjenester og kan oppleve at de blir fratatt et gode. Det samme kan gjelde brukernes pårørende. For å få til dette skiftet kreves god ledelse, bevisst arbeid med ny metodikk og økonomiske virkemidler som understøtter endringene.

1.3 Avgrensning av plan

Målgruppen for kommunedelplan helse og omsorg er den samme som målgruppen for Sarpsborg kommunes helse- og omsorgstjenester – alle våre innbyggere. Det vil si at planen dekker alle aldre; både de som mottar tjenester i dag, fremtidige tjenestemottakere, pårørende, frivillige og ansatte som utfører tjenestene. Planen bygger på en tjenesteovergrepene og tverrfaglig tilnærming.

Fagområdene er svært brede, hvilket innebærer at innhold og oppgaver reguleres av mange lovverk, forskrifter, nasjonale planer og føringer. Tjenesteutøvelsen omfatter lovpålagte oppgaver som forebygging, diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering. Planen omfatter ikke alle tjenester og aktiviteter innen helse- og omsorgsområdet, men vil ta for seg følgende områder:

- Hjemmetjenesten
- Korttidsplasser
- Omsorgstjenester i bofellesskap og institusjon
- Dagtilbud til eldre og personer med demens
- Rus og psykisk helse
- Habilitering og rehabilitering
- Forebyggende tjenester, herunder fysio, ergo, helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Legetjenester i fastlegeordningen, legevakt og andre legetjenester
- Tjenester til funksjonshemmede: boveiledning, aktivitet og avlastning

- Omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Det er helse i alt vi gjør. Kommunen har et ansvar for at helseperspektivet tas inn i all planlegging. For eksempel har by- og boligutvikling stor betydning for innbyggernes muligheter til aktivitet, sosialt fellesskap, trygghet og trivsel. Hvordan skole og barnehage blir drevet har stor betydning for barn og unges oppvekstvilkår og muligheter, og tilgang til kulturtilbud for alle grupper er avgjørende for trivsel, aktivitet og sosialt nettverk. Disse områdene blir i mindre grad omtalt i denne kommunedelplanen, men blir behandlet i andre planer. I 2016 vedtok Sarpsborg kommune en egen folkehelseplan. Tema som hører inn i denne planen vil i mindre grad bli berørt i kommunedelplan for helse og omsorg.

2 Nasjonale og lokale føringer for kommunedelplan helse og omsorg

Tjenestene i helse- og omsorgssektoren er styrt av lovverk, nasjonale føringer og lokale valg. Dette er styrende for hvilke tilbud kommunen må ha, hvordan kommunen tildeler tjenester og hvordan tjenestene utføres. Kommunedelplanen utformes innenfor disse rammene.

2.1 Nasjonale føringer

Kommunens helse- og omsorgstjeneste er særlig berørt av følgende lovverk:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om helsepersonell

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester sier at helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige, helhetlige, koordinerte, verdige og tilpasset den enkeltes behov. Lov om pasient- og brukerrettigheter har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenestene.

Folkehelseloven pålegger kommunen som helhet ansvaret for folkehelsearbeidet. Loven forutsetter at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.

Lov om helsepersonell har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Andre viktige nasjonale styringsdokumenter for kommunedelplan helse og omsorg er:

- St.meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld. St. 30 (2011-2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
- Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester
- Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg

- Meld. St. 45 (2012-2013). Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- NOU 2012:4. Trygg hjemme
- NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg
- Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn, HOD
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, HOD (2017-2019)
- Opptrappingsplan for rusfeltet, HOD (2016-2020)

Oppsummert er noen av de viktigste målene i den nye nasjonale helse- og omsorgspolitikken:

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og økonomiske rammer til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Sterkere brukervedvirkning

2.2 Regionale og kommunale planer og føringer

Følgende planer utarbeidet av Østfold fylkeskommune:

- Fylkesplan for Østfold – Østfold mot 2050

Kommunedelplan helse og omsorg inngår i kommunens plan- og styringssystem. En kommunedelplan er et verktøy for å sikre at kommunestyrets strategiske føringer for samfunnsutviklingen omsettes til handling, og i sektorens prioritering av innsats og tiltak.

Følgende kommunale planer er førende for kommunedelplan helse og omsorg:

- Kommuneplan Sarpsborg kommune (2011-2023) – samfunnsdelen
- Kommunedelplan folkehelse 2016-2027
- Kommunedelplan mangfold, inkludering og likeverd 2016-2028
- Kommunedelplan for fysisk aktivitet i Sarpsborg 2014-2025

Kommunen utarbeider også 4- årlige handlingsprogrammer og plattformer som kompletterer kommunedelplan helse og omsorg. Dette gjelder handlingsprogram mot Vold i nære relasjoner (2018 – 2021), Plattform for livslange tjenester (2017-2028) og Felles tverrfaglig plattform – Forpliktende tverrfaglig samarbeid i Sarpsborg kommune for sårbare barn og unge og deres familier.

3 Utviklingstrekk og utfordringsbildet

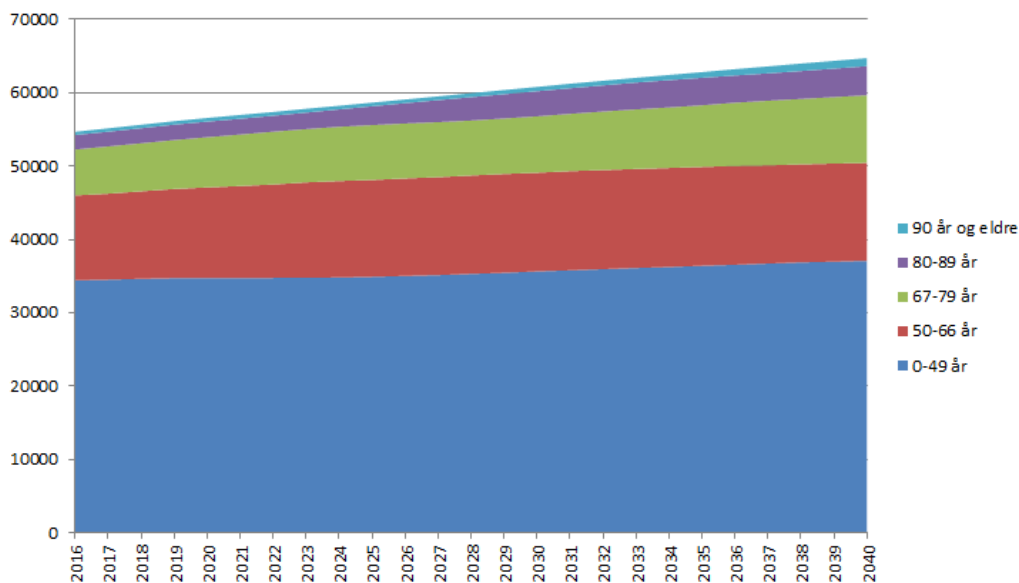
Gjennom de siste tiårene har befolkningen som helhet fått bedre helse. Men det er fremdeles store folkehelseutfordringer som må håndteres. Sarpsborg skårer dårligere enn landsgjennomsnittet på de fleste levekårs- og folkehelseindikatorerne som blant annet helse, utdanning, sysselsetting og inntekt². Det er også betydelige levekårsforskjeller i Sarpsborg.

Befolkningsframskrivninger fra SSB og beregninger gjennomført av Helsedirektoratet viser at morgendagens brukere av helse- og omsorgstjenester blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatt behov. I Sarpsborg har det vært størst økning blant tjenestemottakerne under 67 år, og som har langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer.

3.1 Demografisk utvikling

Utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor er mange og sammensatte, noe som vil kreve nytenkning og innovative løsninger. Utviklingen går i retning av at færre skal ta vare på flere, en utfordring som deles med resten av kommune-Norge. Vi blir stadig flere eldre, og levealderen øker. I dag utgjør personer 80 år og eldre 5 prosent av innbyggerne i Sarpsborg. I løpet av 25 år vil andelen stige til 8 prosent, og vi vil ha dobbelt så mange personer i denne aldersgruppen.

Figur 2: Befolkningsprognose for Sarpsborg kommune 2016-2040



Kilde: SSB

² Folkehelseinstituttet – Folkehelseprofil for Sarpsborg kommune 2013-2016

Tabell 2: Økning aldersgruppen 80+ (referanseår 2016)

	2018	2020	2022	2024	2026	2028	2030	2032	2036	2040
Prosent økning fra 2016	4 %	8 %	11 %	19 %	35 %	54 %	66 %	73 %	88 %	109 %
Antall økning fra 2016	107	195	272	454	855	1307	1593	1765	2138	2637

Kilde: SSB

Den store økningen i de eldste aldersgruppene er forventet å starte allerede om 8-10 år. I dag har Sarpsborg en dekningsgrad for heldøgns plasser på 26 prosent. Sarpsborg har en høyere dekningsgrad av institusjoner og boliger med heldøgnsbemanning enn sammenlignbare kommuner³. Behovet frem til 2040 med forventet befolkningsutvikling, gitt dagens dekning, tilsier 600 nye plasser. Det er innenfor dette mulighetsrommet kommunen må planlegge tjenestene på en annen måte. Kommunen må jobbe mer målrettet med hvem som trenger heldøgns plass, hvem som har behov for hjelp i eget hjem, og hvordan tjenestene ved hjelp av tidlig innsats kan forebygge og utsette behovet for heldøgns plass.

3.2 Endring i sykdomsbildet

Sykdomsbildet i befolkningen har endret seg mye de siste hundre årene. Infeksjonssykdommene var dominerende tidligere, men nå har livsstilssykdommene overtatt. Livsstilssykdommer er sykdommer som oppstår som resultat av egen livsstil. Blant disse sykdommene regnes blant annet diabetes type 2, visse lungesykdommer, muskel-skjelettsykdommer, hjerte- karsykdommer, visse kreftformer. Det er også en økt forekomst av ruslidelser og visse psykiske lidelser, og stadig flere yngre blir mottakere av kommunale helsetjenester.

Fremover vil demenssykdommene øke mye i omfang. Når befolkningen over 80 år vil fordobles, får vi dobbelt så mange personer med sykdommen demens i 2040.

Samhandlingsreformen har ført til at kommunen skal løse flere og mer komplekse helse- og omsorgsoppgaver i alle aldersgrupper. Dette setter store krav til å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse.

Sentrale utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er:

- Levekårsutfordringer
- Flere og mer komplekse oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten
- Aldring av befolkningen og demens
- Økt press på heldøgnsomsorgen
- Økning i rus og psykiske lidelser
- Ledelse og kompetanse

³ Sammenlignbare kommuner er definert som kommunegruppe 13 i Kostra (K13). Dette er store kommuner utenom de fire største byene.

Les mer om utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor i vedlagt kunnskapsgrunnlag.

4. Handlingsdel – Strategier, innsatsområder og mål

Hensikten med kommunedelplanen er å utvikle et grunnlag for strategiske valg i handlingsplaner og programmer, samt beslutninger i enkeltsaker i årene som kommer.

Utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor er mange og sammensatte, noe som vil kreve nytenkning og innovative løsninger. Det vil stilles enda større krav til tjenestenes evne til samhandling. Det må skje en omlegging for at tjenestene skal være økonomisk bærekraftige i fremtiden. Den store økningen i antall eldre, og endring i tjenestebehovet generelt, kan ikke alene møtes med å gjøre mer av det samme.

Det er behov for å tenke nytt og iverksette flere tiltak som støtter den enkeltes evne til å mestre egen hverdag og dermed bli boende i eget hjem. Dette skjer gjennom forebygging, tidlig innsats og styrking av tjenester som bidrar til å skape trygghet for den enkelte og som styrker den enkeltes evne til å mestre dagliglivets helseutfordringer. Gjennom nytenkning og teknologi, kvalitetsutvikling og tverrfaglig samarbeid er det et mål å sikre en faglig og økonomisk bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

4.1 Strategiske føringer

Sarpsborg kommune må bygge opp under en helse- og omsorgstjeneste som gir innbyggerne mulighet til å ta ansvar for egen helse, trivsel og mestring. Følgende tre strategiske perspektiver legges til grunn for utvikling av helse- og omsorgstjenestene:

- Tidlig innsats
- Aktiv deltakelse
- Kunnskapsbasert praksis

Tidlig innsats

Tidlig innsats handler om å få oversikt over helseutfordringene i befolkningen og sette inn tiltak før det utvikler seg til varige problemer. Dette gjelder tidlig innsats i et sykdomsforløp eller ved funksjonsfall, men det er vel så viktig i et livsforløp. Å investere i barn og unges helse er avgjørende i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Tidlig innsats rettet mot barn og unge bidrar til å legge grunnlaget for en god helse gjennom livet.

Det er bred enighet om at forebygging og tidlig innsats kan utsette og redusere mer omfattende behov for tjenester. Det vil også gi bedre livskvalitet for brukerne. Forebygging er en av grunnpilarene i samhandlingsreformen, og det er viktig at kommunen tar ansvar for å forebygge mer og reparere mindre.

Aktiv deltakelse

Tjenestene skal endres fra mer passiv omsorg til å gjøre brukerne til aktive deltakere i eget liv. Gjennom forebygging, tidlig innsats og styrking av tjenester som bidrar til å skape

aktivitet og trygghet, skal helse- og omsorgstjenestene legge et grunnlag for at flest mulig kan mestre egen hverdag. Brukere og pårørende skal gis større innflytelse over egen hverdag.

Kunnskapsbasert praksis

Kommunen skal sette kunnskapsbasert praksis i system, ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og tilbakemelding fra pasienter, brukere og pårørende til å forbedre kvaliteten på tjenestene. Gjennomførte tiltak skal evalueres, og kommunen skal ha gode systemer for å vurdere måloppnåelse. Hensikten er å gjøre mer av det som gir resultater.

På bakgrunn av disse strategiske føringene legger Sarpsborg kommune følgende fire innsatsområder til grunn for sitt arbeid med utvikling av helse- og omsorgstjenestene:

1. Mestring av eget liv
2. Egnet bolig
3. Samarbeid, samhandling og ressursmobilisering
4. Kvalitet, ledelse og kompetanseutvikling

4.2 Mestring av eget liv

Skape muligheter og forutsetninger for at hver enkelt innbygger kan mestre eget liv

Mulighet for et mer selvstendig liv og mestring av hverdagen er god velferd for enkeltmennesker. Mestring er opplevelsen av å ha kontroll over eget liv og krefter til å møte livets utfordringer. Alle tjenesteytere skal ha et forebyggende og helsefremmede perspektiv som grunnholdning. Det betyr at tiltak skal bygge på egenmestring og den enkeltes ressurser. For å styrke den enkeltes mestringsevne vil kommunen bygge opp under aktiv brukermedvirkning og brukerstyring. Dette krever økt oppmerksomhet om den enkelte brukers livssituasjon og kapasitet. Det skal heve kvaliteten på tjenestene og gi brukerne økt innflytelse på egen livskvalitet. Kommunen må legge til rette for at innbyggerne tar ansvar for eget helse.

Helsehjelp i hjemmet er et tilbud for de som trenger behandling, pleie og omsorg for å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Viktige tiltak for å sikre innbyggernes mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig vil være bruk av velferdsteknologi, ulike dagaktivitetstilbud, avlastning og ulike forebyggende tiltak. Dette vil kunne understøtte og forsterke brukernes trygghet, egenmestring og øke livskvaliteten til den enkelte. For å sikre den enkeltes trygghet i hjemmet vil kommunen ha fokus på blant annet brannforebyggende tiltak. Et viktig tiltak for kommunen vil være å vurdere ulike velferdsteknologiske løsninger i fremtidig organisering av tjenestene. Å bidra til å skape den gode hverdagen for den enkelte bruker gjennom å sørge for at livet kan leves ut til tross for sykdom og/eller funksjonsnedsettelse, er omsorgstjenestenes viktigste oppgaver. Noen er avhengig av hjelp til de fleste hverdagsfunksjoner, for andre skal helse- og omsorgstjenestene bidra til at man klarer hverdagslivet på egenhånd gjennom opptrening og rehabilitering.

Barn og unge

Forebygging rettet mot barn og unge handler først og fremst om å legge til rette for et godt oppvekstmiljø. Gode oppvekstvilkår og tidlig innsats, er mål i seg selv, samtidig som det bidrar til å legge grunnlaget for en god helse gjennom hele livet. Å jobbe forebyggende og investere i barn og unges helse er avgjørende for en bærekraftig velferdsutvikling.

Kommunen må sørge for at barn og unge har gode oppvekstvilkår, og at levekårsforskjeller blant innbyggerne reduseres. Sarpsborg kommune vedtok i 2016 en egen folkehelseplan, der barn og unge er en sentral målgruppe.

Kommunen må bidra til å påvirke barn og unges levevaner på en positiv måte.

Helseutfordringer som oppstår i ung alder vil ofte påvirke helsetilstanden resten av livet. En uheldig utvikling kan føre til betydelig reduksjon i livskvalitet for den enkelte, og samtidig økt belastning på kommunen sine tjenester. De viktigste tjenestetilbudene rettet mot denne gruppen er de helsefremmende og forebyggende tjenestene og den tidlige innsatsen som ytes gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er behov for økt satsning og bedre koordinering av arbeidet med å forebygge, avdekke og avverge helsemessige utfordringer hos barn og unge. Folkehelseinstituttet viser til en økning i psykisk helseplager hos barn og ungdom. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de vanligste lidelsene i barne- og ungdomsårene. Disse symptomene går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. I Sarpsborg kommune har en vesentlig større andel av ungdom og unge voksne psykiske lidelser, sammenlignet med landsgjennomsnittet⁴.

En viktig oppgave for kommunen er å redusere negative generasjonsoverføringer. Svært mange av brukerne av rus- og psykiske helsetjenester rapporterer at de selv har hatt utfordringer i barndommen med foreldre og livssituasjon, og i barnevernstjenesten ser man at flere påfølgende generasjoner får tjenester. Forskning viser at utfordringer med levekår og sosiale problemer ofte går i arv. Barn av sosialhjelpsmottakere risikerer i stor grad selv å bli mottakere av sosialhjelp som voksne⁵. Kommunen har et ansvar for å utjevne sosiale forskjeller i helse og levekår. Grunnlaget legges primært i det forebyggende arbeidet rettet mot barn, unge og småbarnsfamilier.

I det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge, er det viktig å komme tidlig inn med tverrfaglig tilnærming. For å sikre tverrfaglig kompetanse og faglig samarbeid har Sarpsborg kommune opprettet 3 familiesentre. Familiesentrene er blant annet bemannet med helsesøstre, leger, psykologer, fysioterapeuter, jordmødre og familierådgivere. Familiesentrene driver forebyggende arbeid rettet mot alle barn, ungdom og deres familier. Det vil si at tilbudet gjelder alle innbyggerne, ikke bare de som allerede har et behov. Et viktig suksesskriterie for godt forebyggende arbeid er å styrke og videreutvikle den tverrfaglige kompetansen ved familiesentrene. Kommunen har også et eget helsetilbud til gutter ved helsestasjon Herrkules, og Utekontakten som er et tilbud for ungdom 13-23 år og deres familier. Dette er et fleksibelt, oppsøkende team som møter ungdommen der de oppholder seg både på dag- og kveldstid.

For å lykkes med forebyggende arbeid overfor barn og unge, og arbeide ut fra kommunens visjon «der barn og unge lykkes», er det viktig med et godt samarbeid mellom kommuneområdene velferd og oppvekst. Sarpsborg kommune har utviklet en plattform for tverrfaglig samarbeid for utsatte barn og unge og deres familier. Plattformen er ment som et

⁴ Folkehelseprofil for Sarpsborg 2016

⁵ SSB, Samfunnsspeilet, 2010/3

fundament for alle som jobber med denne målgruppa for å sikre tidlig innsats, helhetlig og tverrfaglig kompetanse og koordinering av tjenestene. Dette arbeidet må videreutvikles for å sikre en samordnet innsats for utsatte barn og unge og deres familier.

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

Sarpsborg kommune skal satse på mestringsorienterte tjenester der innbyggerne sees på som hele mennesker som selv vet best hva de trenger i sitt liv. Det er deres ressurser og mål som skal være utgangspunkt for tjenestene. Hverdagsmestring er et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tanke sett, som vektlegger enkeltmenneskets mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Hverdagsmestring implementeres i tjenestene gjennom hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i hvilke muligheter brukerne selv har til å bidra aktivt til å gjenopprette eller øke funksjonsnivå.

Hovedtrekk ved hverdagsrehabilitering:

- Hverdagsrehabilitering foregår i innbyggerens eget hjem eller nærmiljø
- Hensikten er at innbyggeren skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sitt funksjonsnivå
- Hverdagsrehabilitering er tidsavgrenset, målrettet og systematisk lagt opp med trening i å mestre hverdagsaktiviteter
- Hverdagsrehabilitering bygger på tidlig intervensjon, koordinert innsats, tverrfaglig samarbeid og stor grad av brukermedvirkning.

Innføring av hverdagsmestring krever en systematisk holdnings- og kulturendring. Omleggingen krever informasjon, motivasjon og oppfølging. For å få til dette kreves god ledelse, bevisst arbeid med ny metodikk og økonomiske virkemidler som understøtter endringene. Fokus må endres fra «hva trenger du hjelp til?» til «hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?». Det er brukernes egne ressurser, ønsker og personlige mål som er utgangspunktet for tjenestene som leveres.

Medarbeidere som jobber med hverdagsrehabilitering har forskjellig kompetanse og ulik erfaring. Disse er ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere. Innføring av hverdagsrehabilitering betyr at medarbeiderne må jobbe med å styrke brukerens egen evne til å mestre framfor å gjøre oppgaven for dem. For mange som lenge har hatt en hjelperrolle kan det innebære en stor omstilling. Riktig praksis må sikres av ledere i hjemmetjenesten. Det er viktig at det blir en god dialog med brukere og pårørende. Det er viktig å ha pårørende med på laget, slik at de forstår nødvendigheten av trening og ikke har forventninger om hjelp som passiviserer.

Hverdagsmestring som tanke sett må implementeres i alle ledd i helse- og omsorgstjenestene i Sarpsborg kommune. God tverrfaglig samhandling er et av suksesskriteriene for å få dette til i daglig drift. Målsettingen er at hverdagsrehabilitering som metode bidrar ytterligere til tidlig innsats i forløpet i hjemmetjenestens oppfølging og gjør brukerne bedre i stand til å ivareta sin egen helse og eget liv.

Rus og psykisk helse

Rus og psykiske helseplager er en stor folkehelseutfordring. Redusert livskvalitet, sykefravær, uførepensjon og økt dødelighet, samt konsekvenser for familie og barn, er blant de viktigste følgene av psykiske helse- og rusproblemer⁶. Psykiske helseutfordringer og rusproblemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Grad og alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov knyttet til problemet vil variere fra person til person. Mange håndterer situasjonen ved egen innsats eller med støtte fra familie og nettverk. Noen henter støtte gjennom selvhjelpstilbud, frivillige organisasjoner, mens andre har behov for helsetjenester i en kortere eller lengre periode.

Folkehelseprofilen for Sarpsborg viser at andelen innbyggere med psykiske symptomer og lidelser er høy i Sarpsborg sammenlignet med landet for øvrig, og antallet er økende⁷. Det er også en økning i antall innbyggere som får helsetjenester for sine rusproblemer og psykiske vansker/ lidelser. Det vil være viktig at personer med rus og/eller psykiske lidelser får hjelp til å mestre hverdagen gjennom et differensiert og lett tilgjengelig tjenestetilbud. Tilpassede dagaktivitetstilbud og bemannede boliger til målgruppen må være tilgjengelig. For å oppnå dette er det nødvendig å styrke tjenesten både faglig og ressursmessig. Rusforebygging bør prioriteres og omhandle tiltak som legger til rette for en forsterket og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for å utvikle eller som har lettere/moderate rusproblemer. De viktige tiltaksområdene er tidlig innsats, behandling og ettervern.

Demensomsorgen

Nasjonalt løftes demensutfordringen frem som en av de største helse- og omsorgsutfordringene for fremtiden. Dette gjelder også for Sarpsborg, og på bakgrunn av dette er demensomsorgen et prioritert tiltaksområde i helse- og omsorgsplan. I Norge er det i dag om lag 80 000 personer med demens. Prognoser tilsier at antall personer med ulike demenslidelser vil bli fordoblet i løpet av 25 – 30 år⁸. Det betyr at det blant Sarpsborgs innbyggere er anslagsvis 800 personer med demens, og at antallet vil øke til om lag 1600 personer i 2040.

Sarpsborg kommune må sikre at personer med demens har en trygg og god hverdag, uavhengig av om de bor i egen bolig, bofelleskap eller i sykehjem. Kommunen må bygge opp under tiltak som bidrar til at personer med demens kan bo hjemme så lenge som mulig, slik som avlastning, dagaktivitetstilbud og pårørendestøtte. Det er behov for økt koordinering av arbeidet innen demensomsorgen for å sikre høy kvalitet på tjenesten.

⁶ Meld.St.26, 2014-2015

⁷ Folkehelseprofil for Sarpsborg 2013-2016

⁸ Meld. St.29 2012-2013

Mestring av eget liv	
Hovedmål: Skape muligheter og forutsetninger for at hver enkelt innbygger kan mestre eget liv	
Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Informerte innbyggere som opplever medbestemmelse og involvering	<ul style="list-style-type: none"> • Oppdatert og tilgjengelig informasjon om kommunens tjenestetilbud • Utvikle system for å innhente og ta i bruk erfaringer fra innbyggere, brukere og pårørende • Sikre realistiske forventninger om tjenestetilbudet
Helhetlig forebygging for barn og unge og deres familier for økt mestring og bedre helse	<ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle og styrke tverrfaglig kompetanse ved familiesentrene • Styrke arbeidet mot negativ generasjonsoverføring • Videreutvikle arbeidet med samordna tjenester for utsatte barn og unge
Hverdagsmestring er implementert i alle helse- og omsorgstjenestene og hverdagsrehabilitering tas i bruk der det er relevant	<ul style="list-style-type: none"> • Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering forankres i kommunens politiske, administrative og faglige ledelse • Alle ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene får opplæring i hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som arbeidsform • Styrke arbeidet med hverdagsrehabilitering faglig og ressursmessig
Flere har en meningsfull hverdag og opplever at det er trygt å bo hjemme	<ul style="list-style-type: none"> • Hjemmebaserte tjenester skal styrkes både faglig og ressursmessig • Legge til rette for økt bruk av omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistent (BPA) • Styrke det brannforebyggende arbeidet • Utvikle differensierte aktivitetstilbud og sosiale møteplasser for eldre, funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede • Økt investering og bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger • Sarpsborg kommune er en foregangskommune for velferdsteknologi. Fremtidig organisering av tjenestene skal alltid ta hensyn til velferdsteknologiske løsninger.
Tilpassede helsetjenester til personer med rus og/eller psykiske lidelser	<ul style="list-style-type: none"> • Lett tilgjengelig og differensierte helsetjenester • Etablere flere bemannede boliger for personer med rus og/eller psykiske lidelser • Opprette flere aktivitets- og dagtilbud for

	<p>personer med rus og/eller psykiske lidelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke tjenesten til personer med rus og/eller psykiske lidelser faglig og ressursmessig
Personer med demens har en trygg og meningsfull hverdag	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke det koordinerende arbeidet for personer med demens • Opprette flere sosiale møteplasser • Videreutvikle avlastningstilbudet for pårørende, herunder utvikle flere dagaktivitetstilbud og prøve ut ordningen med hjemmeavlasting

4.3 Egnede bolig

Sikre en trygg og aktiv hverdag i egnede bolig

Hvordan vi bor har stor betydning for livskvaliteten og er en viktig ramme for muligheten til en trygg og aktiv hverdag. Det er viktig at innbyggerne selv tar ansvar for å ha en bolig som er tilpasset den enkeltes livsfase. Muligheten til å bo hjemme til tross for funksjonsfall vil ofte være styrt av hvordan boligen er utformet når det gjelder livsløpsstandard. Det er viktig med informasjon og veiledning slik at innbyggerne tar ansvar for å planlegge boligsituasjonen sin i framtida.

Det er behov for økt bevissthet rundt tilrettelegging av egen bolig og bygging av universelt utformede boliger. Undersøkelser viser at eldre i større grad ønsker å flytte fra store hus til ulike typer blokkbebyggelse med muligheter for fellesskap og tilgang på service⁹. Hvis flere innbyggere bor i boliger som er godt tilrettelagt for sykdom og aldring, kan det med stor sannsynlighet gi mindre press på heldøgnsomsorgen. Å gi gode og differensierte botilbud krever oppmerksomhet om den enkeltes boligsituasjon, og evne til å finne helhetlige og individuelt tilpassede løsninger som både ivaretar bolig og behov for omsorg. Det er behov for mer og lettere tilgjengelig informasjon om ulike boligformer, tilskudds- og lånemuligheter ved tilpasning av egen bolig eller ved flytting til annen bolig. Kommunen bør derfor vurdere ulike muligheter, herunder samarbeid med private utbyggere, som kan bidra til økt tilgang på universelt utformede boliger.

Heldøgnsomsorgen

Med bakgrunn i lovendringer er det utarbeidet en lokal forskrift med kriterier om rett til opphold i sykehjem eller bofellesskap¹⁰. Det er viktig at innbyggerne er kjent med hva denne retten innebærer, slik at de vet hva de kan forvente.

Kommunen tilbyr langtidsplasser på sykehjem og i bofellesskap for personer som har varig behov for døgnkontinuerlig oppfølging av medisinsk behandling, pleie og tilsyn. Før tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller bofellesskap skal andre alternativer være prøvd ut eller vurdert og ikke funnet hensiktsmessig eller forsvarlig. Dette gjelder blant annet tilbud om

⁹ NIBR-rapport 2005:17 «Slik vil eldre bo - En undersøkelse av framtidige Eldres boligpreferanser»

¹⁰ Vedtas i bystyret 15.6.17

helse- og omsorgstjenester i hjemmet herunder hverdagsrehabilitering, dagtilbud, korttidsopphold i sykehjem, avlastning, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistent, tilrettelegging av hjemmet, hjelpemidler, tekniske løsninger og velferdsteknologi. Hensikten med dette er å sikre at tildeling av langtidsplass i sykehjem og bofellesskap er forbeholdt de pasientene som kun kan få sine behov dekt gjennom et heldøgnstilbud.

Kommunen må til enhver tid sikre at det er tilstrekkelig langtidsplasser i sykehjem og bofellesskap. En gjennomgang av sykehjemmene i Sarpsborg gjennomført i 2016, viste at rundt 80 prosent av beboerne har en demenssykdom. Noen vil få et sykdomsforløp som er preget av sterk uro, og lav toleranse for ytre påvirkninger, og trenger skjerming. I Sarpsborg har behovet for skjermede plasser for personer med demens økt. I tillegg til å legge til rette for det nødvendige antallet skjermede plasser ved dagens sykehjem og bofellesskap, må antallet sikres ved utbygging av økt kapasitet i heldøgnsomsorgen. For å sikre et helhetlig arbeid med oppretting av nye heldøgns plasser og omsorgsbygg og en funksjonsfordeling som er tilpasset innbyggernes behov, skal det utvikles en egen kommunedelplan for struktur og kapasitet i omsorgstjenestene.

For å kunne gi målrettede tilbud med fokus på mestring og rehabilitering er kommunen avhengige av å ha et tilstrekkelig antall korttids plasser. Korttids plassene kan benyttes fleksibelt, både til pasienter som skrives ut av sykehus og har behov for rehabilitering, utredning, behandling og for pasienter som er i en palliativ fase. Økt press på heldøgnsomsorgen og kortere liggetid på sykehus har økt presset på korttids plassene i kommunen.

Egnet bolig	
Hovedmål: Sikre en trygg og aktiv hverdag i egnet bolig	
Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Innbyggere settes i stand til å ta ansvar for egen boligsituasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Være en pådriver for etablering av flere tilrettelagte boliger • Utvikle informasjonsportal om ulike boligformer, tilskudds- og lånemuligheter • Legge til rette for at flere kan eie egen bolig fremfor å leie • Forebygge bostedsløshet • Veiledning, bistand og opplæring som bidrar til at personer mestrer sin bosituasjon
Heldøgnsomsorgen samsvarer med innbyggernes behov	<ul style="list-style-type: none"> • Formidle kriterier for tildeling av plass i heldøgnsomsorgen til innbyggerne, og tydeliggjøre hvilke andre tiltak som skal være prøvd ut eller vurdert i forkant • Rehabiliterer sykehjemsplasser som ikke tilfredsstillt dagens standard • Etablere flere skjermede plasser for personer med demens • Øke kapasiteten i heldøgnsomsorgen • Kommunedelplan for kapasitet og struktur for bygg og funksjonsfordeling (vedtas 2019)

4.4 Samarbeid, samhandling og ressursmobilisering

Helhetlige og koordinerte tjenester og aktiv samhandling

Helse- og omsorgstjenestene skal oppleves som tilgjengelige, helhetlige og koordinerte for den enkelte bruker. Dette skal gjelde uavhengig av alder og hjelpebehov.

Samhandlingsreformens målsetting er koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

Samarbeidet mellom ulike tjenesteområder internt i kommunen og eksternt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen må styrkes. Samarbeidsavtalene som kommunen har med spesialisthelsetjenesten må videreutvikles og tilpasses dagens og fremtidens situasjon og arbeidsdeling. Internt i kommunen vil det være viktig å videreutvikle samarbeidet mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene.

Å ta i bruk de samlede ressursene i lokalsamfunnet

Det er et stort potensiale i samarbeidet med pårørende, frivillige og ideelle organisasjoner samt andre aktører slik at alle ressurser kan jobbe sammen til det beste for innbyggerne. Et godt velferdssamfunn kan bare skapes i fellesskap med innbyggerne. Opplevelsen av medvirkning og tillit må til for at innbyggere og frivillige organisasjoner skal ta ansvar og delta aktivt i fellesskapet. Kommunen må legge til rette for at lokalsamfunnet og pårørende mobiliseres og blir en ressurs for hverandre.

Den omsorgen som familien gir utgjør i dag på landsbasis ca. 100 000 årsverk¹¹. Nasjonalt har det vært jobbet med å utvikle systemer som vil sikre at pårørendes innsats blir verdsatt og synliggjort, og det er utviklet en egen veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten¹². Det må bli enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse og/eller psykiske og sosiale problemer. Kommunen må støtte oppunder den omsorgen som familie, venner og naboer står for, og utvikle dette samarbeidet.

Frivillig innsats er et viktig supplement til kommunale tjenester. Frivillig innsats er viktig både for de som nyter godt av den og for de som yter slik innsats. Frivillig arbeid har en egenverdi. Det er snakk om fellesskap og en arena for menneskelig vekst og som kan motvirke ensomhet og isolasjon. Utsagnet «Frivilligheten lever av lyst og dør av tvang» - må være kommunenes utgangspunkt i tilrettelegging for frivillig innsats. Aktuelle tilbud hvor frivilligheten kan spille en viktig rolle kan være likepersonsarbeid¹³, fysisk aktivitet, hjelp til å utføre ærend med mer. Deltakelse i frivillig arbeid skjer imidlertid ikke av seg selv, men krever engasjement, oppfølging og koordinering. Sarpsborg kommune vil satse aktivt for å styrke samarbeidet med bruker- og interesseorganisasjoner og andre frivillige.

¹¹ NOU 2011:11: Innovasjon i omsorg

¹² <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>

¹³ Med likepersonssarbeid menes overføring av personlig erfaring med en bestemt type funksjonsnedsettelse eller livssituasjon til en annen person som er i samme situasjon

Samarbeid, samhandling og ressursmobilisering	
Hovedmål: Helhetlige og koordinerte tjenester og aktiv samhandling	
Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Helhetlige, koordinerte og trygge tjenester til innbyggerne	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere arenaer og systemer for samordning og samhandling mellom tjenestene for å sikre gode pasientforløp innad i kommunen, og mellom kommunen og andre (spesialisthelsetjenesten, NAV og andre) • Sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til personer som mottar flere tjenester • Styrke legetjenestene og legevakten ressurs- og kompetansemessig
Pårørende er en ressurs og viktig samarbeidspartner	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke samarbeidet mellom pårørende og helse- og omsorgstjenestene • Utvikle lokal veileder for pårørendearbeid og pårørendestøtte • Videreutvikle og styrke arbeidet med barn som pårørende • Etablere pårørendeskoler i samarbeid med brukerorganisasjoner
Aktiv samhandling med frivilligheten	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere møteplasser for bruker- og interesseorganisasjoner og annen frivillighet • Følge opp nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020) • Utvikle system for bedre koordinering av samarbeid med frivilligheten

4.5 Kvalitet, ledelse og kompetanse

Sikre helse og omsorgstjenester av høy kvalitet

Tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er virkningsfulle, trygge, sikre og tilgjengelig. De er samordnet og preget av kontinuitet, og de involverer brukerne.

Ledelse og kompetanse

God og tydelig ledelse er avgjørende for å få til endring i helse- og omsorgstjenestene. Kommunen skal ha handlekraftige og kompetente ledere, som kan håndtere tjenestenes behov for endring, utvikling og innovasjon. Det betyr at vi må ha ledere som bidrar til å samle tjenesten rundt felles mål, og som dette til handling i alle ledd. En undersøkelse gjennomført

av PWC der de ser på ressursbruk i pleie og omsorgssektoren, viser en klar sammenheng mellom effektive kommuner og følgende forhold ved kultur og ledelse¹⁴:

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

Satsing på god ledelse, kompetanseutvikling og rekruttering er de viktigste faktorene for å nå målet om en bærekraftig og fremtidsrettet tjeneste av god kvalitet. Medarbeidere er helse- og omsorgstjenestes viktigste ressurs, og kvaliteten på tjenestene er avhengig av personalet sine kvalifikasjoner, kunnskap og holdninger.

God kompetanse på riktig sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Brukerne av kommunale helse- og omsorgstjenester blir en stadig mer sammensatt gruppe. Flere yngre kommer til, ofte med sammensatte lidelser og alvorlige funksjonsnedsettelse. Kompleksiteten i kommunens helse- og omsorgsoppgaver øker, og det må også gjenspeiles i endringer i kompetanse og økt tverrfaglighet.

Det er nødvendig med faglig omstilling i helse- og omsorgstjenestene. Omstillingen innebærer endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger. Kommunen må utvikle en helhetlig strategi for hvordan det skal legges til rette for at tjenestene får et så godt grunnlag som mulig til å rekruttere, utvikle og beholde kvalifisert arbeidskraft. Et stimulerende og støttende arbeidsmiljø med mål om å redusere sykefravær, og å tilby flere heltidsstillinger vil ha stor betydning for tilgang på arbeidskraft i framtiden.

I tillegg til formell utdanning, må kommunen sikre at den enkelte medarbeider har god samhandlingskompetanse. Samhandlingskompetanse betyr kunnskaper om hvordan man opptrer sammen med andre. I samhandling er empati, etisk bevissthet og ferdigheter i kommunikasjon vesentlig. Medarbeidere må ha evne til å lytte, ta brukerens opplevelse på alvor, vise respekt for det enkelte individ, og samtidig benytte faglig kompetanse for å yte god og tilpasset hjelp.

Kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere slik at resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.

For å få til dette på en god måte må kommunen ha gode systemer for å avdekke og dokumentere avvik og identifisere årsaker. Kvalitetsforbedring handler om å lære av egne feil og mangler til å teste ut innovative og nytenkende ideer og tjenester. Kvaliteten på kommunens omsorgstjenester handler også om den enkelte innbyggers opplevelse i møte med

¹⁴ PWC 2015: Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur

det kommunale hjelpeapparatet. Tjenestemottakernes erfaringer skal legges til grunn i kommunens arbeid med forbedring av sine tjenester.

Kvalitet, ledelse og kompetanse	
Hovedmål: Sikre helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet	
Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
En kompetent og endringsdyktig ledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke endringskompetansen blant ledere • Utvikle system for oppfølging av ledelse og kvalitet
Nok og riktig kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle kompetanseplan for å sikre at medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse og at nødvendig kompetanse holdes ved like (ferdigstilles 2018) • Utvikle en rekrutteringsstrategi på helse- og omsorgsområdet
Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Benytte avvik og klager for å identifisere forbedringspunkter • Utvikle kvalitetssystem med kvalitetsindikatorer som verktøy for ledelse og kvalitetsforbedring

Vedlegg

Kunnskapsgrunnlag

Kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028



1 Levekårsutfordringer	1
2 Migrasjonshelse	3
3 Aldring av befolkningen.....	4
3.1 Press på heldøgns plasser	5
4 Flere oppgaver skal løses i kommunen	6
5 Forventningsavklaring – ansvar for eget liv.....	7
6 Endring i sykdomsbildet.....	7
6.1 Fra eldreomsorg til omsorg for alle - Stadig flere yngre brukere	8
6.2 Demens.....	10
6.3 Økt forekomst av rus og psykiske lidelser	10
7 Ressursmobilisering	11
8 Ledelse og kompetanseutvikling	12

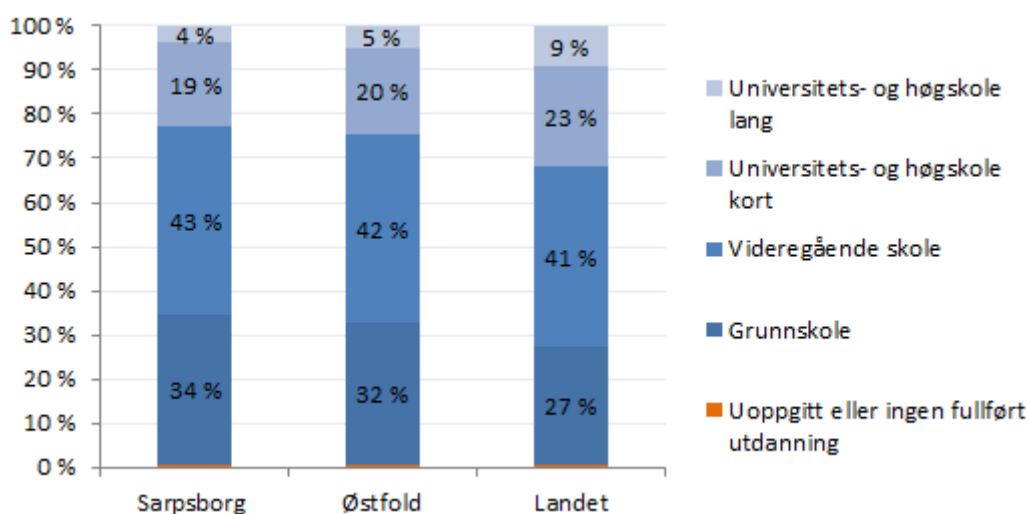
1 Levekårsutfordringer

Gjennom de siste tiårene har befolkningen som helhet fått bedre helse. Men det er fremdeles store folkehelseutfordringer som må håndteres for å sikre sosial og økonomisk bærekraft for fremtida. De sosiale forskjellene i helse og levkår er betydelige. For eksempel er det slik at personer med høyere utdanning og høy inntekt har andre levevaner enn personer med lav utdanning og lav inntekt, og dette bidrar til at førstnevnte gruppe har bedre helse.

Sarpsborg skårer dårligere enn landsgjennomsnittet på de fleste levekårs- og folkehelseindikatorer som blant annet utdanning, sysselsetting, inntekt og helse¹. Det er også betydelige levekårsforskjeller i Sarpsborg.

Utdanningsnivå er en viktig faktor som bidrar til sosial ulikhet i helse. Utdanningsnivået i Østfold er lavere enn landsgjennomsnittet, og i Sarpsborg er utdanningsnivået lavere enn for fylket. En av tre sarpinger som er 16 år og eldre har grunnskolen som høyeste fullførte utdanning. 23 % har utdanning på universitet/høgskolenivå, de aller fleste med en kort høyere utdanning.

Figur 1: Høyeste fullførte utdanningsnivå for personer 16 år og eldre. 2015.

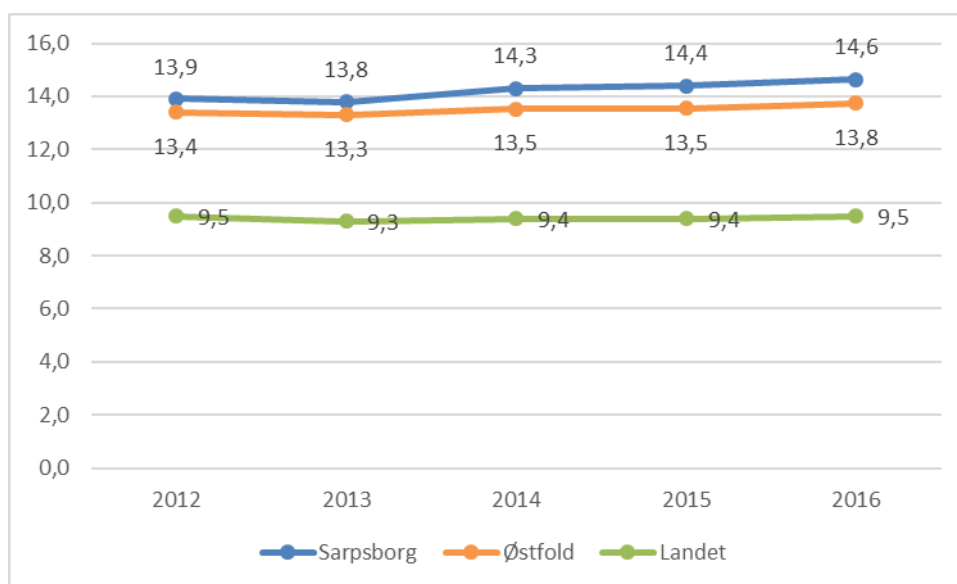


Kilde SSB

Ved utgangen av september 2016 mottok om lag 5000 personer i Sarpsborg uføretrygd. Dette er en økning på mer enn 100 personer fra året før. Andelen av innbyggere i Sarpsborg som er uføretrygd har hatt en jevn økning de siste årene, og i 2016 er 14,6 prosent av innbyggerne i alderen 18 til 67 år uføretrygd. Andelen uføretrygd har gjennomgående ligget høyere i Sarpsborg sammenlignet med fylket og landet.

¹ Folkehelseinstituttet – Folkehelseprofil for Sarpsborg kommune 2013-2016

Figur 2: Andel uføretrygdede i prosent av befolkningen (18-67 år).



Kilde Nav

Sarpborg kommune har også flere unge uføretrygdede mellom 18 og 24 år enn i landet for øvrig². For Sarpborg er andelen uføretrygdende i denne aldersgruppen 3,8 prosent, mens andelen for landet er 2,6 prosent.

Sarpborg er en av mange kommuner som har utfordringer med befolkningens bruk av legemidler, forekomst av psykisk lidelse, trygdeytelser, levekår og lav utdanning. Tiltak som forebygger og utjevner sosiale forskjeller er derfor helt essensielle. I 2009 gjennomførte Statistisk Sentralbyrå en studie om sosial arv på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Kartleggingen ser på sammenhenger mellom foreldre og barn når det gjelder utdanning, yrke, økonomiske problemer og trygdebruk. Her kommer det blant annet frem at barn som bor i husholdninger der det er økonomiske problemer under oppveksten også i stor grad har vanskeligheter med økonomien når de er voksne. Det er en klar sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og barnas utdanningsnivå.

En viktig utfordring for Sarpborg er å hindre generasjonsoverføringer av rus- eller psykiske lidelser. Svært mange av brukerne av spesielt rus- og/eller psykiske helsetjenester rapporterer selv å ha hatt utfordringer i barndom med foreldre og livssituasjon. Ofte ser man at det kan være både tredje og fjerde generasjon som har behov for rus- eller psykiske helsetjenester.

I 2016 vedtok Sarpborg kommune kommunedelplan for folkehelse 2016-2027. Dette er den første plan for folkehelseområdet i Sarpborg kommune³. Hovedmål i denne planen er:

² Folkehelseprofil for Sarpborg, 2016

³ <https://www.sarpborg.com/globalassets/dokumenter/politikk-og-planer/kommunedelplan-folkehelse-2016-2027.pdf>

- Barn og unge mestrer sosialt og lykkes med opplæringsløpet
- Levekårene er bedret og sosiale helseforskjeller er redusert
- Sunn og fysisk aktiv hverdag for alle
- Den psykiske helsen er bedret – særlig blant barn og unge
- Aktive eldre med god livskvalitet
- Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid preget av systematikk og helhet

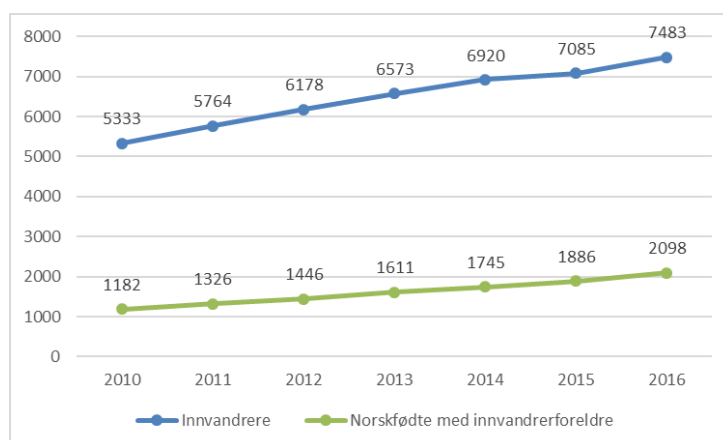
2 Migrasjonshelse

En vesentlig del av befolkningsveksten i Sarpsborg skyldes innvandring. Det innebærer at kulturer og religioner med andre tradisjoner og oppfatninger om helse og sykdom møtes. Årsakene til at mennesker flytter over landegrensene er mange og sammensatte. Flukt fra krig, forfølgelse og katastrofer er viktige grunner, men de aller fleste flytter for å finne arbeid eller skaffe seg utdanning. Mange søker også gjenforening med familiemedlemmer som har flyttet før dem. Migrasjon utfordrer samfunnet, gir nye muligheter og bidrar til mangfold og endring. Migrasjon har mange årsaker, men innebærer for alle et oppbrudd fra kjente forhold og nettverk, noe som innebærer en økt risiko for psykiske plager. Særlig utsatt er flyktninger og asylsøkere. Ofte er det forhold etter flytting som påvirker den psykiske helsen.

Alle mennesker bosatt i Norge skal tilbys likeverdige helsetjenester, uavhengig av blant annet etnisk, kulturell eller religiøs tilhørighet. Det vil være store variasjoner mellom ulike pasient- og brukergrupper. Det er store helseforskjeller i hele befolkningen og også når det gjelder innvandreres helse.

I Sarpsborg var det ved inngangen til 2016 bosatt totalt 9581 personer som enten har innvandret eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør dette 17,5 prosent av Sarpsborgs innbyggere. Dette er en noe høyere andel enn for landet som helhet (16 %). Innvandrere utgjør 13,7 prosent av Sarpsborgs innbyggere.

Figur 3: Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Sarpsborg fra 2010 til 2016



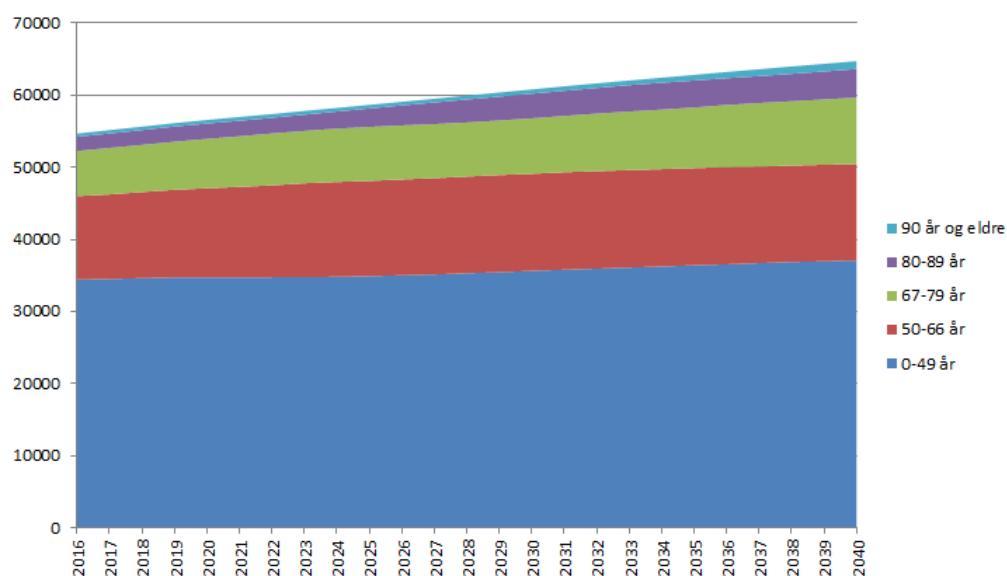
Kilde SSB

Nærmere seks av ti innvandrerne som er bosatt i Sarpsborg kommer fra et europeisk land. Flest innvandrere er fra Polen (1264), Irak (774), Bosnia (736), Kosovo (432). Dernest følger innvandrere fra Sverige (429), og Somalia (375).

3 Aldring av befolkningen

Det er forventet at Sarpsborg kommune skal øke med nærmere 10 000 innbyggere de neste 25 årene til 65 000 i 2040⁴.

Figur 4: Befolkningsprognose for Sarpsborg kommune 2016-2040



Kilde SSB

Det er særlig blant de eldste aldersgruppene at økningen er markant. Mens det blir 8 % flere sarpinger i aldersgruppen 0-49 år i perioden, vil aldersgruppen 67-79 år øke med 47 %, personer mellom 80-89 år vil bli dobbelt så mange, mens personer over 90 år vil øke med nesten 150 %.

Tabell 1 – Befolkningsprognose for de eldste aldersgruppene. 2016-2040

	2016 - Antall	2016-2026		2016-2040	
		Økning i antall	Økning i %	Økning i antall	Økning i %
67 - 79 år	6 259	1 231	20 %	2 961	47 %
80 - 89 år	1 982	796	40 %	1 990	100 %
90 år og eldre	443	59	13 %	647	146 %

Kilde SSB

⁴ Beregningen er basert på middels nasjonalvekst

Tabell 2: Økning aldersgruppen 80+ (referanseår 2016)

	2018	2020	2022	2024	2026	2028	2030	2032	2036	2040
Prosent økning fra 2016	4 %	8 %	11 %	19 %	35 %	54 %	66 %	73 %	88 %	109 %
Antall økning fra 2016	107	195	272	454	855	1307	1593	1765	2138	2637

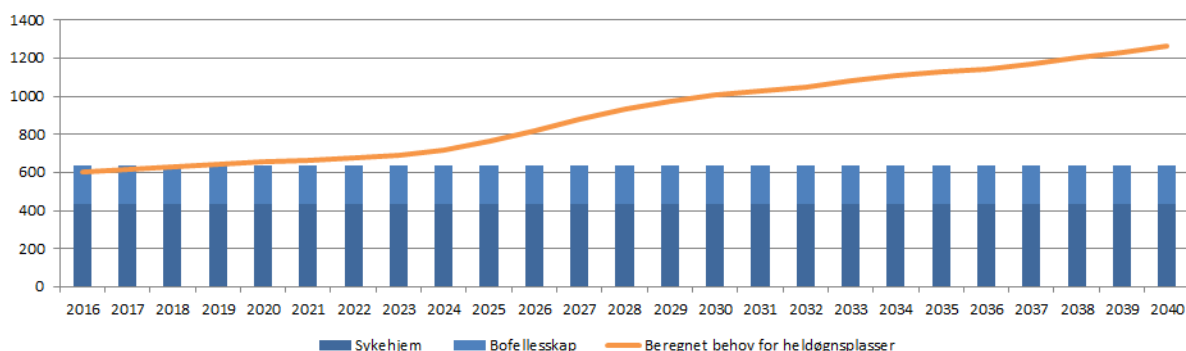
Kilde: SSB

Personer over 67 år er forventet å stå for mer enn halvparten av befolkningsveksten frem til 2040. Morgendagens eldre vil leve lenger og møte alderdommen med blant annet bedre økonomi, bedre helse og helt andre materielle forhold enn generasjonene før dem.

Det kan være vanskelig å trekke entydige konklusjoner om fremtidige helsebehov ut fra en framskrivning av befolkningsdata. Det henger sammen med at en ikke har entydige data på hvordan økt levealder vil slå ut i forhold til behov for helse- og omsorgstjenester. Dette vil likevel være en indikasjon på hva en kan forvente de nærmeste årene. Hvordan kommunen lykkes med forebyggende tiltak spesielt i yngre grupper, vil være avgjørende for det fremtidige behovet for tjenester.

3.1 Press på heldøgnsplasser

Det eksisterer ingen statlige normtall for dekningsgrad av heldøgnsplasser på sykehjem eller bofelleskap, selv om dette har vært drøftet i ulike offentlige utredninger. Staten har i en del sammenhenger brukt 25 prosent dekningsgrad av heldøgnsplasser i prosent av befolkningen i alderen 80 år og eldre som et utgangspunkt. Figuren under viser antall heldøgnsplasser i Sarpsborg i 2016, fordelt på sykehjemsplasser (434) og plasser i bofelleskap (200). Den oransje linjen illustrerer en dekningsgrad på 25 prosent av innbyggere som er 80 år og eldre.

Figur 5: Dekningsgrad heldøgnsplass (langtid) og fremtidig behov

Kilde SSB

I dag har Sarpsborg en dekningsgrad for heldøgnsplasser på 26 prosent. Sarpsborg har en høyere dekningsgrad av institusjoner og boliger med heldøgnsbemanning enn

sammenlignbare kommuner⁵. Behovet frem til 2040 med forventet befolkningsutvikling, gitt dagens dekning, tilsier 600 nye plasser. Det er innenfor dette mulighetsrommet kommunen må planlegge tjenestene på en annen måte. Kommunen må jobbe mer målrettet i forhold til hvem som trenger heldøgns plass, og hvem som har behov for hjelp i eget hjem, og hvordan vi ved hjelp av tidlig innsats kan forebygge og utsette behovet for heldøgns plass.

Samtidig som Sarpsborg har høyere dekningsgrad av heldøgns plasser enn sammenlignbare kommuner, har Sarpsborg en lavere dekning i hjemmetjenesten:

- Andelen mottakere av hjemmetjenester (av innbygger 80 år og eldre) er ca. 5 % lavere enn i kommunegruppe 13.
- Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke er 3,1 i Sarpsborg mot 4,6 i kommunegruppe 13.
- Gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke til praktisk bistand er 8,1 i Sarpsborg mot 9,8 i kommunegruppe 13.

Sammenlignet med andre kommuner har Sarpsborg også en lav andel korttids plasser. Etter opprettelsen av Helsehuset i 2016 fikk Sarpsborg 71 heldøgns korttids plasser. 35 av plassene er spesial plasser (palliativ, rehabilitering, kommunale akutte døgn plasser) og rullerende plasser. Dette medfører at det er et stort trykk på korttids plassene, som igjen har medført at kommunen i løpet av 2016 i snitt betaler for ett overliggerdøgn per dag.

4 Flere oppgaver skal løses i kommunen

Oppgavene som kommunen skal ivareta har over tid økt og blitt mer komplekse. Oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene har endret seg dramatisk. Dette gjelder blant annet HVPU-reformen⁶ og omstillinger innen psykisk helsevern. Med Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 har kommunene fått overført flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Endringer i spesialisthelsetjenesten medførte også at liggetiden på sykehus ble kraftig redusert og det ble mer brukt av poliklinikk og dagbehandling.

Regjeringen ønsker at kommunene skal ta over flere rehabiliterings oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. I den anledning har regjeringen lagt frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Planen har som mål at den skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt tilrettelagt rehabiliteringstilbud for sine innbyggere.

⁵ Sammenlignbare kommuner er definert som kommunegruppe 13 i Kostra (K13). Dette er store kommuner utenom de fire største byene.

⁶ Hovedmålet med ansvarsreformen var å avvikle institusjonsomsorgen for personer med utviklingshemming og bedre og normalisere levekårene for mennesker med psykisk utviklingshemming. Reformen ble gjennomført i perioden 1991 til 1995

5 Forventningsavklaring – ansvar for eget liv

Innbyggere og brukerorganisasjoner har store forventninger til kommunen. Forventningene kan strekke seg utover det kommunen har plikt til å tilby. Det må skapes realistiske forventninger til hvilke tjenester kommunen skal tilby. Utfordringene er delvis knyttet til at innbyggerne har ulike kunnskap om tjenestene. Forventninger til tjenesten vil kunne påvirke vurdering av behov og etterspørsel. For eksempel kan utilstrekkelig informasjon om hvilke tjenester som finnes og hva som er alternativene, bidra til at man etterspør tjenester på et høyere omsorgsnivå enn hva som er nødvendig. Innbyggerinvolvering og god informasjon fra kommunene vil være avgjørende.

Hvordan innbyggerne i Sarpsborg bor er også en viktig ramme rundt en trygg og aktiv hverdag. Det er viktig at innbyggerne selv tar ansvar for å ha en bolig som er tilpasset den enkeltes livsfase. Muligheten til å bo hjemme til tross for funksjonsfall vil ofte være styrt av hvordan hjemmet fungerer i forhold til den enkeltes tilstand. Mange av innbyggere bor i boliger som ikke er tilpasset funksjonsnedsettelse og økte behov. Tall fra SSB viser at mer enn halvparten av Sarpsborgs innbyggere over 67 år bor i enebolig. To av ti bor i tomannsbolig eller rekkehus, og omtrent like mange bor i blokk. Nærmere 40 prosent av boligene er bygd før 1960. Ut fra dette er det stor sannsynlighet for at mye av bygningsmassen ikke er tilpasset dagens krav til livsløpsstandard, og at boligen i seg selv vil kunne sette krav til større behov for bistand enn det en mer moderne boligmasse ville gjort. Det vil være viktig med informasjon og veiledning slik at den enkelte gis mulighet til å planlegge for egen framtid.

Omsorgsutfordringene og innretningen av helse- og omsorgstjenestene vil kreve omstillingsevne og vilje i sektoren, blant ledere og ansatte, og ikke minst hos innbyggerne. Skal Sarpsborg lykkes i å skape en mer framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, der brukerne i større grad deltar aktivt i egen hverdag, må innbyggernes forventninger til tjenesten samstemmes.

6 Endring i sykdomsbildet

Sykdomsbildet endrer seg over tid og helsevesenet står overfor nye utfordringer. Stadig oftere opptrer flere sykdommer samtidig noe som påvirker funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse⁷. I fremtiden vil det være en fortsatt økning i forekomst av ulike sykdommer som KOLS, kreft, diabetes, hjerte-karsykdommer, muskel/skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens. Denne utviklingen stiller større krav til både kompetanse, endret kompetanse og økt kapasitet i de kommunale tjenestene. Mange av pasientene har behov for flere tjenester og ofte over lang tid. Flerfaglig tilnærming må til for å skape helhet og kontinuitet.

Takket være den medisinske utviklingen hører sykdommer som tidligere førte til tidlig død nå til i kategorien kroniske sykdommer. Diagnoser som kols, hjerte- og karsykdommer og

⁷ Folkehelseinstituttet 2014

forekomst av type 2 diabetes er mer utbredt i Sarpsborg enn i landet for øvrig. Personer med psykisk utviklingshemming lever i dag lengre og får mulighet til å leve et mer fullverdig liv på grunn av bedre medisinsk oppfølging. Det har også vært en rivende utvikling innenfor nyfødtdisiplin de siste årene, og stadig flere fortidligfødte barn overlever. De premature barna er mer utsatt for senskader enn barn født til termin. De har også oftere atferdsmessige, kognitive og helsemessige problemer som krever omfattende tjenester til barna og familien fra barndom og inn i voksen alder. Flere av disse vil kunne ha behov for svært ressurskrevende tjenester.

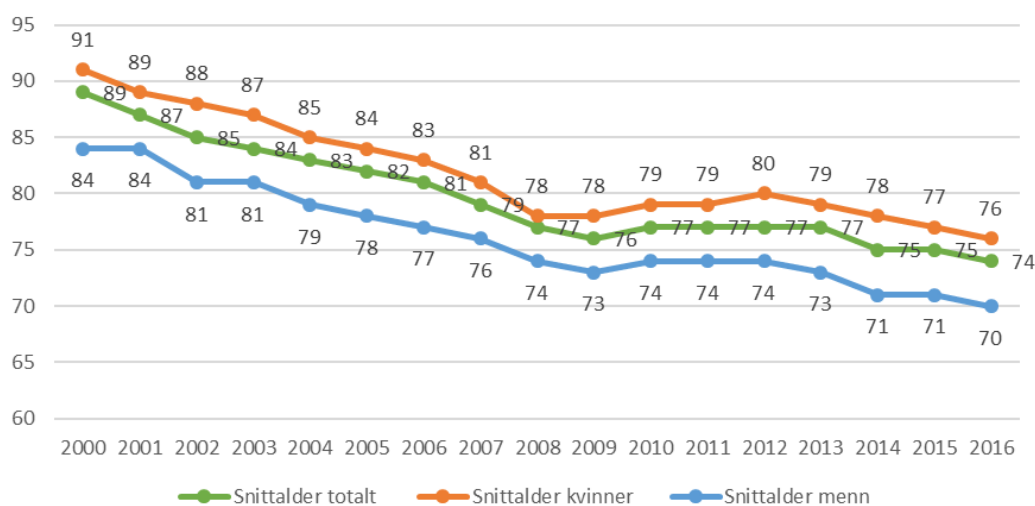
6.1 Fra eldreomsorg til omsorg for alle - Stadig flere yngre brukere

Målgruppen for våre helse- og omsorgstjenester blir stadig mer heterogen. I dag benyttes tjenestene av brukere i alle aldre, og med svært forskjellige behov. Det er ikke lengre snakk om eldreomsorg, men omsorg for alle. En nasjonal undersøkelse viser at nær 40 prosent av mottakere av helse- og omsorgstjenester er under pensjonsalder (St.meld 29. 2012-2013).

I 2000 hadde personer som mottok hjemmesykepleie i Sarpsborg en snittalder på 89 år. I perioden fram til i dag, har mottakerne blitt yngre og yngre og i 2016 har aldersgjennomsnittet blitt redusert med 15 år. Denne utviklingen gjelder for både menn og kvinner.

Gjennomgående har alderen for kvinner som mottar hjemmesykepleie vært høyere enn for menn. I 2000 var snittalderen for kvinner som mottok hjemmesykepleie 91 år, mens i 2016 er det redusert til 76 år. For menn er alderen redusert fra 84 til 70 år i samme periode.

Figur 6: Aldersgjennomsnitt for personer som mottar hjemmesykepleie fra 2000 til 2016

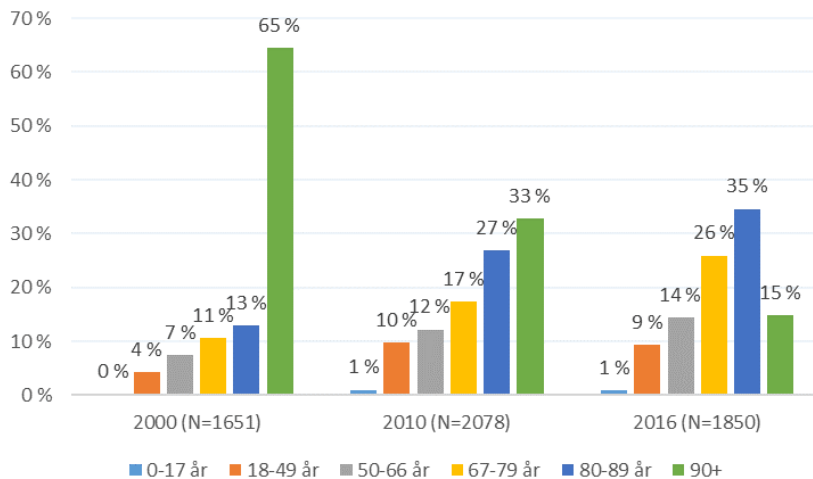


Kilde: Gerica

Årsaken til at aldersgjennomsnittet er gått ned for de som mottar hjemmesykepleie er både fordi færre eldre, 80 år og eldre, mottar denne tjenesten i 2016 enn i 2000, samtidig som vesentlige flere yngre får hjemmesykepleie i dag enn tidligere. I 2000 utgjorde personer som

er 90 år og eldre 65 prosent av de som mottok hjemmesykepleie. I 2016 er andelen mottakere av hjemmesykepleie som er i denne aldersgruppen redusert til 15 prosent.

Figur 7: Personer som mottar hjemmesykepleie fordelt på aldersgruppe og år



Kilde: Gericca

Nasjonale tall⁸ viser at personer under 67 år som mottar hjemmetjenester består hovedsakelig av mennesker som har ulike somatiske lidelser (39%)⁹, psykiske lidelser (37%), mennesker med psykisk utviklingshemming (13%) og personer med rusproblemer (9%). Tendensen er den samme i Sarpsborg.

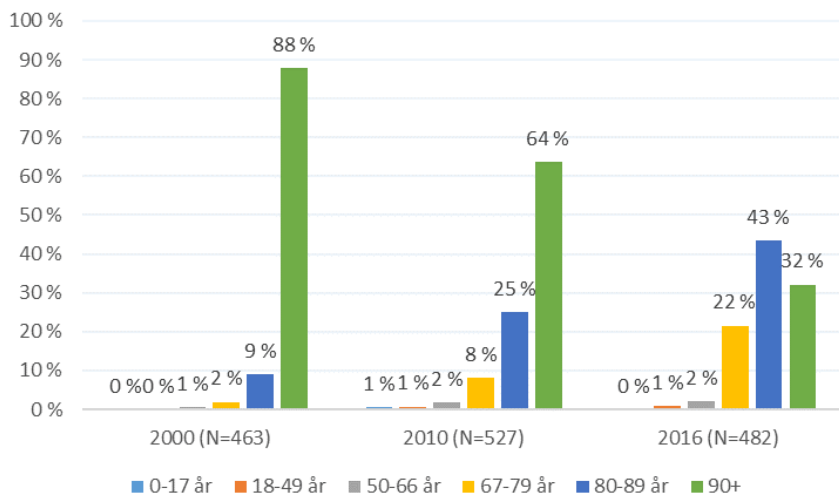
Utviklingen er den samme for personer på langtids plass i institusjon. I kalenderåret 2000 var 97 prosent av beboerne på sykehjemmene 80 år eller eldre. I 2016¹⁰ er andelen av beboerne som er 80 år og eldre redusert til 75 prosent. Snittalderen er i perioden blitt redusert fra 98 år til 84 år.

⁸ Meld St. 29 (2012-2013)

⁹ Blant disse dominerer neurologiske tilstander som MS, hjerneslag, hode- og ryggskader

¹⁰ 1.1.2016-30.9.2016

Figur 8: Personer på langtidsplass institusjon fordelt på aldergruppe og år



Kilde: Geric

6.2 Demens

En konsekvens av økt levealder er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser vil bli fordoblet i løpet av 25-30 år¹¹. Nasjonalt løftes dette frem som en av de største helse- og omsorgsutfordringene for fremtiden. I Norge er det i dag om lag 70 000 personer med demens. Det er grunn til å anta at det blant Sarpsborgs innbyggere er rundt 700 personer med demens, og at antallet vil øke til om lag 1400 personer i 2040.

En gjennomgang av sykehjemmene i Sarpsborg gjennomført i 2012 viste at rundt 85 prosent av beboerne har en demenssykdom. Det betyr at halvparten av alle personer med demens bor i eget hjem. De fleste demenssykdommer utvikles over tid, og mange har ressurser rundt seg som gjør det mulig å bo hjemme. Det er behov for å differensiere og tilrettelegge tjenestetilbudene alt etter hvilken fase av sykdommen den enkelte befinner seg i og hva slags familiesituasjon de har. Det er en viktig utfordring for Sarpsborg å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tjenestene til personer med demens og deres pårørende. Det er også en utfordring at mange fremdeles opplever demens som skambelagt, og utsetter å be om hjelp. Dette medfører stor slitasje på pasient og pårørende. Den generelle kunnskapen om demens både blant ansatte, pårørende og i samfunnet for øvrig kan fremstå som mangelfull.

6.3 Økt forekomst av rus og psykiske lidelser

Nasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. 10-20 prosent får en ruslidelse¹². Psykiske lidelser og ruslidelser opptrer ofte samtidig. Vel så alarmerende er det at psykiske lidelser er mer utbredt blant Sarpsborgs innbyggere.

¹¹ Meld. St.29 2012-2013

¹² Meld St.26. 2014-2015

Omkring 8 prosent av barn og unge i Norge har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Folkehelseinstituttet anslår at mellom 15-20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de vanligste lidelsene i barne- og ungdomsårene. Disse symptomene går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Sarpsborg kommune har en vesentlig overvekt av innbyggere med psykiske lidelser sammenlignet med landsgjennomsnittet, og antallet er økende¹³. Dette gjelder også for den yngre delen av befolkningen, 15-29 år. Mange barn vokser opp i familier preget av rus, vold, omsorgssvikt, alvorlig psykisk sykdom og skilsmisser med høyt konfliktnivå. Alkoholbruk blant ungdom er redusert de senere år.

Internasjonale studier viser at jo mer alvorlig rusproblemet er, desto høyere forekomst av psykiske helseproblemer. En hovedtendens er også at risikoen for rusmisbruk øker med alvorlighetsgrad av den psykiske lidelsen. Denne tendensen er også vist i norske studier¹⁴. SSB anslår at rundt 40 prosent av sosialhjelpsmottakere kan ha rusmiddelproblemer. En av de største utfordringene i sosialtjenesten og innen fagfeltet psykisk helse er å hjelpe mennesker som både har rusproblem og psykiske helseproblemer. Jo lengre en venter, jo vanskeligere er det å hjelpe disse.

7 Ressursmobilisering

Det er nødvendig å mobilisere innbyggerne for å møte utfordringene innen helse og omsorg. Kommunen må legge til rette for at lokalsamfunnet og pårørende mobiliseres og blir en ressurs for hverandre. Det er et behov for å utvikle samspillet med pårørende, frivillige organisasjoner og andre private aktører slik at våre samlede ressurser kan utnyttes til det beste for innbyggerne.

Omsorg fra pårørende og sosialt nettverk får ofte liten oppmerksomhet og anerkjennelse. Det er svært uheldig for ofte er dette et avgjørende bidrag for at mange av våre brukere har en god hverdag og kan bo hjemme. Forskning anslår at det i dag ytes uformell omsorg tilsvarende om lag 100 000 årsverk på landsbasis. Det betyr at denne innsatsen er omtrent på samme nivå som den offentlige helsetjenesten¹⁵. Det oppleves imidlertid alt for ofte mangelfullt og tilfeldig i hvilken grad omsorgen for den enkelte koordineres mellom det kommunale tjenesteapparatet og pårørende. For kommunen vil det være svært viktig å legge til rette for, og støtte oppunder, den omsorgen som familie, venner og naboer står for, og at vi utvikler dette samarbeidet videre sammen. I dag er det for mange pårørende som føler seg alene i sin omsorgsrolle, og opplever at de går på akkord med egne ressurser og at de mangler kompetanse.

¹³ Folkehelseprofil for Sarpsborg 2013-2016

¹⁴ Helsedirektoratet, Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser, 2011

¹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet 2015: Høringsnotat: Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (styrket pårørendestøtte).

Det er viktig å holde fast ved at frivillig innsats er tufta på engasjement hos de som ønsker å gjøre en forskjell for brukerne og tjenestene, ikke på økonomisk vinning. Vi trenger frivillighet for å løse morgendagens utfordringer. Alle tjener på frivillighet, men frivillighet lever av lyst og dør av tvang. Det viktigste for å beholde fornøyde frivillige er at de blir sett, hørt og behandlet med respekt for den jobben de gjør. Vi må legge til rette for frivillig innsats som bidrar til et lokalsamfunn som er inkluderende.

8 Ledelse og kompetanseutvikling

Brukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir en stadig mer sammensatt gruppe. Flere yngre kommer til, ofte med sammensatte lidelser og alvorlige funksjonsnedsettelse. Det stiller høye krav til kompetanse og mer tverrfaglighet. Den aldrende befolkningen gir en avtagende vekst i arbeidsstyrken, og et høyere antall eldre fører blant annet til et økende ressursbehov innen helse og omsorg. En hovedutfordring for Sarpsborg fremover blir å skaffe nok folk med riktig kompetanse. Det er viktig å påpeke at behovet for kompetanse ikke bare kan løses gjennom rekruttering. Mobilisering og bruk av tilgjengelig kompetanse er en sentral utfordring. Det vil være nødvendig med faglig omstilling i helse- og omsorgstjenestene som krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger. Dette stiller store krav til god ledelse.

Selv om det er den enkelte enhet som møter utfordringene konkret er det viktig at kommunen har en helhetlig strategi for hvordan det skal legges til rette for at enhetene får et så godt grunnlag som mulig til å rekruttere, utvikle og beholde kvalifisert arbeidskraft.

Beregninger gjort av KS i deres rekrutteringsmodell for perioden 2011 til 2018 viser at Sarpsborg kommune har et stort rekrutteringsbehov innen helse og sosial når det gjelder fagarbeiderstillinger og av høyskole- og universitetsutdannede. I perioder har det vært vanskelig å rekruttere til sykepleierstillinger, dette vil sannsynligvis vedvare. Det har lenge vært et stort behov for helsefagarbeidere¹⁶. Det anslås at Norge kan komme til å mangle rundt 40.000 helsefagarbeidere i 2030.

¹⁶ tidligere hjelpepleiere og omsorgsarbeidere