Songdalen kommune

Vedlegg til helse og omsorgsplan 2015- 2030

Rapport fra kurs i styringsdata

2014

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Vest-Agder

Innhold

1 Innledning 5
Bakgrunn 5
Nasjonal Helse og omsorgsplan 2011 - 2015 5
Stortingsmelding 47 5
Samhandlingsreformen 5
NOU 2011:11 – «Innovasjon i omsorg» 6
Nasjonal kvalitetsstrategi 6
Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet 6
Nasjonal strategi for Utviklingssentrene 7
Deltakere i arbeidsgruppen 7
Oppsummering og mål med rapporten 7
2 Styringsdata helse og omsorg 8
Innledning kap 2. 8
Driftsutgifter 2012 innbygger 80 år + korrigert for utgifter til brukere av hjemmetjenesten under 67 år i Vest Agder 8
Driftsutgifter 2012 per mottaker av omsorgstjenester og andel innbyggerne 80 år + på institusjon eller mottar hjemmetjeneste 9
Hjemmetjeneste 2012, andel timer i uken og mottakere 67 år + ... 10
Hjemmetjeneste 2012, bistandsbehov og tildelte timer/uke mottakere 0-66 år 11
Hjemmetjeneste 2012, bistandsbehov og tildelte timer/uke mottakere 67 år + ... 12
Driftsutgifter omsorg innbyggere 67 år +/netto driftsutgifter omsorg av kommunale driftsutgifter 12
Fordeling av tildelte timer hjemmetjenester på aldersgrupper 2012 13
Omsorgstrappen relatert til eldre 80 år + ... 14
Nettoutgift pr mottaker hjemmetjeneste fordelt på aldersgrupper 15
Kommunehelse pr innbygger relatert til forebyggende arbeid 16
Prioritering kommunehelse til behandling og rehabilitering relatert til forebygging 16
Legetimer 2012 per beboer per uke i sykehjem etter kommune 17
Kontakter på legevakt per innbygger per år 18
Kontakter til fastlegen på dagtid per innbygger per år 18
Styringstall fra KOSTRA 2013 for Knutepunkt Sørlandet kommunene 19
Innleggelser pr 1000 innbyggere 2010 til 2012 i utvalgte kommuner 20
Songdalens bruk av DRG poeng relatert til diagnosegrupper 2010 til 2012 21
Antall innleggelser pr 1000 innbyggere 2012 etter aldersgrupper i utvalgte kommuner 23
Definisjon DRG poeng 23
DRG pr 1000 innbyggere 2012 fordelt på diagnosegrupper utvalgte kommuner 24
Diagnoser 25

Med finansiering Songdalen 2012 etter diagnosegrupper sammenliknet med landet 26
Forbruk DRG per 1000 innbyggere 2010 - medisinske diagnoser 27
Med finansiering 2012 og gjennomsnittlig liggedager 27
Med finansiering 2012 DRG-poeng pr 1000 innbyggere etter aldersgrupper 28
Med finansiering 2012 innbyggere 80 år og over 28
Polikliniske konsultasjoner pr 1000 innbyggere etter alder 29
Medfinansierer 2013 (absolutte tall) 2. tertial utvalgte kommuner 30
Medfinansiering (absolutte tall) 1. og 2. tertial 2013 utvalgte kommuner 30
Med finansiering 2012 andel akutt innleggelser 31
Kostnad med finansiering og utskrivningsklare pasienter 31
Ansvars- og oppgaveoverføring fra helseforetak til kommuner 31
Folkehelseprofil 32
Hva mangler vi av styringsinformasjon fra Helsedirektoratet? 33
Oppsummering og vurdering av styringsdataene over 33
3 Gjennomførte tiltak som har medvirket til kostnadseffektiv tjenester 34
Innledning til kap 3 34
Målsetting og bruk av BEON relatert til omsorgstrappen 34
Tabelloversikt gjennomførte tiltak for å yte kostnadseffektive tjenester 34
1 Kompetanse heving gjennom USHT 34
2 Hjemme tjeneste profil 34
3 Terapeuter som følger bruker uavhengig av organisering 34
4 Mange omsorgsboliger tilpasset ulike brukergrupper 34
Tiltak 35
5 Tverrfaglig tiltaksteam 35
6 50 % av institusjonsplassene benyttes til korttidsplasser 35
7 Trygghetsplasser 35
8 Få langtidsplasser i bruk. 35
9 Samhandling fastlegene 35
10 Samhandling fysioterapeuter med driftstilskudd 35
11 System for samtale med bruker og pårørende 35
12 Individuell plan (IP) og primærkontakt 35
Tiltak 36
13 Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) 36
14 Intern samhandling mellom helse og avdelingene innen omsorg 36
15 Demensteam 36
16 Forebyggende hjemmebesøk 36

17 Ulike dagtilbud/ aktiviteter 36
18 Pasient sikkerhets program –legemiddel gjennomgang 36
19 USHT sitt Interkommunalt fagnettverk aktiv omsorg 36
20 Balansegrupper 36
21 Hverdags mestring 36
Tiltak 37
22 Standard på tjenesten 37
23 Elektronisk kommunikasjon med HF gjennom Norsk helsenett 37
24 Pårørende skole demens sammen med Søgne 37
25 Felles natt – team 37
26 Frivilligsentral 37
27 Kreftkoordinator 37
4 Utfordringsbildet i Songdalen 39
Befolkningsprognose Songdalen mot 2040 39
Framskrivning personer med demens Songdalen 40
Kapasitet fremover 40
Oversikt brukere 2014 41
Beregnet økt ressursbehov 41
5 Satsingsområder for å møte utfordringsbildet 41
Habiliterings tiltak 41
Utvikling av forvaltning system og kompetanse 41
Tiltak 42
Info om hjemme mestring 42
Lærings- og mestringstilbud for innbyggere med kroniske lidelser 42
Videreutvikle arbeids/aktivitetstilbud 42
Diabetes sykepleier 42
Videreutvikle hverdags mestring 42
Aktiv omsorg 42
Ta i bruk den 11. langtidsplassen 42
Fallforebyggende 42
Tiltak 43
Velferds teknologi 43
Boligbehov 43
Bofellesskap for personer med demens 43
Økt bemanning i tråd med behov pga befolknings utviklingen i aldersgruppene 43

1 Innledning

Bakgrunn

Denne ”Hjemmeoppgaven” er skrevet i forbindelse med KS kurs i styringsdata som . Et inspirerende og lærerikt kurs Vi som har skrevet oppgaven ser dette arbeidet i sammenheng med at kommunestyret har vedtatt en planstrategi som inkluderer at det skal utarbeides ny plan helse- og omsorgstjenestene. Rapporten bygger også på rapport fra Telemarksforskning høsten 2012, gjennomgang av helse og omsorg. Hovedrapport fra prosjekt lokalmedisinske tjenester er også bakgrunnen relatert til tiltak. Rapporten er vedlegg til plan for helse og omsorgstjenester.

Vi har i innledningskapitlet valgt å forankre arbeidet i overordnede nasjonale styringsdokument. I kapittel 2 har vi en oversikt over ulike relevante styringsdata. Kapittel 3 tiltak Songdalen har iverksatt som vi mener har bidratt til kostnadseffektive tjenester. Kapittel 4 omhandler utfordringsbildet i Songdalen. I kapittel 5 beskrives nye tiltak for å møte fremtidens utfordringer.

Nasjonal Helse og omsorgsplan 2011 - 2015

Denne planen legger kursen for helse og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet i årene som kommer. Dette arbeidet reguleres gjennom nytt og endret lovverk, bla

- Ny folkehelselov som styrker kommunens ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer.
- Ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Her samles alle kommunens plikter.
- Pasient – og brukerrettighetsloven som skal sikre befolkningen lik tilgang på god helsehjelp av god kvalitet.
- Helsepersonell loven er en felles lov for alt helsepersonell. Lovens hovedmål er å bidra til sikkerhet for pasient/bruker, kvalitet i helsetjenesten og tillit til personell og tjeneste.
- Spesialisthelsetjenesteloven.
- Ny Fastlegeforskrift.

Stortingsmelding 47

Stortingsmelding 47; ”Rett behandling - på rett sted” – til rett tid”, beskriver framtidsutfordringene både i et brukerperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv og peker særskilt på tre hovedutfordringer:

- Manglende koordinering og samhandling av behandlingsforløp
- At tjenestene er preget av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom
- At den demografiske utvikling og endringer i befolkningens sykdomsbilde vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Folkehelse, forebygging og samhandling er definert som helse og omsorgstjenestenes viktigste utviklingsområder de nærmeste årene. Samtidig vektlegges at helhetlige og tilgjengelige tjenester skal bygge på et sterkere bruker og mestringsperspektiv.

Samhandlingsreformen

Gjennom samhandlingsreformen får kommunene et tydelig ansvar for befolkningens helse og større ansvar for å sørge for at alle får nødvendige tjenester. Sykehusreformen innebærer at det om noen år vil være færre behandlingssenger på sykehusene enn tilfellet er i dag. Det å flytte oppgaver og behandling fra spesialisthelsetjenesten og sykehusseng til kommunens helse og omsorgstjeneste og «egen seng» er en av de største omstillinger helsetjenesten i Norge har stått overfor. Dette vil endre på oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene og mellom det offentlige og det private. Videre vil det endre medarbeidere og lederes

oppfatning av hva som er en god helse og omsorgstjeneste. Sist, men ikke minst vil denne omstillingen gi brukerne nye muligheter til å ta større ansvar for egen sykdom/funksjonssvikt og behandling av den.

Ansvarsplasseringen er tydelig og innebærer at kommunen har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i samsvar med fastsatte krav. Kommunene skal tilby tjenester som omfatter forebyggende tiltak, lærings og mestringstiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Kommunene har stor frihet til å bestemme organisering av tjenestetilbudet og hvordan de vil fylle tjenestene med innhold og kompetanse. Det er et uttalt mål at tjenestene skal organiseres slik at den enkelte kan leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Helhet og sammenheng, individuelt tilpassede tjenestetilbud av god kvalitet og høy sikkerhet er sentrale mål.

NOU 2011:11 – «Innovasjon i omsorg»

Meldingen gir gode strategiske føringer på innhold og utforming av framtidens helse og omsorgstjenester.

Nasjonal kvalitetsstrategi

Strategien peker på at utfordringene vil kreve nytenkning og innovative løsninger. Tjenestene skal utvikles i tråd med målene for nasjonal kvalitetsstrategi og kjennetegnes ved at de skal:

Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)

Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)

- Involvere brukere og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Veksten og etterspørselen etter kommunale helse og omsorgstjenester vil øke betydelig de nærmeste årene. Utfordringer knyttet til nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk teknologisk utvikling, er blant annet beskrevet i Stortingsmelding 25; ”Mestring, mulighet og mening”.

Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet

Helsedirektoratets årlige rundskriv: Nasjonale mål og prioriterte områder konkretiserer og beskriver regjeringens forventninger til kommunene det aktuelle året. Sammen med tidligere politiske vedtak om utvikling og utbygging av tjenestetilbudet i helse og omsorgssektoren legger disse dokumentene føringer for arbeidet med kommunens helse og omsorgsplan. For 2014 vektlegges bl.a.:

- Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene de har ansvar for. Planlegging av helse- og omsorgstjenestene må derfor være en del av kommunenes helhetlige planarbeid, og sikret nyskaping og innovasjon for å møte morgendagens utfordringer skjer på tvers av sektorer og som del av utviklingen av lokalsamfunnet.
- Legge til rette for en aktiv aldring som forebygger behov for helse- og omsorgstjenester.
- Forskrift for fastlegeordningen legger et større ansvar på kommunene for integrering av fastlegene i den øvrige helsetjenesten i kommunen.
- Faglig omlegging av omsorgstjenesten med større vekt på tidlig innsats, rehabilitering og aktiv omsorg.

- Tar del i forskning og fagutvikling, og bidrar til implementering av ny kunnskap, velferdsteknologi og faglige metoder.
- De regionale sentrene for omsorgsforskning og USHT er viktige arenaer.
- Helhetlige tilbud til personer med behov for koordinerte tjenester skal sikres gjennom samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Nasjonal strategi for Utviklingssentrene

Songdalen kommune er fra 2001 tildelt funksjonen som Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Vest Agder, og har i oppdrag å være et regionalt ressurssenter innen fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling tilknyttet kommunale helse- og omsorgstjenester. USHT har i oppgave å initiere og implementere utviklingstiltak og arbeide for spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Mandat og målsetting for Utviklingssenteret er beskrevet i Overordnet strategi 2011-2015 "Utvikling gjennom kunnskap". Hovedmål: Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester er pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket. Delmål:

- Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsingsområder
- Pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter
- Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- Tilrettelegger for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Deltakere i arbeidsgruppen

Oddbjørn Hagen	Avdelingsleder hjemmetjenesten
Mette Brevig Nilsen	Avdelingsleder terapeutene
Atle Kristensen	Kommuneoverlege
Pål Henden	Avdelingsleder habiliterings tjenesten
Kari Kallhovd	Ass enhetsleder
Margun Øhrn	Helse- og omsorgssjef

Oppsummering og mål med rapporten

Nasjonale styringsdokument legger følgende premisser til grunn for å utvikle fremtidens helse– og omsorgstjenester:

- Ny kommunerolle
- Aktiv brukerrolle
- Forebygging og tidlig innsats
- Helhetlige og sammenhengende helse og omsorgstjenester

Rapporten planlegges å danne grunnlag for og være vedlegg til ny plan for helse- og omsorgstjenestene mot 2030. Det er orientert om prosessen i politisk organ, fellesrådet for eldre og funksjonshemmede og brukerrådet, der de inviteres til oppfølging og sluttføring av prosessen over ferien. Dette gjennom at planen sendes på høring.

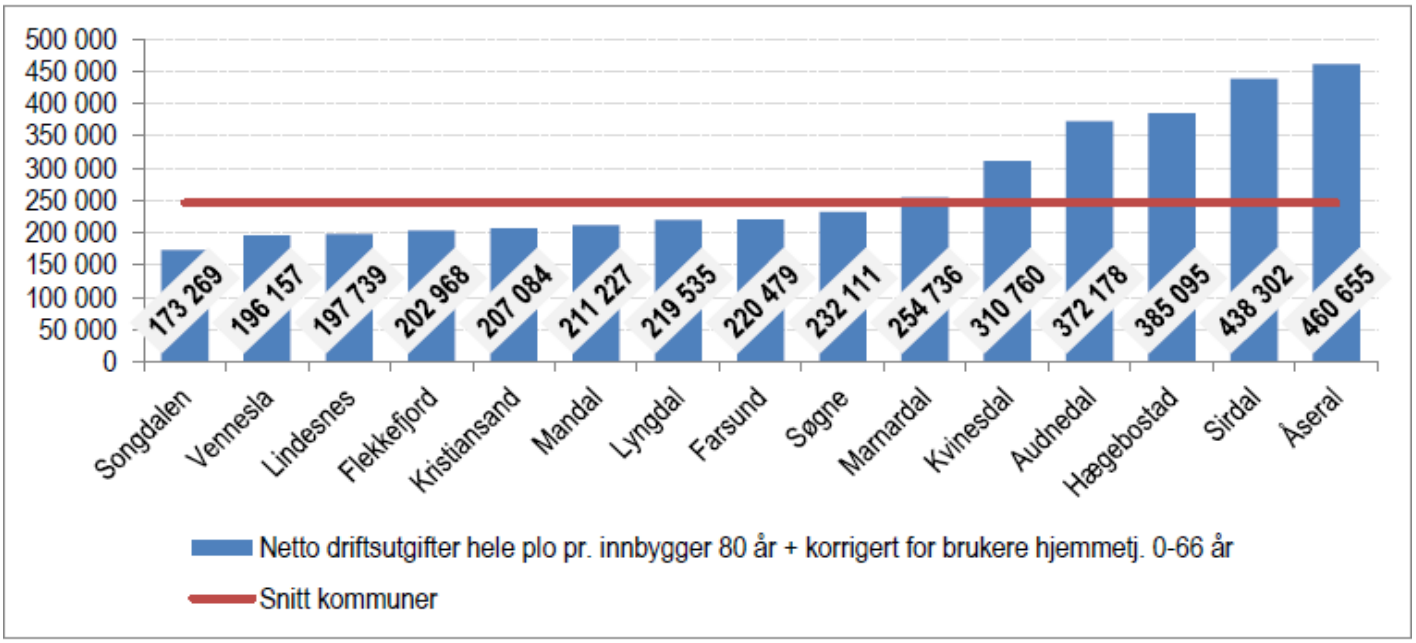
Rådmann har avgrenset planen til å omfatte helse- og omsorgstjenestene med unntak av psykiskhelse/rus og helsestasjonstjenestene. Det planlegges også utarbeidet eget oversiktsbilde for folkehelsearbeid for hele kommunen, det er derfor ikke del av denne planen. Vedkommende som har ansvar for folkehelsearbeidet, sitter i arbeidsgruppen for utarbeidelse av denne rapporten. Dette for å sikre mest mulig koordinering og helhetsbilde mellom disse 2 prosessene.

2 Styringsdata helse og omsorg

Innledning kap 2.

I dette kapittel har vi valgt å ta med mange ulike styringsdata for å belyse status for helse- og omsorgstjenestene.

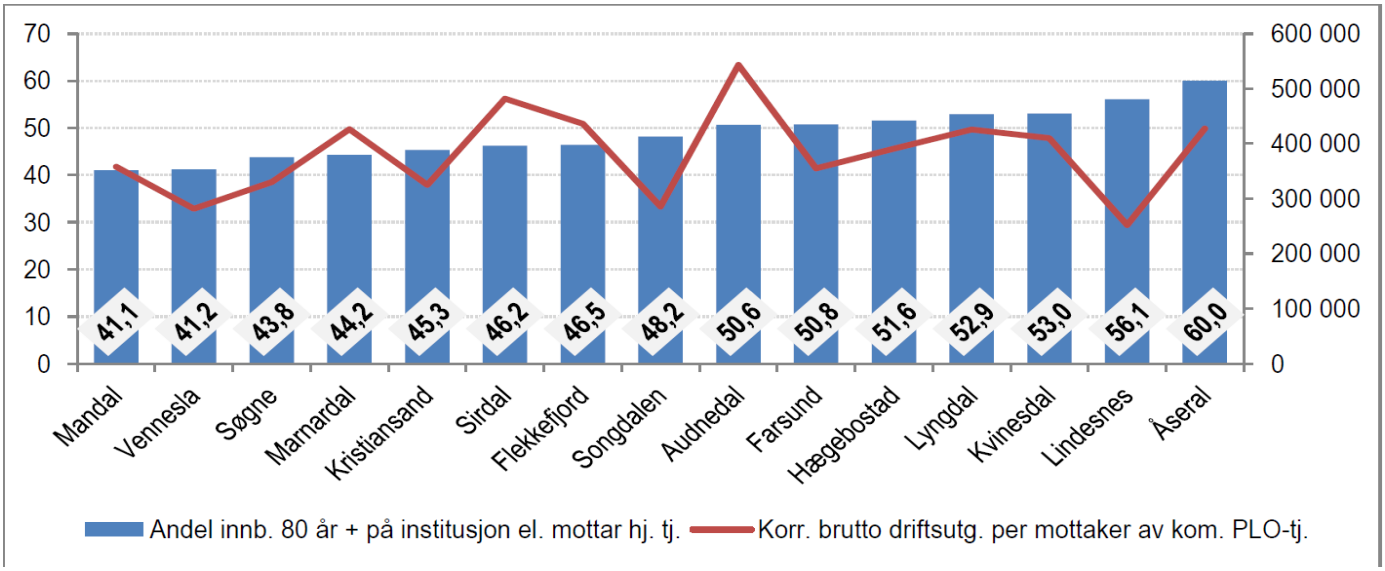
Driftsutgifter 2012 innbygger 80 år + korrigert for utgifter til brukere av hjemmetjenesten under 67 år i Vest Agder



* Beregnet av KS basert på tall fra Statistisk sentralbyrå: KOSTRA / Pleie- og omsorgsstatistikk. Utregning er presentert bak i rapporten.

For å kunne si noe om prioritering til innbyggere 80 år + (både institusjoner/hjemmetjeneste), har KS beregnet utgiftene til pleie- og omsorgstjenester per innbygger 80 år + korrigert for utgifter og brukere av hjemmetjenester under 67 år. For landet sett under ett utgjør brukere i alderen 0-66 år 40 pst. av alle mottakere av hjemmetjenester, samtidig viser KS' beregninger at de mottar 67 pst. av alle tildelte timer. Beregninger av netto driftsutgifter PLO per innbygger 80 år og over korrigert for utgifter og brukere av hjemmetjenester under 67 år, gir for alle kommunene en gjennomsnittlig utgift per innbygger 80 år + på 246 200 kroner. Songdalen har utgifter her langt unna landsgjennomsnittet, med lavest i Vest Agder. Kommunen har forholdsvis høy andel utviklingshemmede og ressurskrevende brukere. Det knytter seg likevel noe usikkerhet til om prosentdelen av tjenester til innbyggere under 67 år er så høy som denne tabellen bygger på. Vi antar at KOSTRA rapporteringen relatert til tildelte timer brukere under 67 år ikke er helt korrekt.

Driftsutgifter 2012 per mottaker av omsorgstjenester og andel innbyggerne 80 år + på institusjon eller mottar hjemmetjeneste



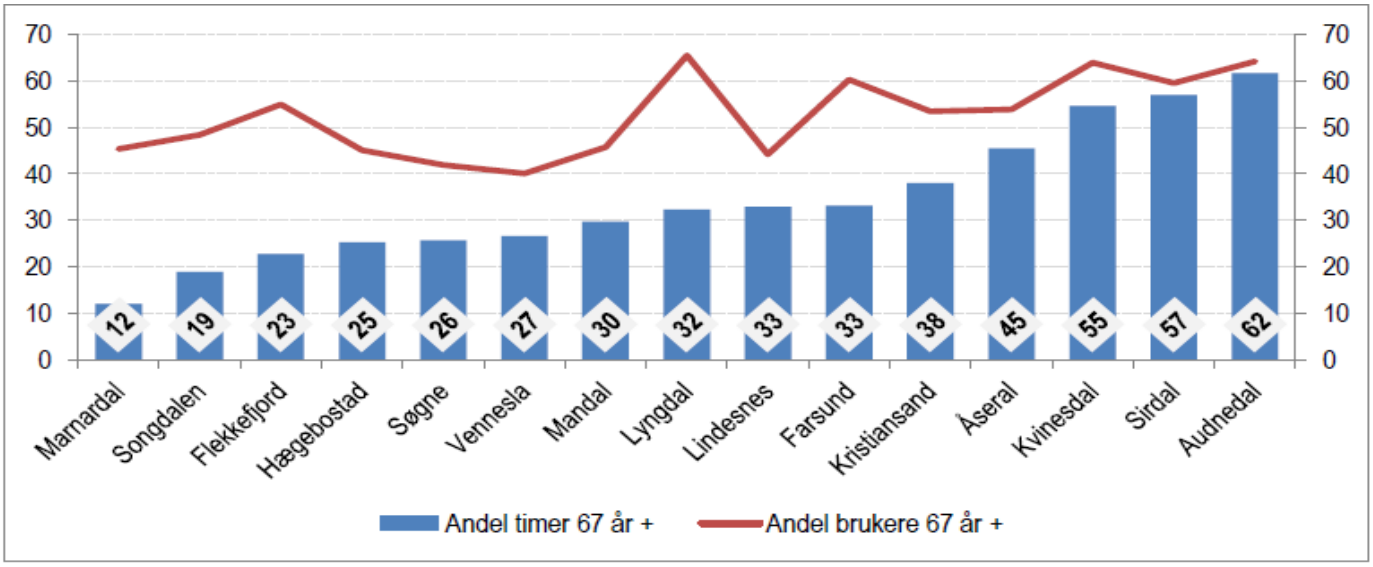
Dersom en ser på de korrigerte brutto driftsutgiftene til omsorg per mottaker av kommunale O-tjenester, så har veksten for hele landet fra 2008 til 2012 vært på 23 pst. og fra 2011 til 2012 på 8 pst. I 2012 varierer denne utgiften fra kr 193 000 til kr 977 000. Beløpet for landet i alt er kr 356 200. Her ligger Songdalen godt under gjennomsnittet i driftsutgifter per mottaker. Andelen over 80 år som mottar hjelp fra kommunen er under snittet i fylket. Dette kan tyde på både høyere terskel enn snittet for å få hjelp, brukerne får forholdsvis lite hjelp og at tjenesten har lavere ressurstilgang.

I følge KS rapporten som tabellen er hentet fra har kommunene med et lavt nettoutgiftsnivå per innbygger 80 år og over en kombinasjon av ett eller flere av disse kjennetegnene:

- Lavere dekningsgrad hjemmetjeneste for innbyggere 80 år og over
- Lavere andel hjemmeboende med høy timeinnsats
- Større andel plasser avsatt til tidsbegrensede opphold
- Færre legetimer per uke per beboer i sykehjem
- Lavere korrigerte bruttoutgifter per kommunal plass
- Lavere dekningsgrad institusjon for innbyggere 80 år og over

Songdalen har en fleksibel hjemmetjeneste som vektlegger at brukerne skal kunne bo hjemme lengst mulig. I rapport utarbeidet av Deloite 2012, ble det beregnet en tilstedetid for hjemmetjenesten på 0,61%. Noe som ble kommentert som over landsgjennomsnittet. Kommunen har prioritert 50% av institusjonsplassene som benyttes til tidsbegrenset opphold. Vi har relativt god legedekning på sykehjem og lavere dekningsgrad institusjon for innbyggere over 79 år.

Hjemmetjeneste 2012, andel timer i uken og mottakere 67 år +



* Beregnet av KS. Kilde: Statistisk sentralbyrå: KOSTRA / Pleie- og omsorgsstatistikk

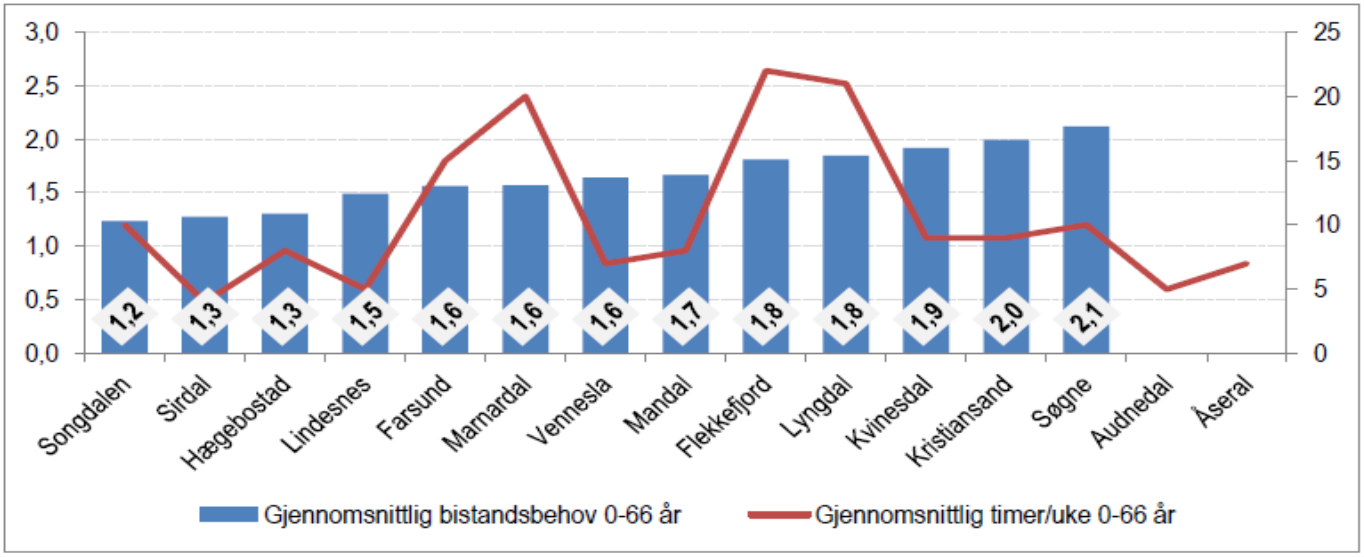
For landet i alt hadde mottakere av hjemmetjenester i alderen 0-66 år i 2012 gjennomsnitt 14 tildelte timer i uken mot 4,6 timer blant mottakere 67 år eller eldre. Mens mottakere i alderen 0-66 år utgjør i 2012 40 pst. av alle hjemmetjenestemottakere, mottar denne aldersgruppen om lag 67 pst. av de tildelte timene.

Mellom kommunene varierer andelen yngre mottakere av hjemmetjenester fra 12,5 pst. til 69,8 pst. av alle tjenestemottakerne. I 225 av landets kommuner har mottakere av hjemmetjenester under 15 tildelte timer i uken, i 25 kommuner er timetallet 30 eller mer. For de eldste mottakerne – 67 år og over – ligger timetallet under 5 timer i uken i 293 av landets kommuner. Kun i 4 kommuner er timetallet per uke 10 timer eller mer.

Andelen over 67 år som mottar hjemmetjenester er under landsgjennomsnittet i Songdalen. Når det gjelder andel timer 67 år + har Songdalen nest lavest i Vest-Agder.

Tabellen viser at det er avsatt lite ressurser til innbyggere over 66 år. Ressursene er fordelt på forholdsvis mange brukere i samme aldersgruppe. Det kan bl.a. forklares i en godt utbygd «omsorgstrapp» som medfører at kommunen kan klare seg med få langtidsplasser i bruk. Standarden på tjenesten er lav eksempelvis praktisk bistand til rengjøring 1 time pr 3 uke. Ressurstilgangen til tjenesten er også lav.

Hjemmetjeneste 2012, bistandsbehov og tildelte timer/uke mottakere 0-66 år

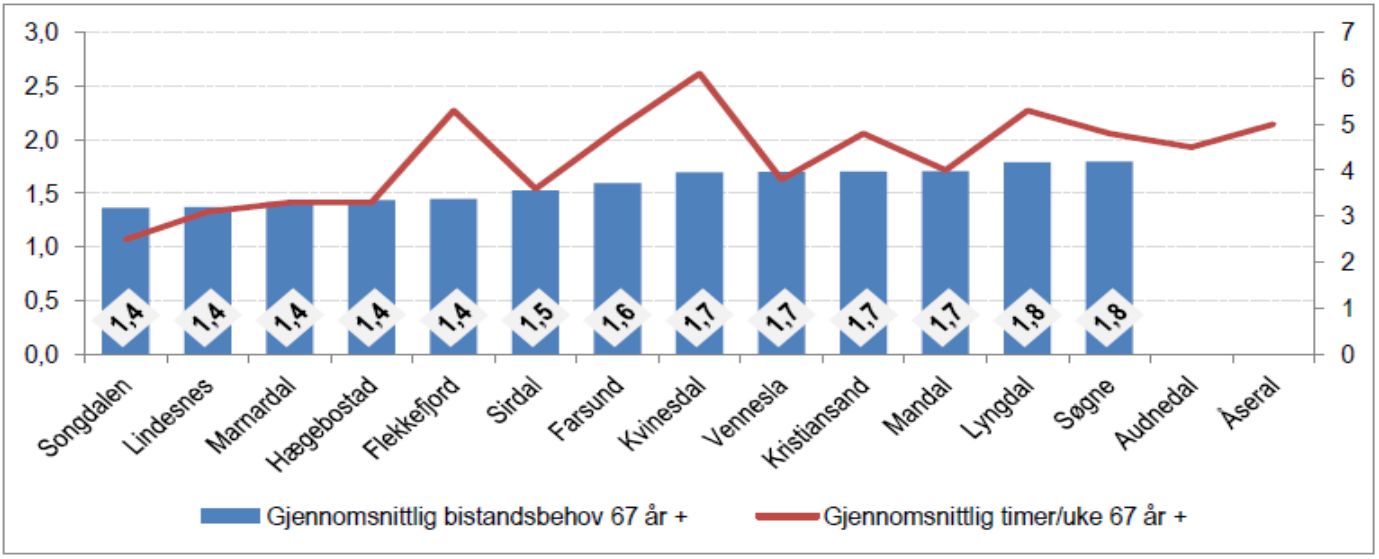


* Beregnet av KS. Kilde: Statistisk sentralbyrå: KOSTRA / Pleie- og omsorgsstatistikk

En mottakers bistandsbehov inndeles i en av følgende kategorier: noe/avgrenset, middels til stort og til slutt omfattende. For hele landet har hver femte mottaker av omsorgstjenester i 2012 omfattende bistandsbehov. I 2012 har i alt 28 600 mottakere av hjemmetjenester omfattende bistandsbehov. Mens om lag hver femte mottaker under 67 år har omfattende bistandsbehov, gjelder dette for en klart lavere andel i de øvrige aldersgruppene (67-79 år og 80 år +).
Dersom en regner ut et gjennomsnittlig bistandsbehov for mottakere av hjemmetjenester har dette holdt seg stabilt fra 2010 til 2012. Dersom omfattende bistandsbehov settes lik 3, middels/stort lik 2 og noe/avgrenset til 1, blir snittskår i 2012 for mottakere 0-66 år 1,8 og for 67 år og over 1,6.
Dersom man kun ser på mottakere av hjemmetjenester som har omfattende bistandsbehov, så har disse i snitt 33 tildelte timer per uke i 2012, i 2008 var snittet 29 timer. Dersom gruppen av mottakere med omfattende behov deles inn etter alder, kommer det tydelig frem at mens gjennomsnittlig antall timer til de eldste har vært stabilt, har det vært en klart økning blant de yngre mottakerne. For aldersgruppen 18-49 år har antall timer i gjennomsnitt per uke økt fra 54 til 62.

Songdalen har et bistandsbehov og tildelte timer lavere enn landsgjennomsnittet, og gjennomsnittlige timer/uke er i tråd med beregningsgrunnlaget for brukere under 67 år. Dette til tross for at kommunen har mange personer med utviklingshemming og andre ressurskrevende brukere. Vi må også ta med i vurderingen at IPLOS registreringen i 2012 ikke var helt korrekt.

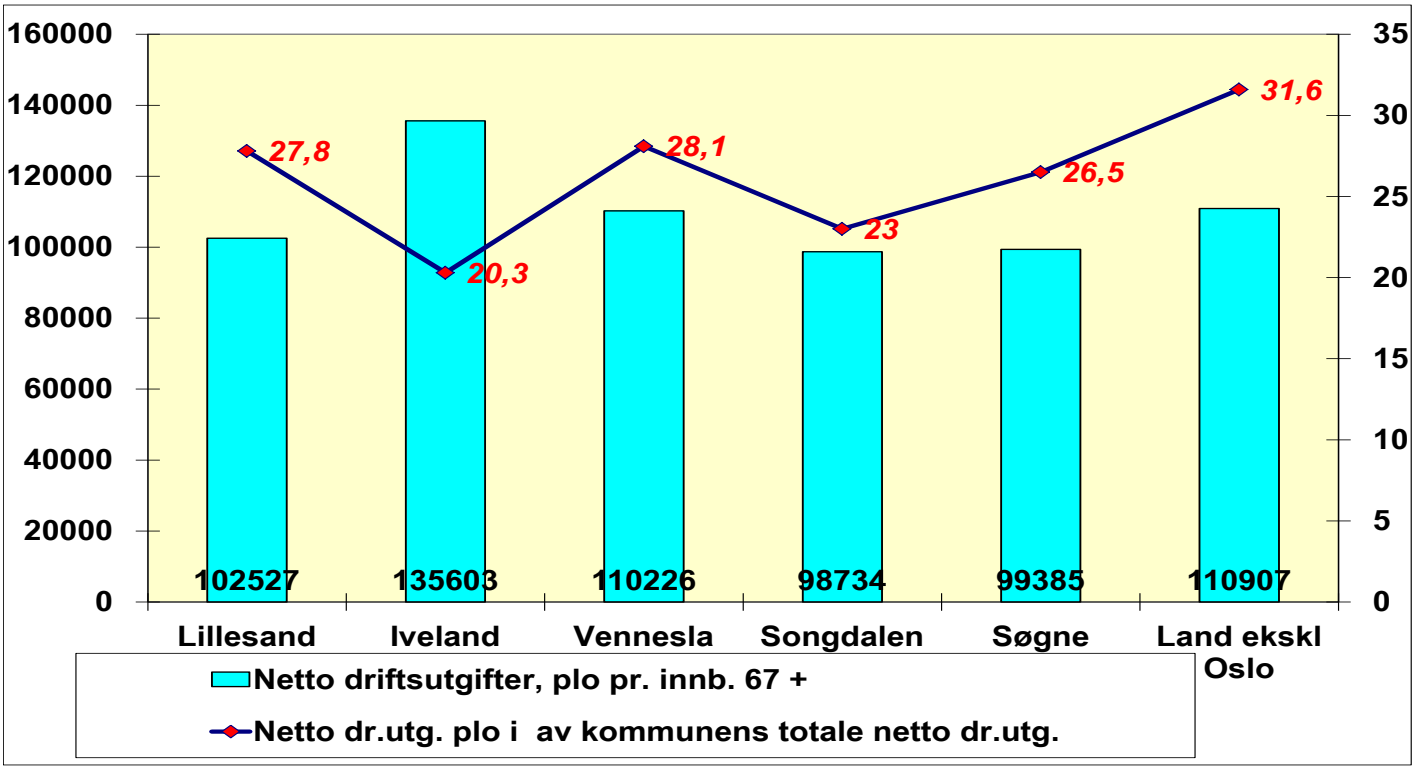
Hjemmetjeneste 2012, bistandsbehov og tildelte timer/uke mottakere 67 år +



* Beregnet av KS. Kilde: Statistisk sentralbyrå: KOSTRA / Pleie- og omsorgsstatistikk

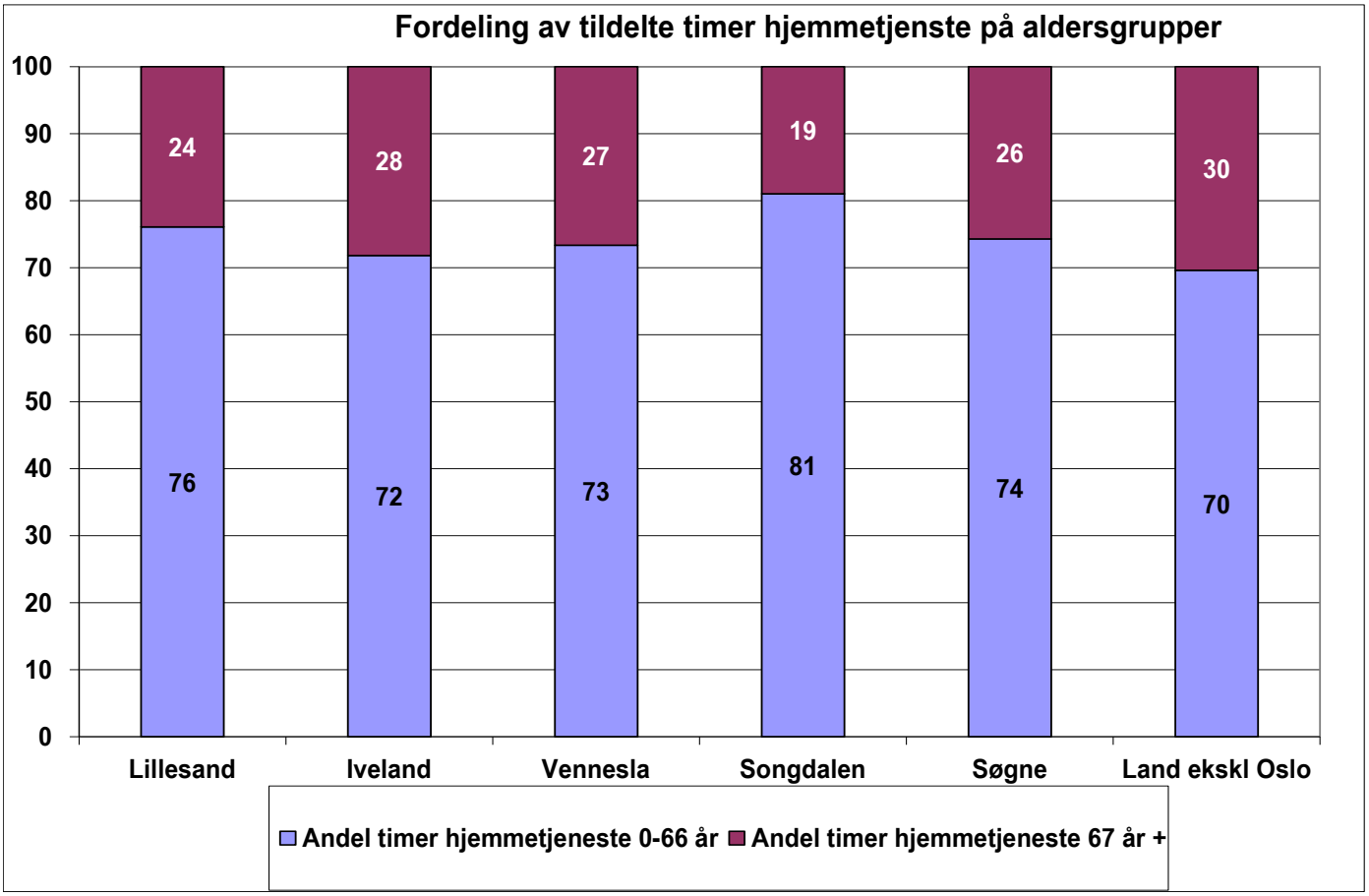
Når det gjelder bistandsbehov i Songdalen for brukere over 66 år ligger bistandsbehovet under landsgjennomsnittet og lavest i Vest Agder. Gjennomsnittlige timer/uke ligger under beregnet bistandsbehov og lavest i fylket.

Driftsutgifter omsorg innbyggere 67 år +/netto driftsutgifter omsorg av kommunale driftsutgifter



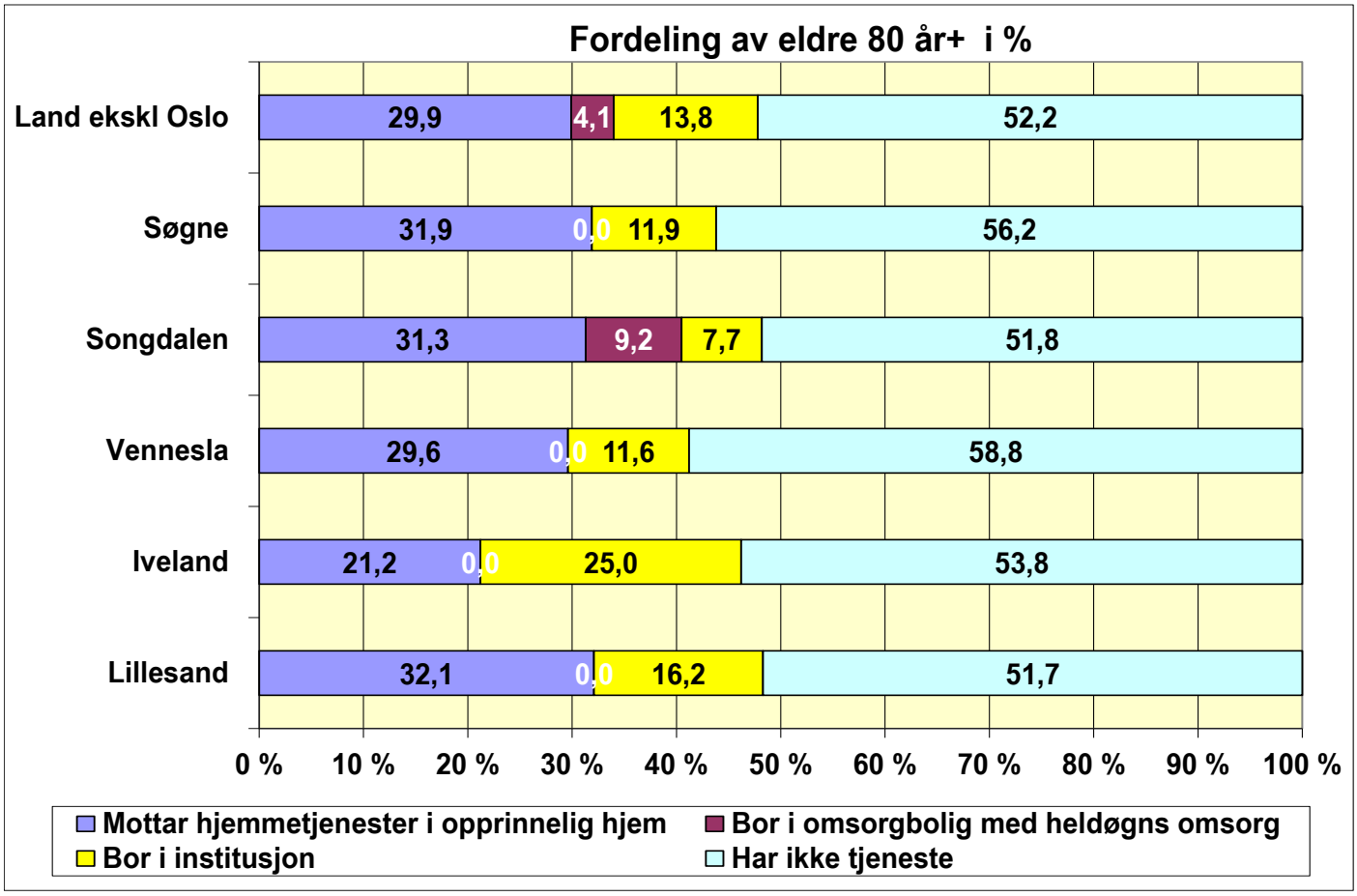
Tabellen synliggjør at Songdalen bruker lite ressurser til innbyggere over 66 år og kommunen prioriterer en forholdsvis lav prosent av kommunens totale netto driftsutgifter til omsorgstjenestene. En prosentandel som gradvis er redusert de 4 siste årene. I KOSTRA statistikk 2013 ble den ytterligere redusert til 22,7 %.

Fordeling av tildelte timer hjemmetjenester på aldersgrupper 2012



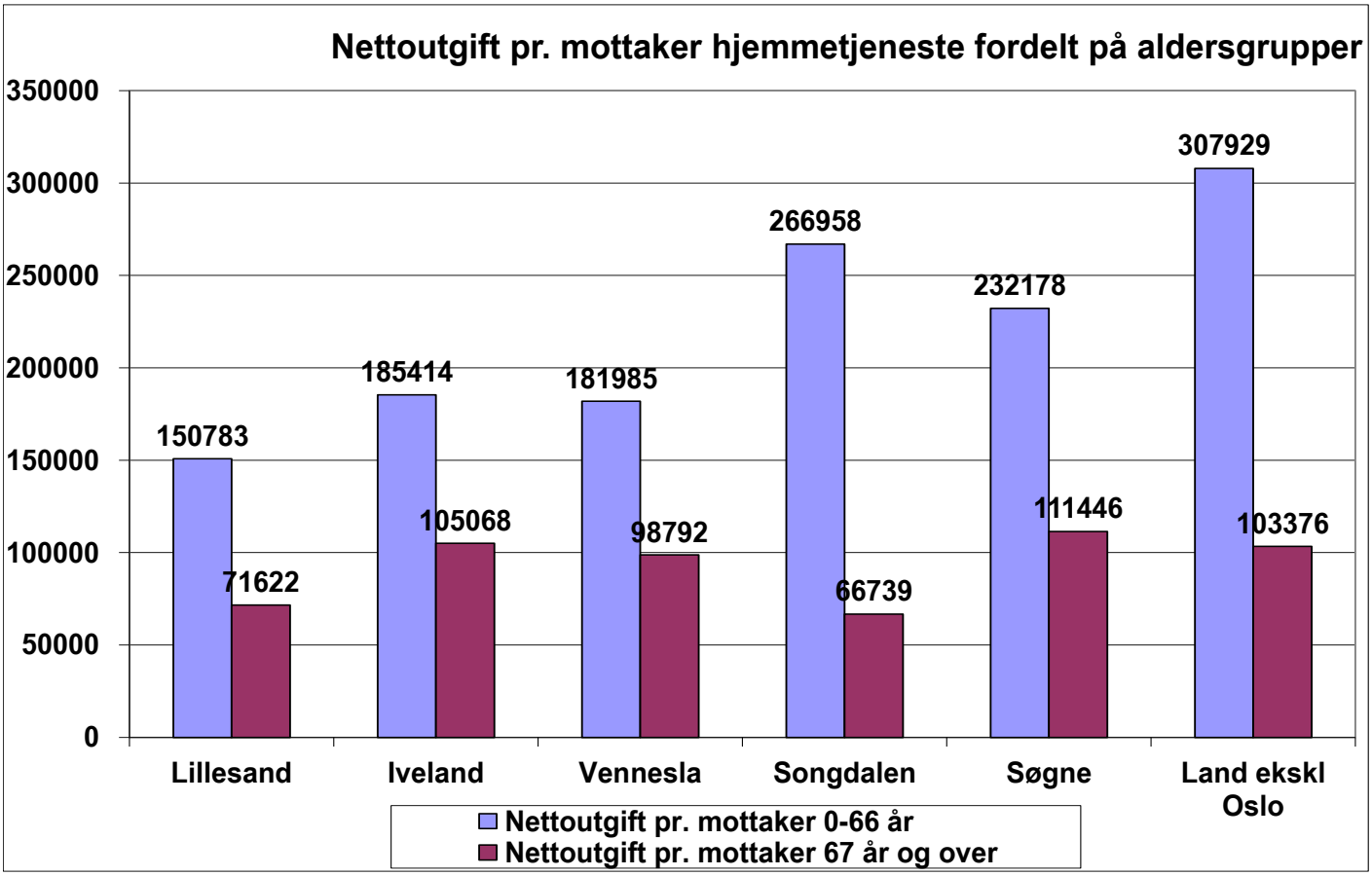
Ut fra denne tabellen bruker Songdalen bare 19 % andel timer til omsorgstjenester for innbyggere over 66 år men 81 % av tildelte timer til innbyggere under 67 år. Songdalen har forholdvis mange ressurskrevende brukere og innbyggere med psykisk utviklingshemming under 67 år. Det knytter seg noe usikkerhet til om prosentdelen av tjenester til innbyggere under 67 år er så høy som denne tabellen viser. Vi antar at KOSTRA rapporteringen ikke er helt korrekt relatert til tildelte timer. Kommunen hadde i 2012 ekstern bistand til grundig gjennomgang av bl.a. tjenestene til yngre brukere med utviklingshemming. De konkluderte da med at kommunen hadde riktig dimensjonering av tjenestene slik at det ikke ble vurdert som riktig å anbefale innsparinger i den delen av tjenesten.

Omsorgstrappen relatert til eldre 80 år +



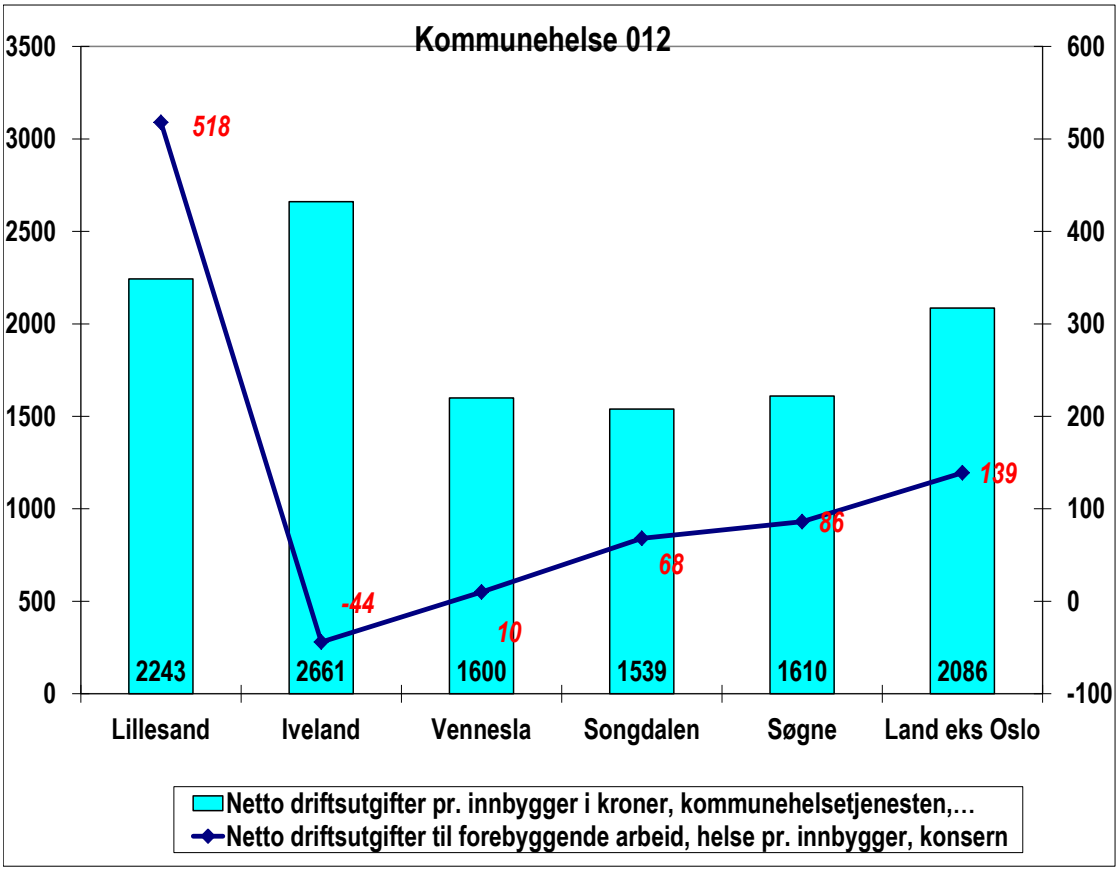
Songdalen har en godt utbygd omsorgstrapp med omsorgsboliger med heldøgns tjenester, over 50% høyere enn landsgjennomsnittet. Det medfører at en kan klare seg med få langtidsplasser i bruk. Mottakere av hjemmetjenester i opprinnelig hjem er i tråd med nabokommuner, men noe høyere enn landsgjennomsnittet. Innbyggere 80+ som ikke har tjenester ligger ca i tråd med landsgjennomsnittet.

Nettoutgift pr mottaker hjemmetjeneste fordelt på aldersgrupper



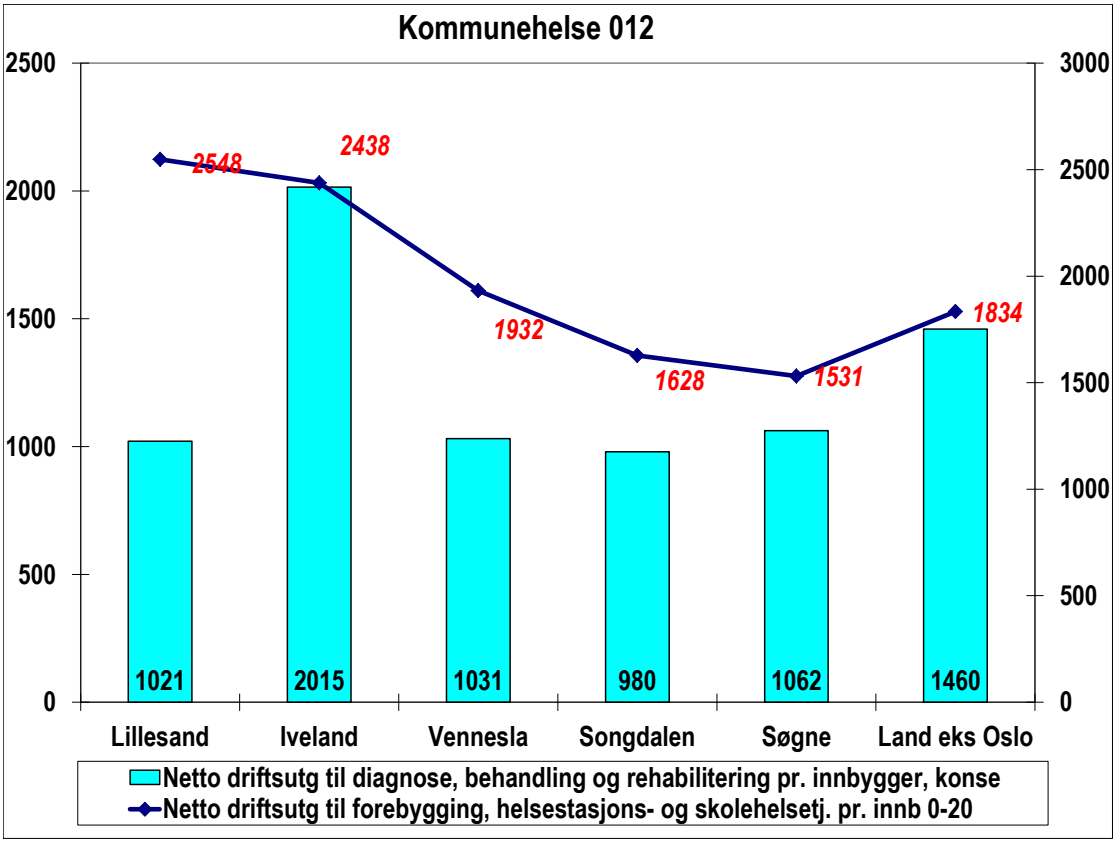
Også denne tabellen synliggjør at det brukes lite ressurser til brukere over 66 år. Utgiftene pr bruker er lavere enn landsgjennomsnittet for begge aldersgruppene.

Kommunehelse pr innbygger relatert til forebyggende arbeid



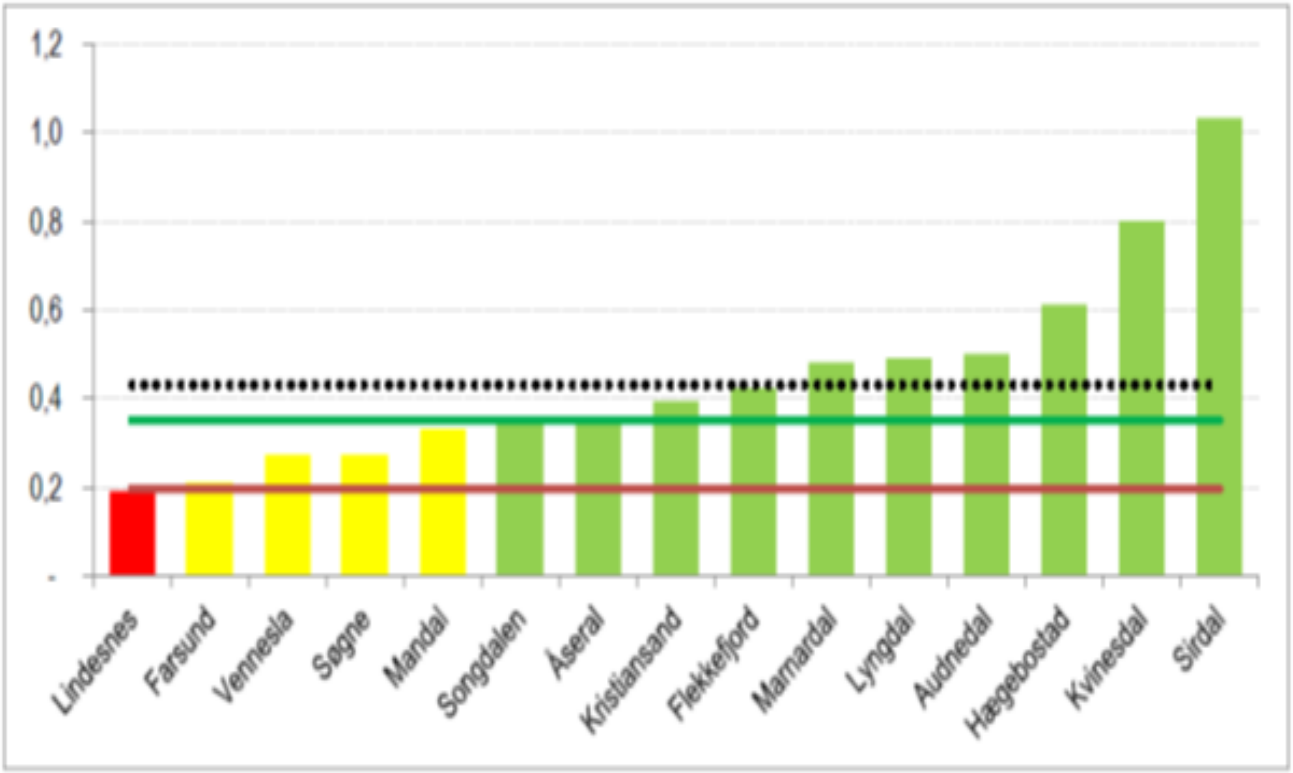
Songdalen bruker mindre til kommunehelsetjenesten og til forebyggende arbeid enn landsgjennomsnittet.

Prioritering kommunehelse til behandling og rehabilitering relatert til forebygging



Songdalen bruker mindre enn landsgjennomsnittet til behandling og rehabilitering.

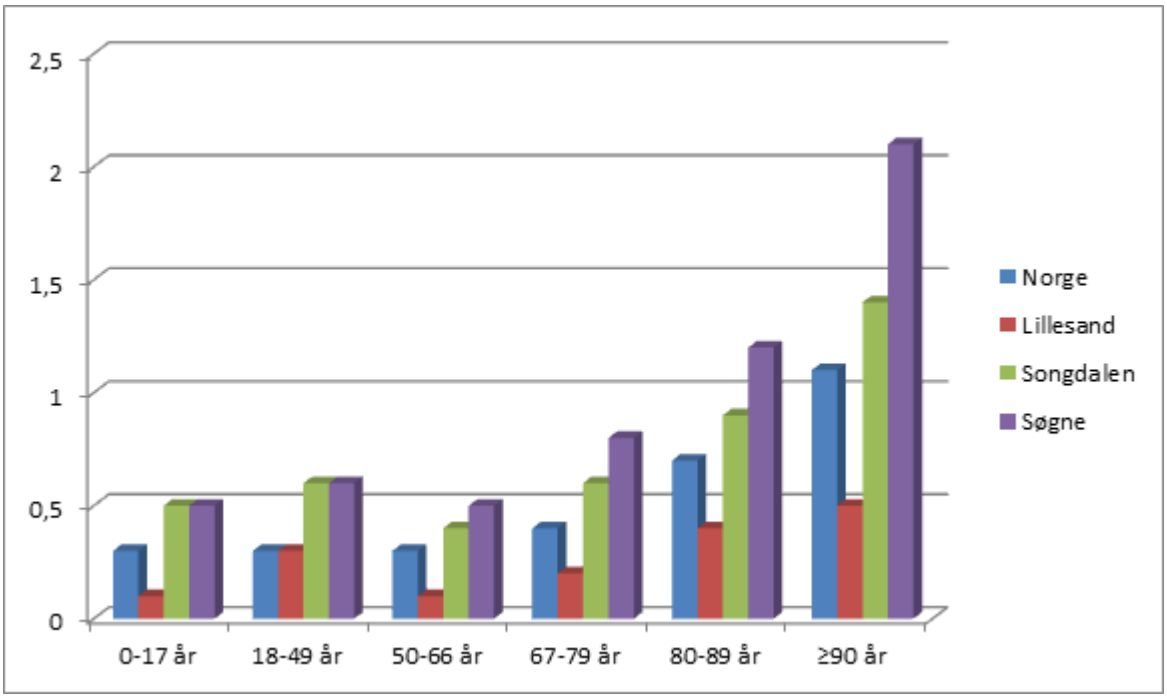
Legetimer 2012 per beboer per uke i sykehjem etter kommune



* Stiplet sort linje: snitt land 0,43 timer per beboer per uke i sykehjem. Grønn linje: 10 pst. lavere enn måltallet på 0,39 timer per beboer per uke i sykehjem (0,351). Rød linje: 50 pst. lavere enn måltallet på 0,39 timer per beboer per uke i sykehjem (0,195).
Kilde: Statistisk sentralbyrå: KOSTRA / Pleie- og omsorgsstatistikk

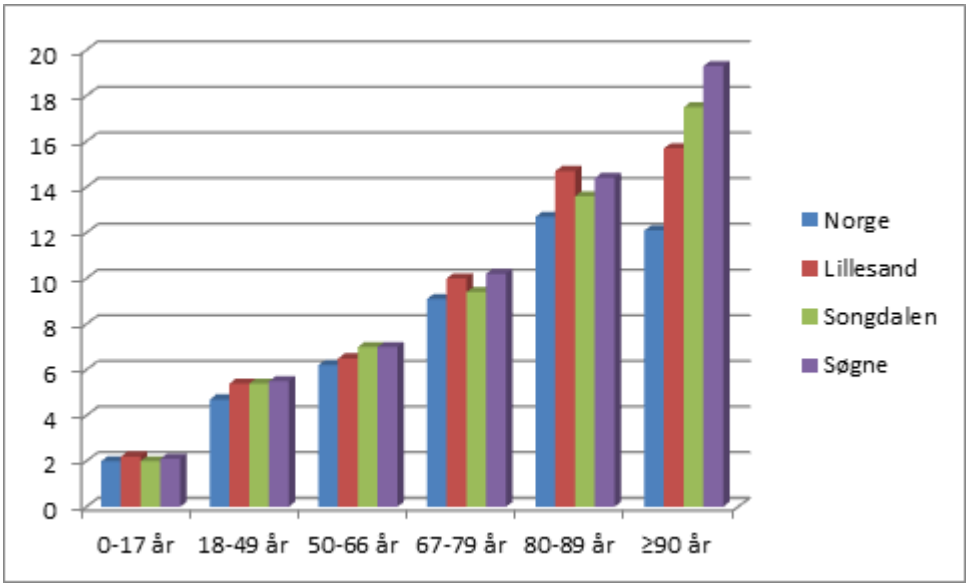
Songdalen har en bedre sykehjemslegedekning enn tabellen viser siden antall timer er delt på antall institusjonsplasser, ikke de plassene som i realiteten er i bruk. Songdalen holder 13 institusjonsplasser ledig, så den reelle legetid pr plass inklusiv turnuslege ligger på ca 0,80 timer pr uke, da inkludert økning i 2013 pga innføring av KØH – kommunal øyeblikkelig hjelp. KOSTRA tall for 2013 avspeiler riktig nivå.

Kontakter på legevakt per innbygger per år



Songdalen bruker vesentlig mer legevakt enn landsgjennomsnittet. Lillesand som har sin legevakt hele døgnet i Kristiansand bruker legevakt vesentlig mindre enn Songdalen. Det avdekker at tilgjengelighet øker bruken.

Kontakter til fastlegen på dagtid per innbygger per år

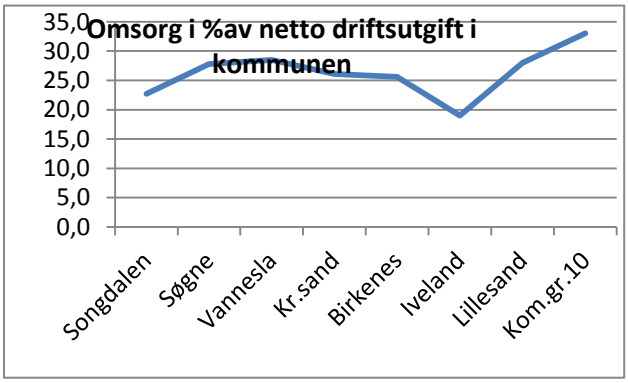


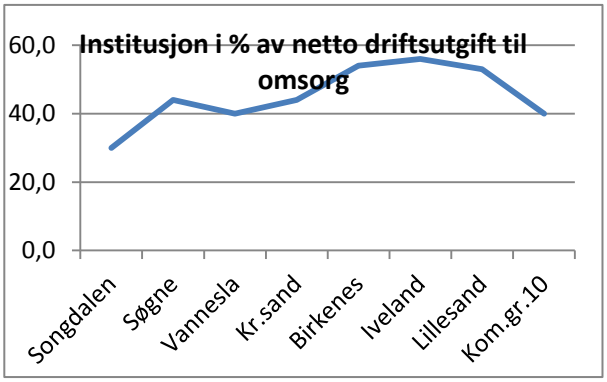
Songdalen bruker noe mer fastlegene enn landsgjennomsnittet.

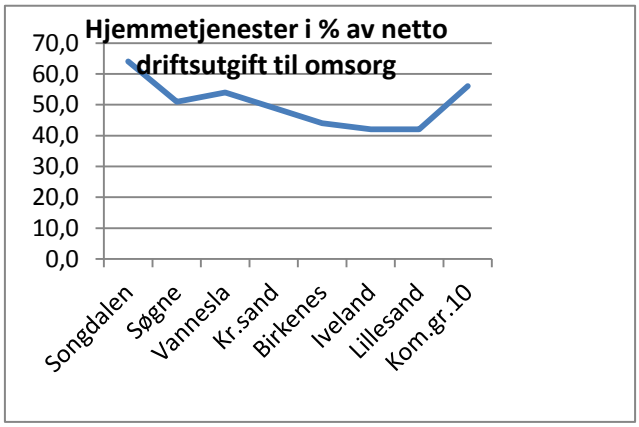
Styringstall fra KOSTRA 2013 for Knutepunkt Sørlandet kommunene

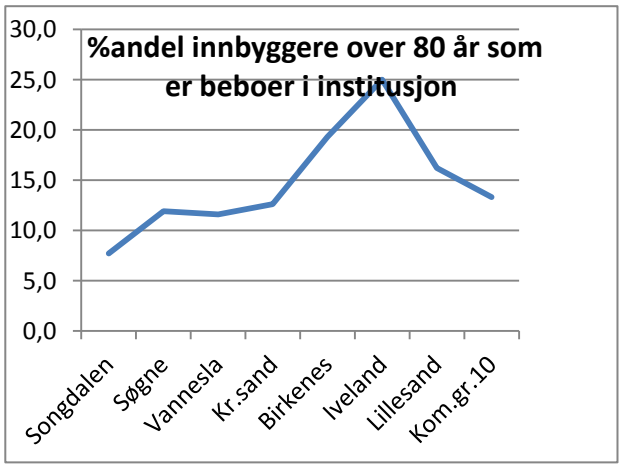
Kommune	Songdalen	Søgne	Vennesla	Kr.sand	Birkenes	Iveland	Lillesand	Kom.gr.10
% netto driftsutgifter hele kommunen	22,7	26,8	28,5	26,1	25,6	19,0	28,0	33,0
Andel netto utgifter institusjon	30,0	44,0	40,0	44,0	54,0	56,0	53,0	40,0
Andel netto utgifter hjemmetjenesten	64,0	51,0	54,0	49,0	44,0	42,0	42,0	56,0
Netto utgift omsorg pr. innbygger	10 917	12 480	13 874	12 552	13 508	14 037	14 407	16 914
Andel 80+ på institusjon	7,7	11,9	11,6	12,6	19,3	25,0	16,2	13,3
Netto utgifter pr. innbygger helsetjenester	1 539	1 610	1 600	1 679	2 179	2 661	2 243	2 035

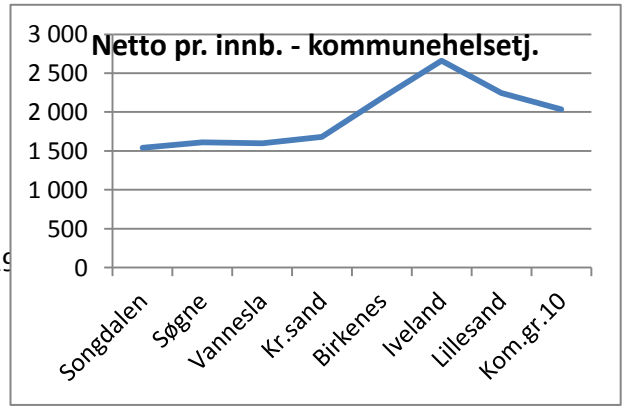
Tabellen viser at helse- og omsorgstjenestene er kostnadseffektive i 2013 også. Netto driftsutgifter relatert til hele kommunen er redusert fra 23% i 2012 til 22,7 % i 2013.

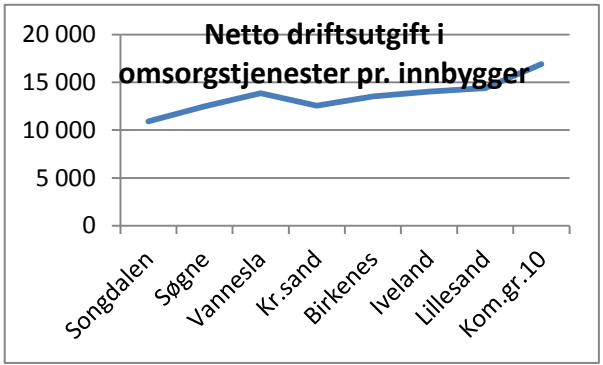




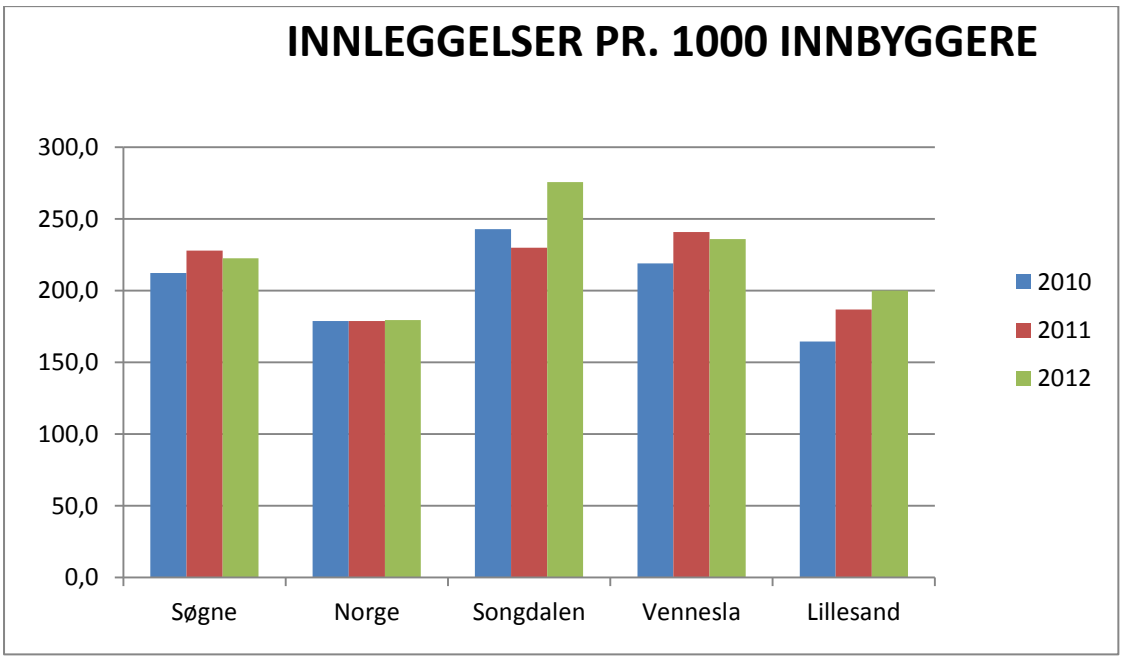








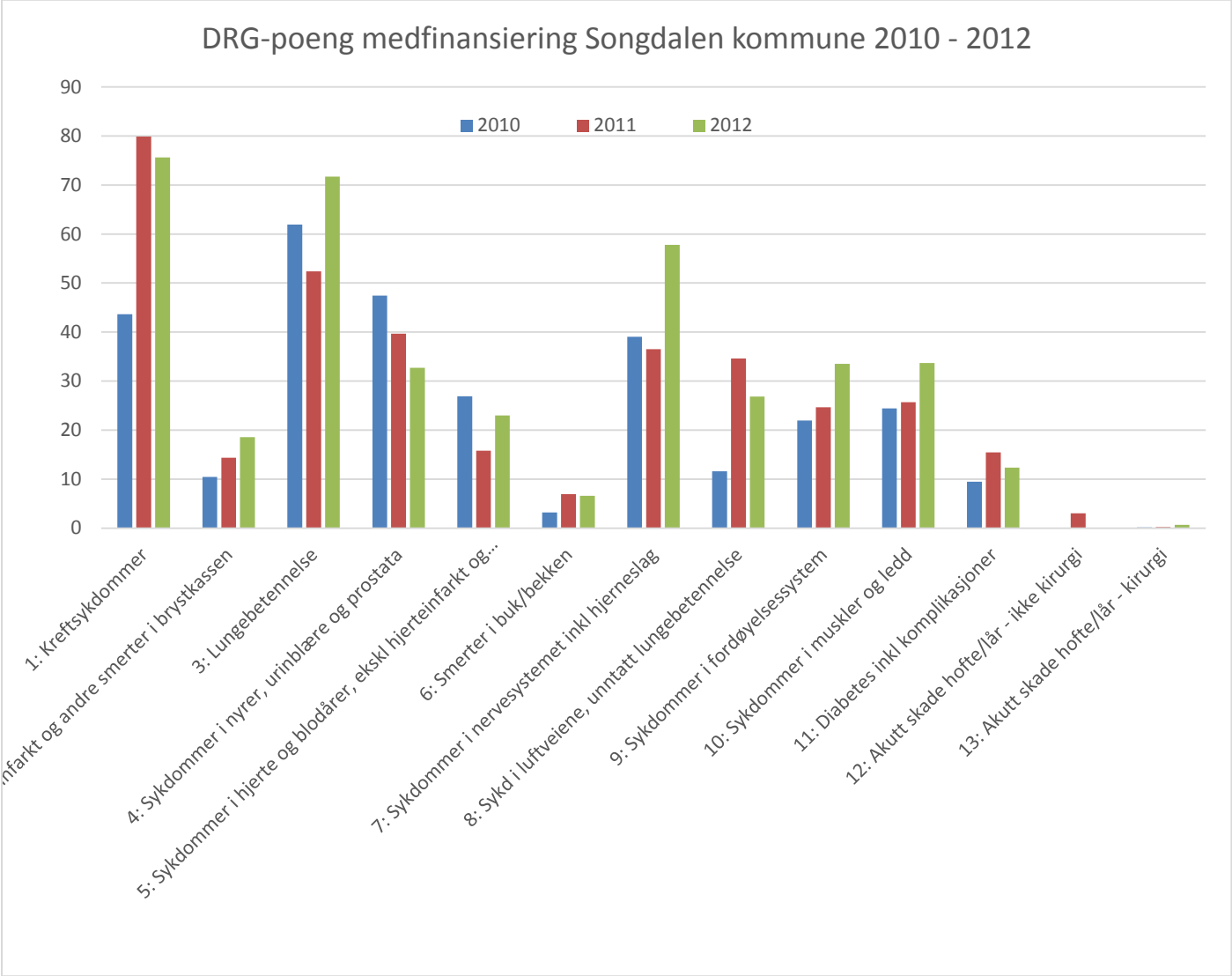
Innleggelser pr 1000 innbyggere 2010 til 2012 i utvalgte kommuner



INNLEGGELSER PR. 1000 INNBYGGERE			
	2010	2011	2012
Søgne	212,3	227,9	222,5
Norge	**178,8**	**178,9**	**179,5**
Songdalen	243	230	275,7
Vennesla	219,1	241	236,1
Lillesand	**164,5**	**186,9**	**200**

Songdalen har høyere innleggelse pr 1000 innbyggere enn både landsgjennomsnitt og nabokommuner. Den har også økt fra 2011 til 2012. Dette arbeider vi med å kunne analysere bedre for å søke etter tiltak som kan redusere antall innleggelser. Til tross for dette bildet har Songdalen forholdsvis lav utgift med finansiering .

Songdalens bruk av DRG poeng relatert til diagnosegrupper 2010 til 2012

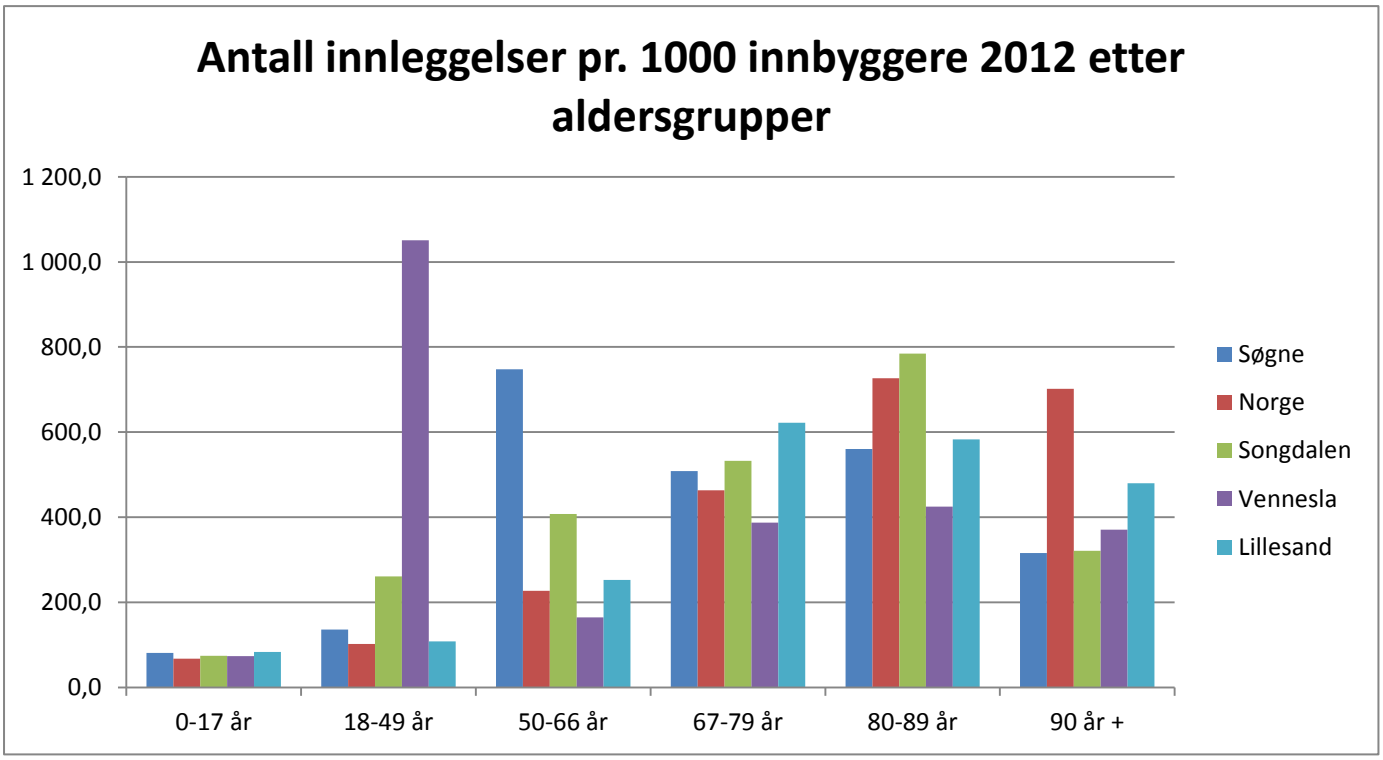


Pasientgruppe	2010	2011	2012
1: Kreftsykdommer	43,651	79,872	75,632
2: Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	10,43	14,359	18,578
3: Lungebetennelse	61,925	52,36	71,699
4: Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	47,422	39,698	32,721
5: Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl hjerteinfarkt og hjerneslag	26,919	15,78	22,967
6: Smerter i buk/bekken	3,208	6,96	6,585
7: Sykdommer i nervesystemet inkl hjerneslag	39,058	36,531	57,77
8: Sykdom i luftveiene, unntatt lungebetennelse	11,611	34,629	26,839
9: Sykdommer i fordøyelsessystem	21,949	24,666	33,518
10: Sykdommer i muskler og ledd	24,405	25,693	33,706
11: Diabetes inkl komplikasjoner	9,498	15,476	12,333
12: Akutt skade hofte/lår - ikke kirurgi	0	3,038	0
13: Akutt skade hofte/lår - kirurgi	0,177	0,212	0,671
99: Andre pasientgrupper	358,066	302,343	342,563

Songdalen har en økning fra 2010 til 2012 bl.a. innen sykdommer i luftveiene, nervesystem, muskel og skjelett og kreft. Det er problematisk at gruppen andre er så stor. Den er ikke redusert så mye fra 2010 til 2012. Tabell under synliggjør liggetid pr diagnosegruppe og med finansierings utgifter vedrørende innleggelser.

							35 964	36 968	38 209			
	Innleggelser			Liggedager			DRGpoeng			DRG-utgift Songdalen		
Pasientgruppe	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1: Kreftsykdommer	44,0	52,0	53,0	92,0	152,0	200,0	43,7	79,9	75,6	313 972,9	590 541,6	577 964,6
2: Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	28,0	32,0	41,0	21,0	33,0	38,0	10,4	14,4	18,6	75 020,9	106 164,7	141 969,4
3: Lungebetennelse	42,0	107,0	117,0	234,0	137,0	190,0	61,9	52,4	71,7	445 414,1	387 128,9	547 909,4
4: Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	49,0	43,0	35,0	139,0	134,0	59,0	47,4	39,7	32,7	341 097,0	293 511,1	250 047,3
5: Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl hjerteinfarkt og hjerneslag	27,0	21,0	25,0	85,0	48,0	58,0	26,9	15,8	23,0	193 623,0	116 671,0	175 509,2
6: Smerter i buk/bekken	8,0	14,0	13,0	9,0	18,0	18,0	3,2	7,0	6,6	23 074,5	51 459,5	50 321,3
7: Sykdommer i nervesystemet inkl hjerneslag	54,0	34,0	49,0	172,0	114,0	229,0	39,1	36,5	57,8	280 936,4	270 095,6	441 466,8
8: Sykd i luftveiene, unntatt lungebetennelse	10,0	19,0	21,0	25,0	112,0	67,0	11,6	34,6	26,8	83 515,6	256 033,0	205 098,3
9: Sykdommer i fordøyelsessystem	35,0	20,0	40,0	66,0	64,0	98,0	21,9	24,7	33,5	157 874,8	182 370,5	256 137,9
10: Sykdommer i muskler og ledd	22,0	20,0	22,0	70,0	40,0	48,0	24,4	25,7	33,7	175 540,3	189 963,8	257 574,5
11: Diabetes inkl komplikasjoner	20,0	23,0	15,0	15,0	29,0	27,0	9,5	15,5	12,3	68 317,2	114 423,4	94 246,3
12: Akutt skade hofte/lår - ikke kirurgi	0,0	5,0	0,0	0,0	17,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	22 461,8	0,0
13: Akutt skade hofte/lår - kirurgi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,7	1 273,1	1 567,4	5 127,6
99: Andre pasientgrupper	1 119,0	1 028,0	1 302,0	811,0	532,0	600,0	358,1	302,3	342,6	358,1	302,3	342,6
Sum totalt pr. år	**1 458**	**1 418**	**1 733**	**1 739**	**1 430**	**1 632**	**658**	**652**	**736**	**2 160 018**	**2 582 695**	**3 003 715**

Antall innleggelser pr 1000 innbyggere 2012 etter aldersgrupper i utvalgte kommuner



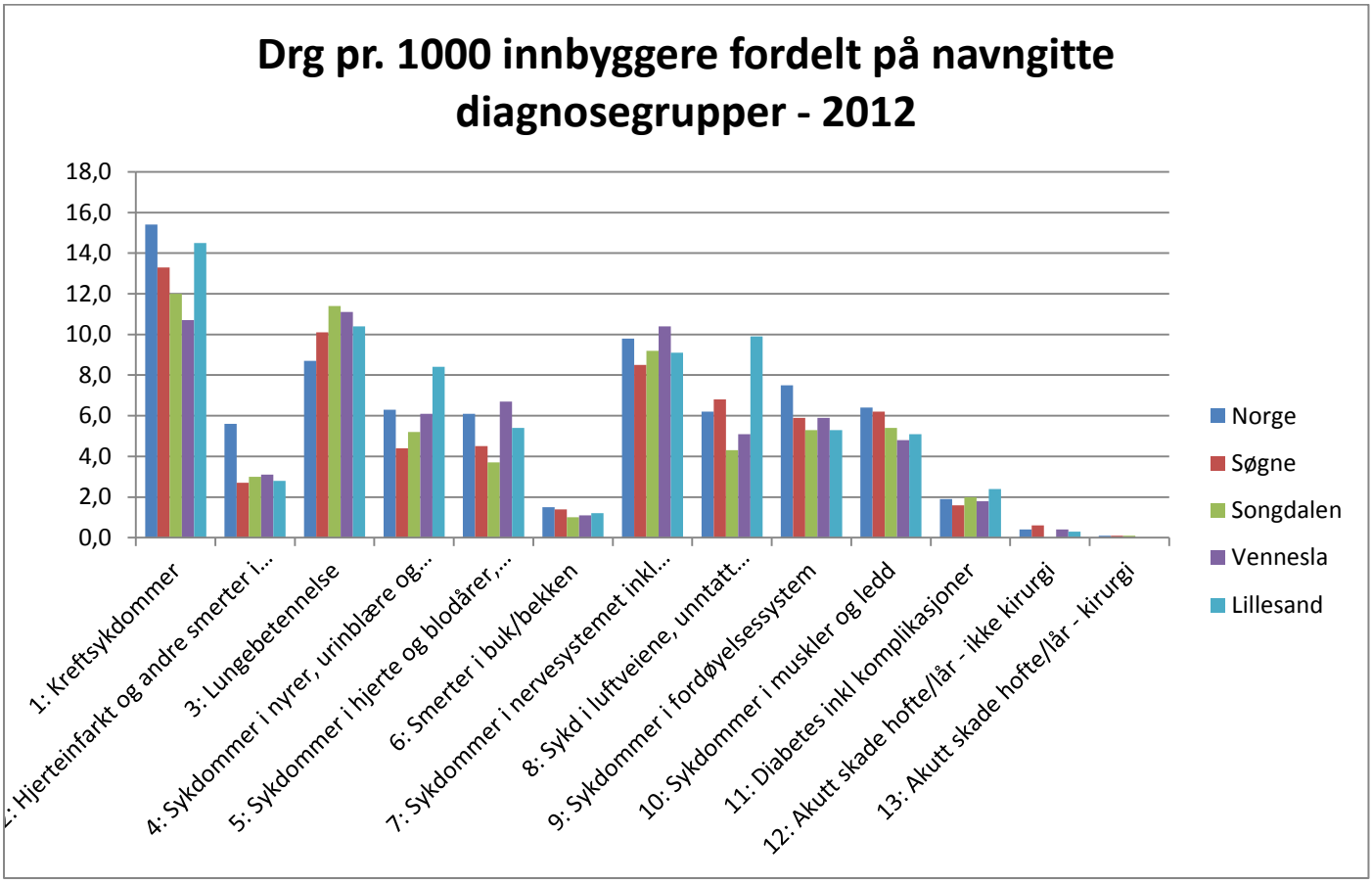
	2012 Søgne	Norge	Songdalen	Vennesla	Lillesand
0-17 år	81,4	67,9	74,0	73,4	83,5
18-49 år	136,2	101,9	261,0	1 051,2	108,1
50-66 år	747,9	226,7	407,6	164,7	252,8
67-79 år	508,5	463,3	532,3	387,5	622,2
80-89 år	560,0	726,5	784,4	424,7	582,8
90 år +	315,9	702,0	321,4	370,8	480,0

Songdalen har mange innleggelser totalt, men lav andel for innbyggere over 90 år. Det er også utfordringer med tallmaterialet knyttet til sykehusets diagnosesetting, har denne vært lik fra år til år? Men når vi sammenlikner med kommuner som har samme sykehustilhørighet, bør dette utjevnes. Gruppen "andre" er en stor utfordring.

Definisjon DRG poeng

DRG er forkortelse for diagnoserelaterte grupper, som oppgis i poeng og er et system for å kategorisere de ulike typer pasientbehandlinger. De ulike pasientbehandlingene er vektet med DRG poeng og helseforetaket (HF) får overført midler basert på deres «DGG produksjon». En krevende behandling er gitt høyere DRG poeng enn en mindre krevende behandling og DRG poeng reflekterer i stor grad kompleksiteten i den enkelte behandling. Etter 1.1. 2012 overføres midler tilsvarende 20% av det historiske forbruket av DRG poeng til kommunene, som betaler det meste/mer tilbake til HF gjennom et månedlig a-konto beløp. Et DRG poeng er satt til 39 447 i 2013. Det betyr at kommunene pr pasient som blir lagt inn på sykehus med KOLS diagnose skal betale 20% av en DRG sats på 0,919, som da utgjør kr 7 250. De indikatorene vi vurderer som mest relevant i vurderingen av forbruk DRG er antall innleggelser, samt DRG+DRG pr. 1000 innb.

DRG pr 1000 innbyggere 2012 fordelt på diagnosegrupper utvalgte kommuner



Diagnosegrupper:	Norge	Søgne	Songdalen	Vennesla
1: Kreftsykdommer	15,4	13,3	12,0	10,7
2: Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	5,6	2,7	3,0	3,1
3: Lungebetennelse	8,7	10,1	11,4	11,1
4: Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	6,3	4,4	5,2	6,1
5: Sykd. i hjerte og blodårer, ekskl hjerteinfarkt og hjerneslag	6,1	4,5	3,7	6,7
6: Smerter i buk/bekken	1,5	1,4	1,0	1,1
7: Sykdommer i nervesystemet inkl hjerneslag	9,8	8,5	9,2	10,4
8: Sykd i luftveiene, unntatt lungebetennelse	6,2	6,8	4,3	5,1
9: Sykdommer i fordøyelsessystem	7,5	5,9	5,3	5,9
10: Sykdommer i muskler og ledd	6,4	6,2	5,4	4,8
11: Diabetes inkl komplikasjoner	1,9	1,6	2,0	1,8
12: Akutt skade hofte/lår - ikke kirurgi	0,4	0,6	0,0	0,4
13: Akutt skade hofte/lår - kirurgi	0,1	0,1	0,1	0,0
99: Andre pasientgrupper	58,4	55,8	54,5	55,6

Tallmaterialet er grovt. Vi er avhengig av å følge utviklingen over flere år for å se om økning eller nedgang i innleggelser og antall pasienter totalt og i de ulike diagnosegruppene skyldes tilfeldige svingninger eller er en reel utvikling. Songdalen hadde bare flere innleggelser enn landsgjennomsnittet i 2012 for diagnosegruppen

lungebetennelse. Denne diagnosegruppen vurderes som mulig å redusere bruk av sykehustjenester gjennom at kommunen har startet opp med tilbudet KØH i 2013.

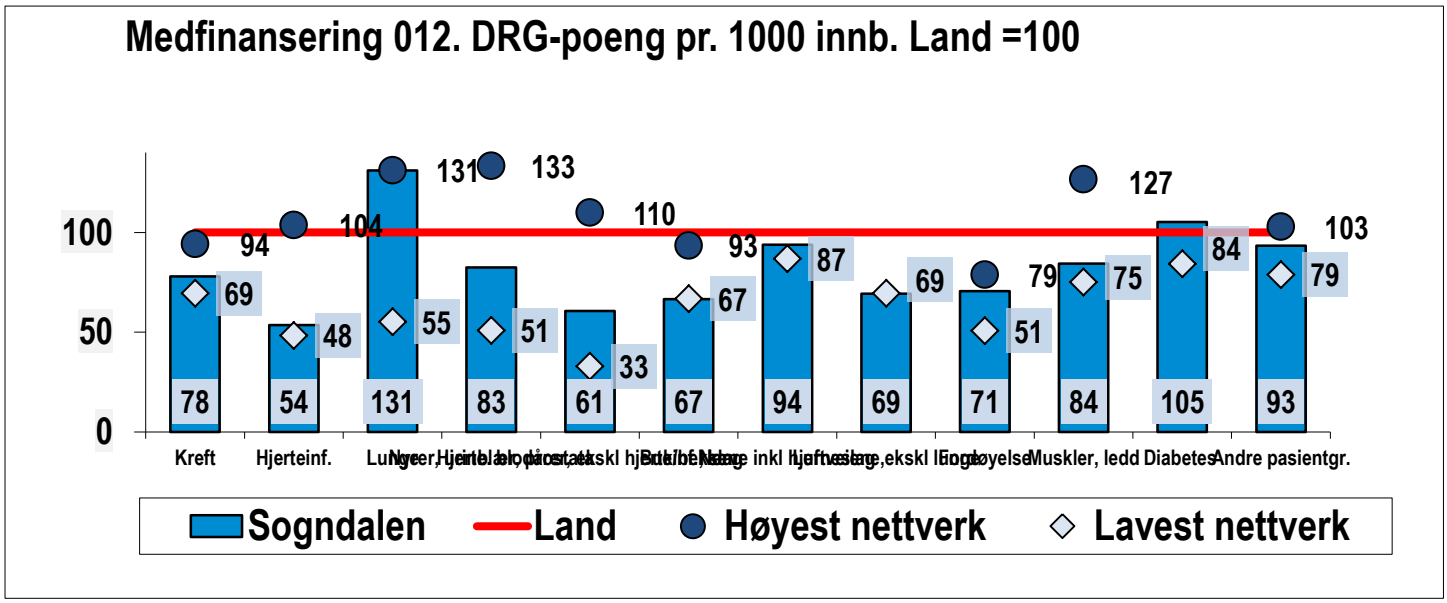
I forhold til diagnoser er det en utfordring at grunndiagnoser gjemmer seg bak ”komplikasjonsdiagnoser”. Eksempelvis: Diabetes; få innleggelser, men diabetikere legges inn under for eksempel nyre, hjerte, kar osv. Dette er en pasientgruppe som kommunen bør ha stort handlingsrom for å jobbe med, både i forhold til å forebygge selve diagnosen, og i neste omgang forebygge komplikasjoner.

Diagnoser

Kreft er den mest kostnadskrevende enkeltdiagnosen. Kreftpasienter har forholdsvis mange innleggelser og trenger kostnadskrevende behandling. På grunn av manglende tallmateriale har vi pr nå ikke mulighet til å gå lengre bak i tid. Man kan derfor ikke basert på de data vi har tilgang til pr i dag, konkludere med at antallet av tilfeller med kreft nødvendigvis er økende i Songdalen kommune. Det vil være aktuelt å følge med på utviklingen over tid. Selv om man ikke driver avansert kreftbehandling i kommunal regi, bør man kunne anta at fokus på forebygging hos risikogrupper, opplysningsvirksomhet og holdningsskapende arbeid, på lang sikt kan være med å redusere antallet nye krefttilfeller. Songdalen har på grunnlag av støtte fra kreftforeningen ansatt kreftkoordinator som også arbeider i Søgne kommune. Vi har gjennom USHT satset systematisk på kompetanseheving av våre ansatte innen lindrende behandling og omsorg, men ønsker å forsterke dette ytterligere fremover. Det kan bidra til et enda mer robust kommunalt omsorgstilbud for denne gruppen. Dette vil skape større trygghet slik at innbyggere med kreft velger å dø hjemme og gi bedre muligheter for at kommunen i større grad kan overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Diagnosegruppen ”Andre” trenger vi mer informasjon om. Vi vet at for 2012 er majoritet av diagnoser innenfor begrepet ”Andre” knyttet til *skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre skader* (22 % på landsbasis), *symptomer, tegn og unormale kliniske funn* (16 % på landsbasis) og *faktorer som har betydning for helsetilstand* (16 % på landsbasis) Man må kunne anta at den prosentvise andelen av de ulike diagnosene også er tilfelle for Songdalen kommune. Da vi vet lite om hvilke omstendigheter som førte til innleggelse og påfølgende diagnostisering innenfor ”andre” begrepet, blir det litt uhåndterlig å iverksette adekvate tiltak for å begrense innleggelsene. Diagnosegruppen ”Andre” er den desidert største gruppen både når det gjelder antall innleggelser og kostnad i form av bruk av DRG, både per 1000 innbyggere og i prosent av totalt forbrukt DRG. Gruppen har kort gjennomsnittlig liggetid. Vi stiller her spørsmål om det her er en del ”unødvendige innleggelser”?

Med finansiering Songdalen 2012 etter diagnosegrupper sammenliknet med landet

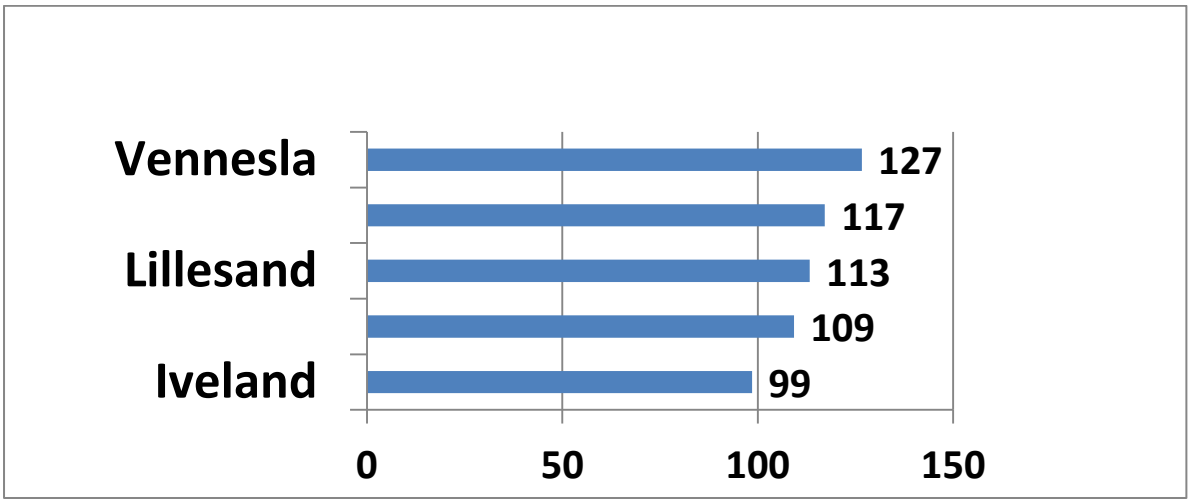


Landet som helhet er relativt stabilt med tanke på innleggelser og DRG poeng per 1000 innbyggere. Songdalen brukte mer enn landsgjennomsnittet til med finansiering av diagnosen lungebetennelse i 2012.

Gruppen "andre" er en stor utfordring. Tallmaterialet er grovt.

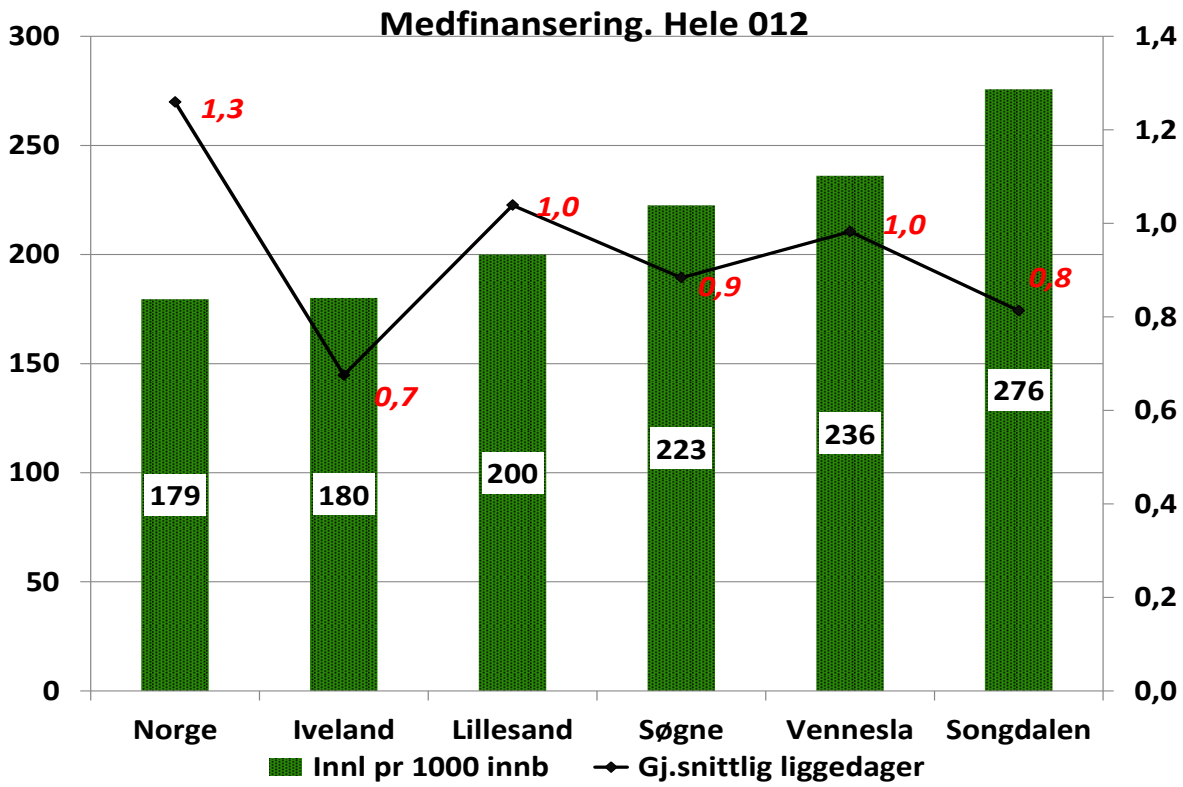
Andel i % av land	Lille-sand	Ive-land	Venn-esla	Song-dalen	Søgne	Land	Høyest nettverk	Lavest nettverk
Kreft	94		69	78	86	100	94	69
Hjerteinf.	50	104	55	54	48	100	104	48
Lunge	120	55	128	131	116	100	131	55
Nyrer, urinblær, prostata	133	51	97	83	70	100	133	51
Hjerte. blodårer, ekskl hjerteinf., slag	89	33	110	61	74	100	110	33
Buk/bekken	80		73	67	93	100	93	67
Nerve inkl hjerneslag	93	233	106	94	87	100	233	87
Luftveiene,ekskl lunge	160		82	69	110	100	160	69
Fordøyelse	71	51	79	71	79	100	79	51
Muskler, ledd	80	127	75	84	97	100	127	75
Diabetes	126	211	95	105	84	100	211	84
Andre pasientgr.	103	79	95	93	96	100	103	79

Forbruk DRG per 1000 innbyggere 2010 - medisinske diagnoser



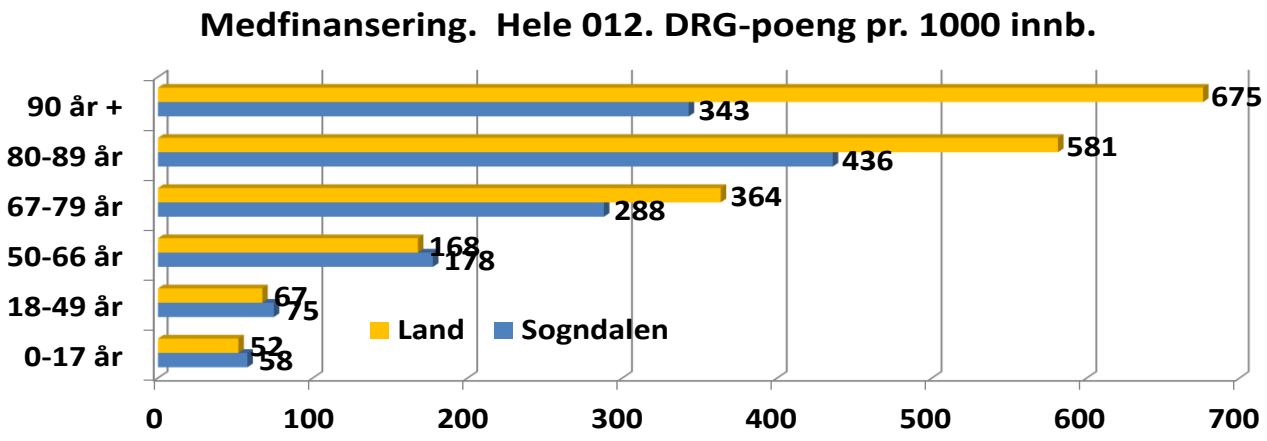
Songdalen brukte mindre DRG-poeng til innbyggerne i 2010 enn nabokommunene.

Med finansiering 2012 og gjennomsnittlig liggedager



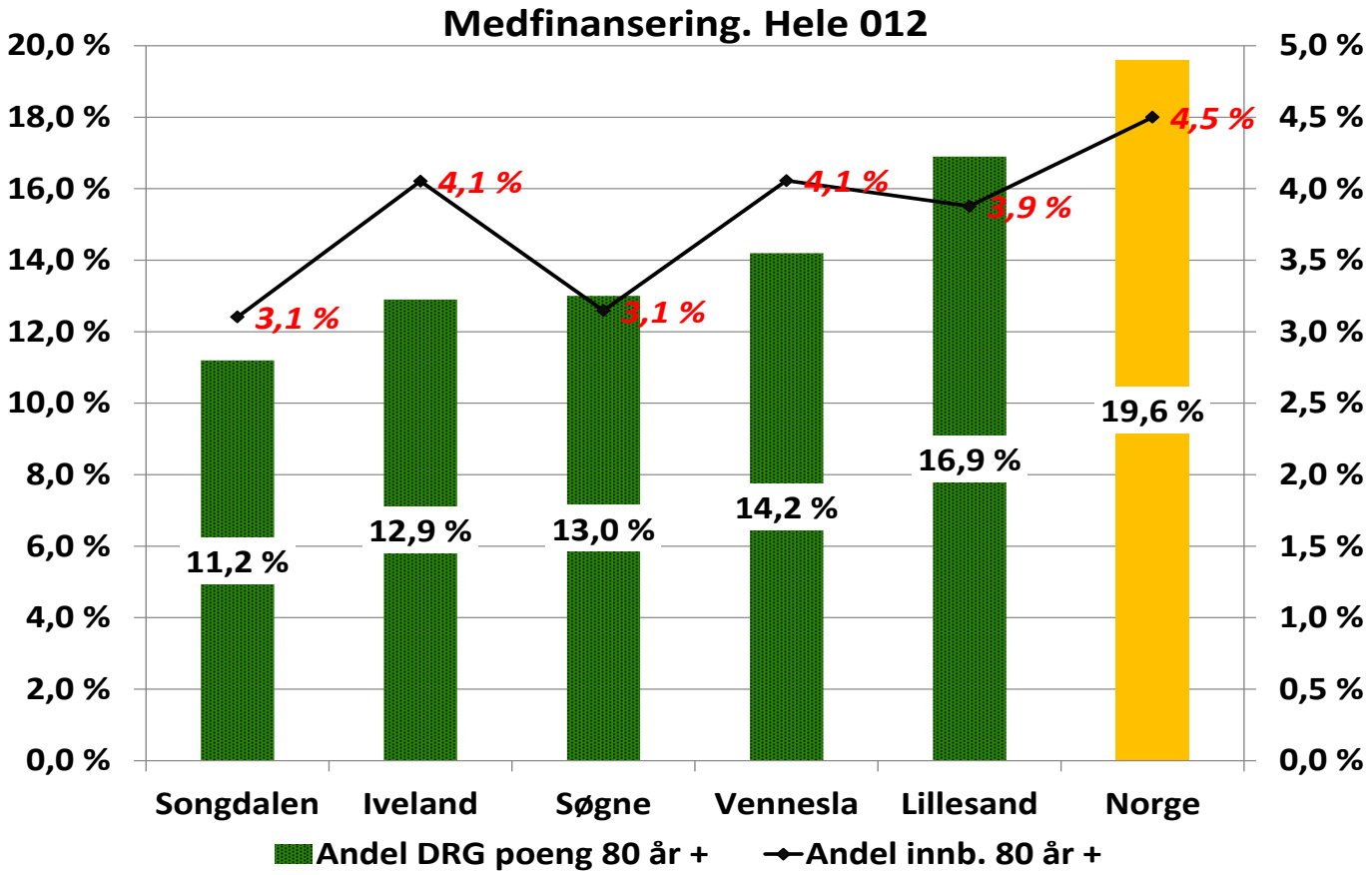
Songdalen hadde flere innleggelser pr 1000 innbyggere i 2012 enn både landsgjennomsnittet og nabokommuner, men gjennomsnittlig liggetid var under et døgn og blant det laveste i nabokommuner. Det kan tyde på at kommunen raskt var i stand til å følge opp med kommunale tjenester etter sykehusinnleggelse. Det arbeides sammen med fastlege for å finne mer ut av hvorfor Songdalen har så mange innleggelser når andelen innleggelser av innbyggere over 89 år er så lav relatert til landsgjennomsnittet.

Med finansiering 2012 DRG-poeng pr 1000 innbyggere etter aldersgrupper



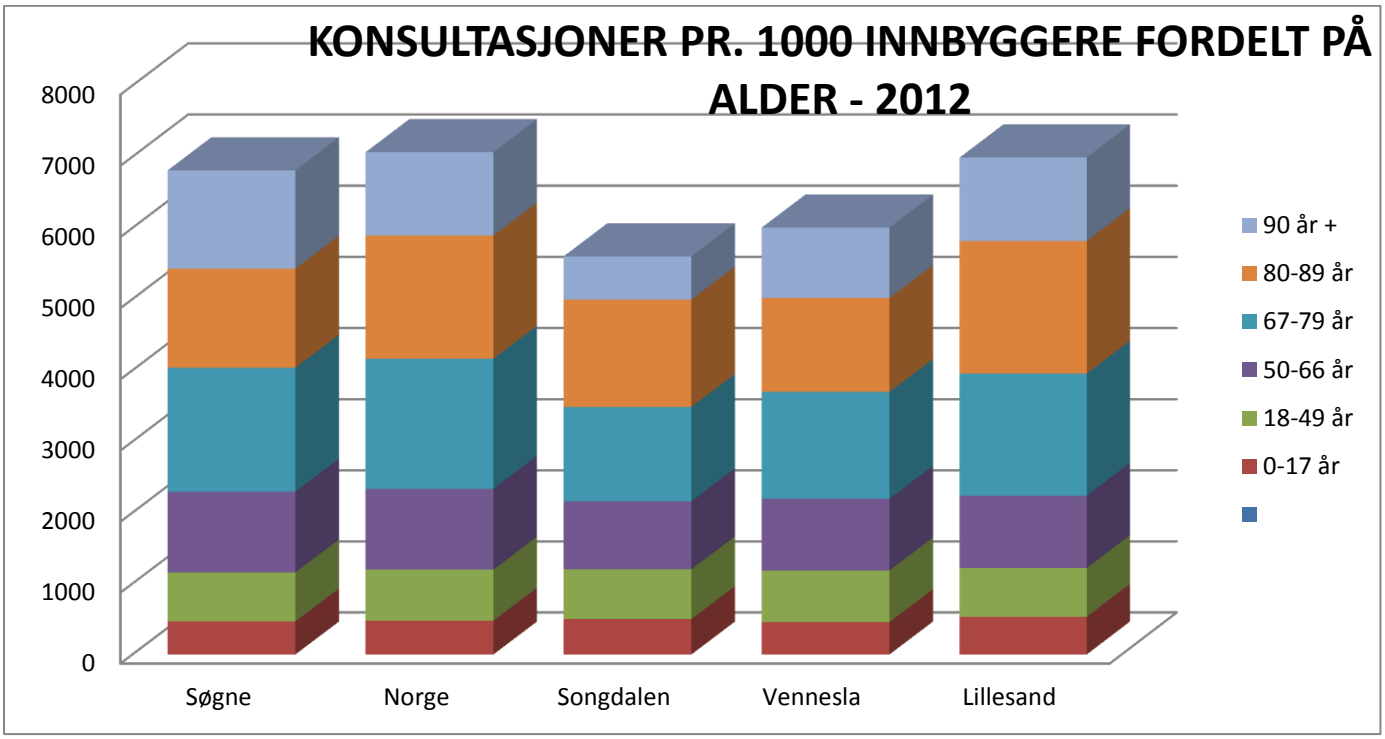
Songdalen skiller seg markant ut i forhold til DRG poeng for innbyggere over 66 år, men ligger over landsgjennomsnittet for innbyggere under 67 år. Vi vurderer det slik at Songdalen har en god eldreomsorg som forebygger bruk av sykehustjenester.

Med finansiering 2012 innbyggere 80 år og over



Songdalens andel av DRG poeng til innbyggere over 79 år relatert til andel innbyggere i denne aldersgruppen ligger lavt både sammenlignet med nabokommuner og ikke minst med landsgjennomsnittet.

Polikliniske konsultasjoner pr 1000 innbyggere etter alder

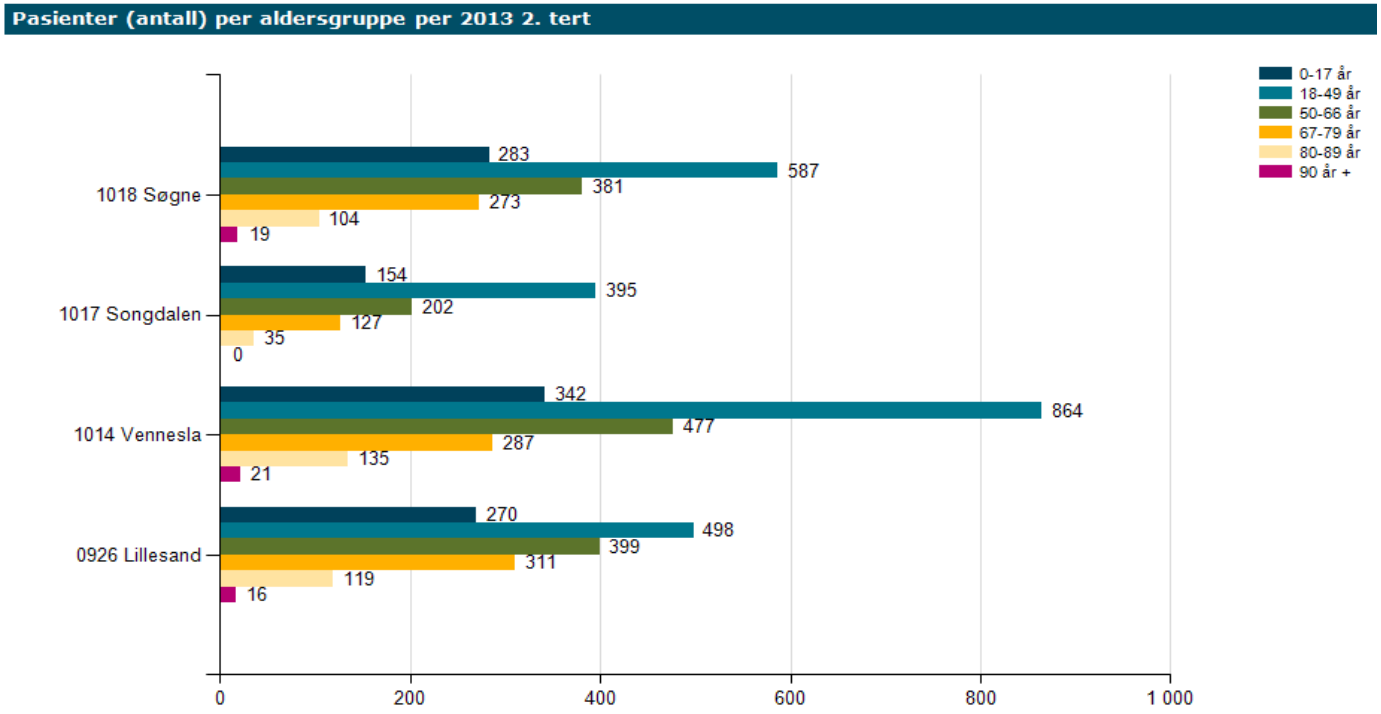


KONSULTASJONER PR. 1000 INNBYGGERE FORDELT PÅ ALDER:

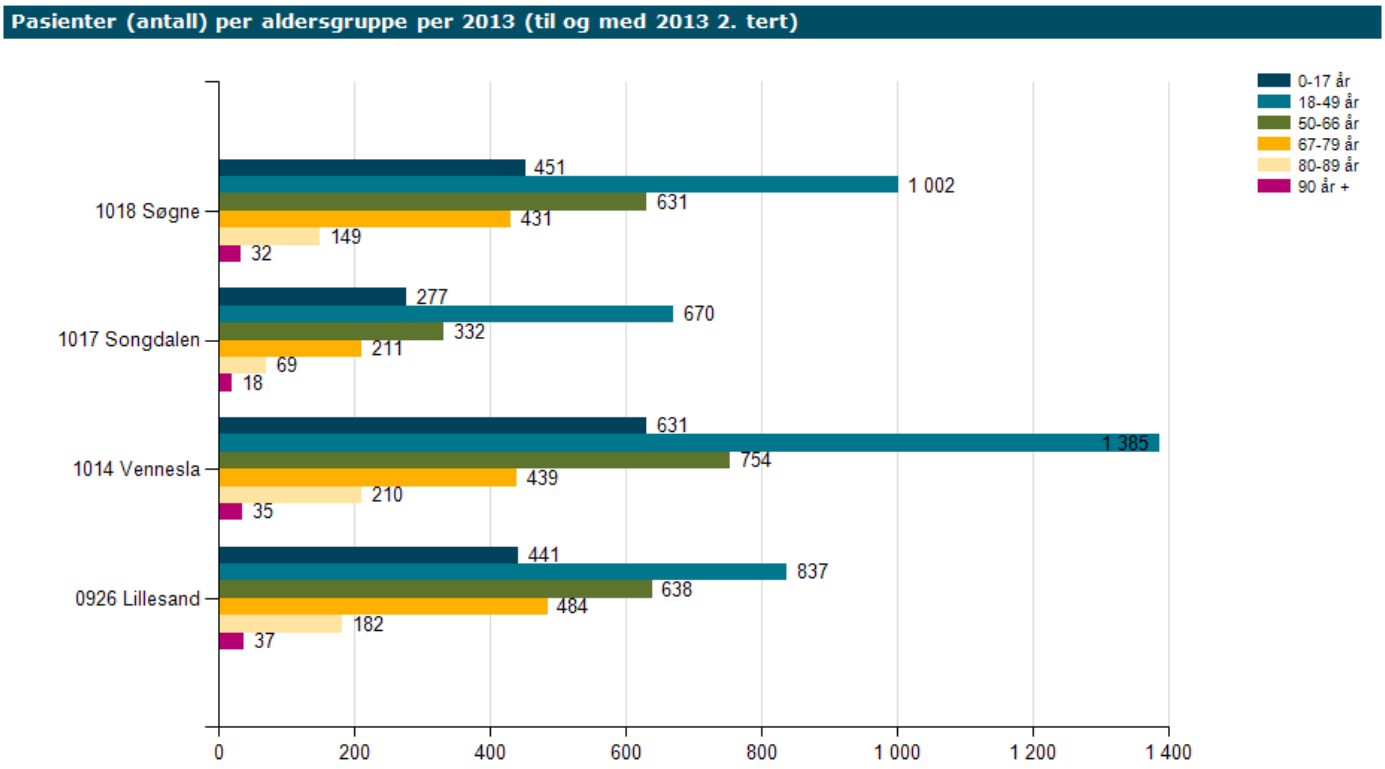
	Søgne	Norge	Songdalen	Vennesla	Lillesand
0-17 år	465,9	475,4	498,8	455,2	530,9
18-49 år	691,0	720,6	703,0	729,6	687,5
50-66 år	1 138,0	1 139,0	957,7	1 010,0	1 018,4
67-79 år	1 739,5	1 826,3	1 324,6	1 500,5	1 715,0
80-89 år	1 393,2	1 730,0	1 509,0	1 319,8	1 863,1
90 år +	1 380,0	1 171,5	607,1	988,8	1 173,3

Tabellen over viser at polikliniske tjenester fra HF ble benyttet i mindre grad i 2012 enn nabokommunene angående innbyggere over 90 år. Kommuneoverlegen opplyser at fastlegene benytter mye spesialister utenfor HF til oppfølging. Den aktiviteten er ikke fanget opp i tabellen.

Medfinansierer 2013 (absolutte tall) 2. tertial utvalgte kommuner



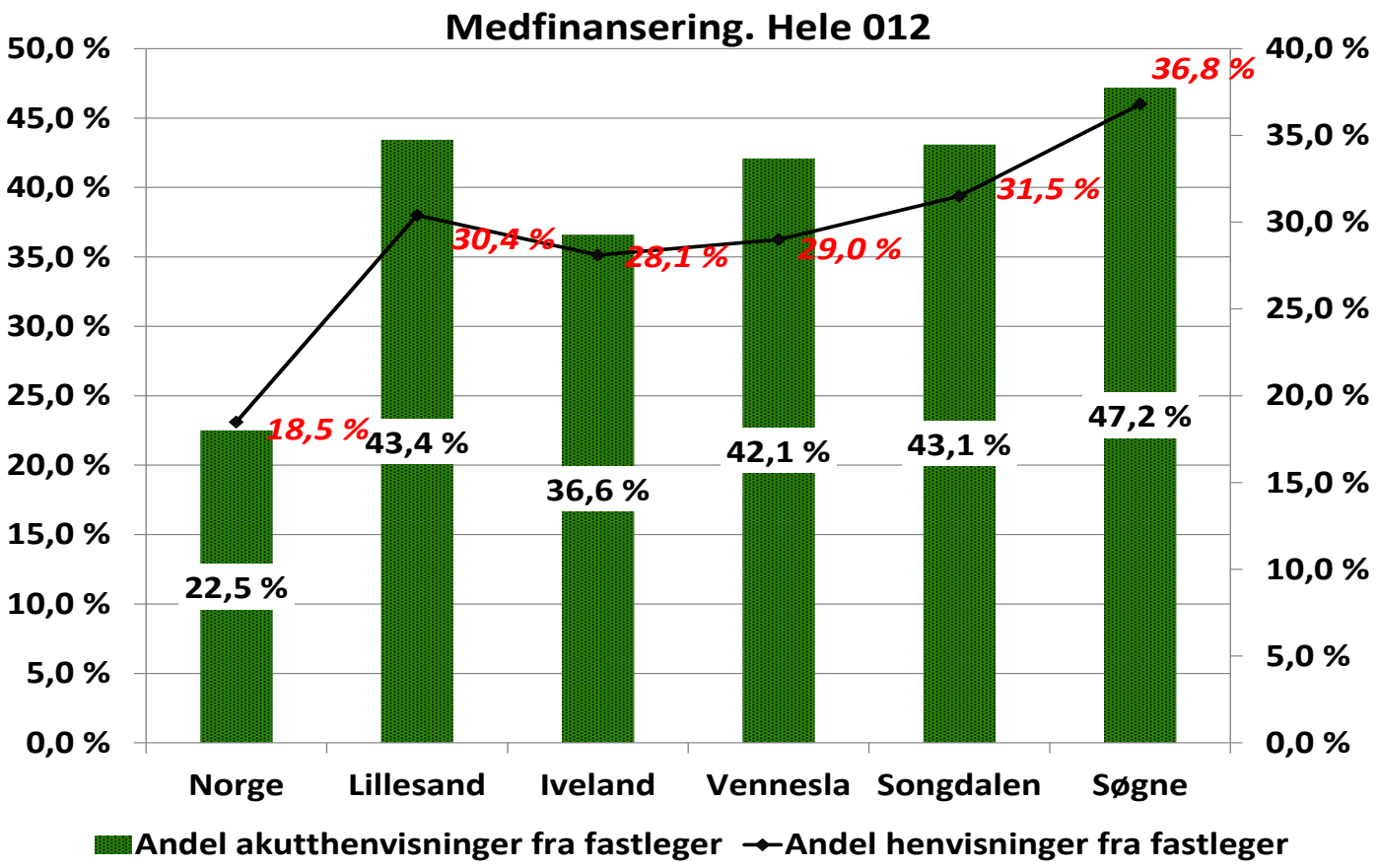
Medfinansiering (absolutte tall) 1. og 2. tertial 2013 utvalgte kommuner



Innbyggertall 1.1.2013:

- Songdalen 6285
- Søgne 10960
- Lillesand 10032
- Vennesla 13756

Med finansiering 2012 andel akutt innleggelser



Songdalen hadde i 2012 høyere andel akutthenvisninger fra fastlege enn landsgjennomsnittet. Andel henvisninger som kom fra fastlege var også vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet. Dette ønsker vi å arbeide nærmere med sammen med fastlegene for å søke etter mulighet til reduksjon. Vi tror at etablering av KØH er et viktig tiltak.

Kostnad med finansiering og utskrivningsklare pasienter

Songdalen fikk i 2012 overført 6 100`, hvorav 5 400` var tiltenkt med finansiering av spesialisthelsetjenester og 700`til utskrivningsklare pasienter og annet folkehelsearbeid. Vi måtte ikke betale for utskrivningsklare i 2012, minimalt i 2013 og foreløpig ingen slik utgift i 2014. Medfinansiering utgjør likevel bare lav % av nettorammen til tjenesten i 2014. Vi må derfor ha fokus på riktig bruk av hele den økonomiske rammen, ikke bare utgifter med finansiering. Nåværende ordning fases ut pr 01.01.15 av regjeringen. Hva ordningen erstattes med er foreløpig ikke kjent.

Ansvars- og oppgaveoverføring fra helseforetak til kommuner

I følge arbeidsgruppe pasientforløp somatikk som har utarbeidet en rapport som grunnlag for arbeidet med Sørlandet sykehus sin utviklingsplan frem mot 2030 er det listet opp områder hvor man antar at det vil være mulig med en ansvars- og oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjeneste til de 30 kommunene de betjener:

- *KOLS; 20 % av liggedagene kan ha deler av oppholdet i kommunale institusjoner. De fleste pasienter som kan tas hånd om i kommunene er imidlertid alt overført.*
- *Infeksjoner; kommunen kan ta en del av liggedagene for pasienter som har langtids intravenøs antibiotika behandling.*

- *20 % av liggedagene for pasienter innlagt i somatiske avdelinger med psykisk sykdom kan behandles i kommunene*
- *15 % av liggedagene for slagpasienter kan overføres til kommunene, enten direkte til hjemmet med oppfølging av hjemmetjeneste eller til etterbehandling eller rehabilitering i kommunen.*
- *20 % av liggedager for pasienter med skader i hofte/lår kan tas hånd om som restbehandling i kommunene.*
- *20 % av liggedager for rehabilitering kan tas hånd om i kommunale rehabiliteringsinstitusjoner eller hjemme med oppfølging fra hjemmetjeneste.*
- *En stor andel av diabetes 2 pasientene følges i dag opp i kommunen. Det forutsettes at denne trenden vil fortsette ytterligere, der en stor andel av polikliniske kontroller for endokrine sykdommer kan overføres til kommunen*
- *Det forutsettes at totalt ca. 23 000 liggedager overføres til kommunehelsetjenesten.*
- *Det forutsettes en reduksjon på 100 000 polikliniske konsultasjoner. Dette er i første rekke kontroller som kan overføres til primærleger eller som kan utføres desentralt i samarbeidsordninger mellom kommunal- og spesialisthelsetjeneste.*

Aktivitet SSHF 2011 - demografisk fremskrevet 2030 - demografisk fremskrevet og omstilt 2030						
	2011	2030 demografisk	2030 demografisk og omstilt	Prosentvis endring fra 2011 til 2030, demografi	Prosentvis effekt av omstillinger/ endringer ut over	Prosentvis endring i aktivitet totalt 2011-2030
Døgnopphold	46929	68178				
Liggedager	161813	243725	203580	50,6	-16,5	25,8
Dagopphold	43499	63658	73275	46,3	15,1	68,5
Polikliniske konsultasjoner	242934	340920	297948	40,3	-12,6	22,6

Som det fremgår av oppsummeringen av forslagene innen somatikk kan vi forvente en fortsatt reduksjon i liggedager til fordel for dagopphold, samtidig som fastlegene vil måtte ivareta flere kontroller.

Konsekvenser for Songdalen:

Anbefalingene i rapporten vil føre til at pasienter som tidligere fikk døgnbehandling på sykehus, frem mot 2030 vil få dagbehandling og dermed trolig kreve betydelig økt oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Dette betyr vesentlig økt behov for ressurser og kompetanse i kommunehelsetjenesten og kommer i tillegg til det økte behovet tjenestene vil se som følge av demografiske endringer i befolkningen. Det arbeides med en risiko og sårbarhetsanalyse for kommunene dersom sykehusets planer blir en realitet.

Folkehelseprofil

Det er valgt å ikke trekke inn hele folkehelseprofilen til kommunen. Dette siden de fleste parametrene egner seg best i plan for folkehelsearbeidet. Vi har derfor valgt å referere til de områdene som vurderes mest relevant grunnlag for dette planarbeidet.

Songdalen ligger høyt på psykiske symptomer og lidelser i primærhelsetjenestene. Det er også høyt forbruk av legemidler mot psykiske lidelser. I primærhelsetjenesten er det høyt antall registrerte hjerte- kar sykdommer og det benyttes mye kolesterolnedsenkende legemidler. Utbredelsen av hjerte- kar sykdommer er ikke forskjellig fra

landsnivået vurdert etter sykehusinnleggelser. Videre ser vi at muskel og skjelettlidelser er over landsgjennomsnittet i Songdalen. I diagnosegruppene kreft, kols, og diabetes ligger kommunen på landsgjennomsnittet som i utgangspunktet er høyt.

Hva mangler vi av styringsinformasjon fra Helsedirektoratet?

Det en relativ stor ”sekkepost” som heter andre diagnoser. Vi skulle gjerne hatt innsyn i hva som ligger i disse diagnosene. Når dette brytes ned på mer ”spesifikke” diagnoser, viser det seg at flere av disse diagnosegruppene er forholdsvis omfattende og diffuse. Vi har en hypotese om at det skjer mange innleggelser fra poliklinikk, og skulle hatt tilgang på mer spesifikke styringsdata som kunne bekrefte eller avkrefte en slik antakelse. Det er en forholdsvis lav andel av innleggelsene som skjer via fastlegene.

Oppsummering og vurdering av styringsdataene over

Mange av diagrammene viser at Songdalens helse- og omsorgstjenester drives kostnadseffektivt sammenlignet med nabokommuner og landsgjennomsnittet. Det er spesielt viktig å merke seg at :

- En forholdvis liten del av ressursene benyttes til innbyggere 67 år +. Noe av grunnen vurderes til å være at omsorgstrappen er godt utbygd slik at vi klarer oss med å benytte få langtidsplasser. Det vurderes også at det er svak ressurstilgang til helse- og omsorgstjenestene.
- Kommunen har forholdvis mange yngre brukere med utviklingshemming og øvrige ressurskrevende brukere under 67 år, så stor del av ressursene går til denne aldersgruppen.
- Songdalens helse og omsorgstjenester drives veldig kostnadseffektivt
- Songdalen har mange innleggelser sammenlignet med nabokommuner og landet. Det er derimot kort liggetid og dermed lav utgift medfinansiering.

Helse og omsorg hadde en omfattende gjennomgang av tjenestene fra firmaet Deloite og Telemarksforskning i 2012. Totalbildet i deres rapport var at tjenestene drives kostnadseffektivt. Tallene i dette kapittelet viser at mye av ressursene benyttes til yngre brukere. Tjenestene til denne gruppen ble sett nærmere på i prosessen, og resulterte i at det ikke ble anbefalt kutt i den delen av tjenestene.

Medfinansiering er en liten del av den økonomiske rammen og fases ut nyttår 2015. Songdalen sin strategi vil derfor være å ikke bare se på bruk av sykehustjenestene, men hele ansvarsområdet i det videre planarbeidet.

3 Gjennomførte tiltak som har medvirket til kostnadseffektiv tjenester

Innledning til kap 3

I dette kapitlet presenteres ulike tiltak som er iverksatt, og som vi mener er medvirkende til at helse- og omsorgstjenestene drives så kostnadseffektivt Vi ønsker i stor grad å videreutvikle disse tiltakene for å kunne videreføre kostnadseffektiv drift. Vi ønsker også å søke etter tiltak for å redusere innleggelser i sykehus i et kortsiktig og langsiktig perspektiv.

Målsetting og bruk av BEON relatert til omsorgstrappen

Politisk vedtatt målsettingen for helse- og omsorgtjenestene er at innbyggerne i alle aldersgrupper skal kunne bo i egen bolig lengst mulig og at kommunen gir tjenester på laveste effektive omsorgs nivå (LEON). I stortingsmelding om samhandlingsreformen ble begrepet BEON. Beste Effektive Omsorgstjeneste Nivå lansert. Vi vurderer at begge prinsippene er nyttige å ha med seg både i planlegging og oppfølging av den enkelte bruker gjennom riktig enkeltvedtak om tjenester og oppfølgingen i det daglige.

Tabelloversikt gjennomførte tiltak for å yte kostnadseffektive tjenester

Tabellen nedenfor gir en oversikt over igangsatte tiltak som vurderes som viktige for å benytte stram økonomisk ramme slik at en får mest mulig helse- og omsorgstjenester ut av hver krone. En del av tiltakene har vart over tid og avspeiles dermed i tilgjengelig styringsdata. Andre tiltak er av nyere dato. Noen få tiltak er nærmere beskrevet under tabellen.

Tiltak	Målgruppe	Kostnad	Finansiering	Ønsket effekt
1 Kompetanse heving gjennom USHT	Alle ansatte. Se nærmere beskrivelse under	1 mill	Øremerket tilskudd	Måloppnåelse, bedre kvalitet på tjenestene, redusert innleggelse HF
2 Hjemme tjeneste profil	Alle ansatte i hjemmetjenesten har turnus tilpasset primærsystemet	23 mill	Budsjettet for hjemme tjenesten	Måloppnåelse, kontinuitet og trygghet hos bruker/ansatt, redusert bruk av HF. Høy andel tilstedetid hos bruker(0,61 % i 2012)
3 Terapeuter som følger bruker uavhengig av organisering	Brukere i alle aldersgrupper med behov følges opp av terapeutene der de til enhver tid er	2 mill	Budsjett terapeutene	Måloppnåelse, sirkulasjon korttidsplassene, hverdagsmestring, redusert bruk av HF. Utstrakt grad av tverrfaglig samarbeid.
4 Mange omsorgsboliger tilpasset ulike brukergrupper	Brukere i alle aldersgrupper med hjelpebehov som er vanskelig å følge opp i opprinnelig hjem	Belegg ikke kom. budsjett	Statlig tilskudd kapitaltilskudd i 30 år+ husleie	Trygghet for å kunne bo i eget hjem selv om hjelpebehovet er stort. Redusert bruk av langtidsplasser

Tiltak	Målgruppe	Kostnad	Finansiering	Ønsket effekt
5 Tverrfaglig tiltaksteam	Søkere i alle aldersgrupper som søker på omsorgstjenester. Et viktig fora for riktig bruk av omsorgstrappen.	Arbeids form ledere, lege og terapeut.	Over budsjettet.	Måloppnåelse og samarbeid for å gi tjenester etter LEON og BEON prinsippet.
6 50 % av institusjonsplass ene benyttes til korttidsplasser	Innbyggere i alle aldersgrupper med behov for behandling, utredning, avlastning, lindrende behandling og KØH.	5,8 mill	Budsjett for korttids plassene.	Måloppnåelse, trygghet hos brukere/pårørende, unngår dagbøter
7 Trygghetsplasser	Brukere av hjemmetjenesten som profilerer på faste korttidsopphold for å treffe andre.	Ikke ekstra utgifter.	Følges opp av hjemmetj i rom som ikke benyttes ellers	Forebygging, måloppnåelse, frigjør øvrige korttidsplasser for å ta raskt imot utskrivningsklare fra HF og KØH pas.
8 Få langtidsplasser i bruk.	Brukere med langt kommen demensutvikling som ikke kan følges opp med forsvarlige tjenester av hjemmetjenesten.	10,1 mill	Budsjett for plassene.	God omsorg til de dårligste brukerne. Med mange omsorgsboliger og kortidsplasser er det mulig å benytte få langtidsplasser. Dette er viktig ut fra at dette er det dyreste tiltaket i omsorgstrappen.
9 Samhandling fastlegene samlokalisert ved omsorsgssenteret.	Alle ansatte i helse og omsorg uavhengig av arbeidsplass..	Ingen ekstra kostnad.	Del av arbeids formen.	Måloppnåelse, trygghet for brukerne og redusert bruk av HF.
10 Samhandling fysioterapeuter med driftstilskudd Felles leder for fysioterapeuter med driftstilskudd og kommunale	Leder har faste møter med fysioterapeutene med driftstilskudd. om fordeling av arbeidsoppgaver og strategi for å møte fremtidige utfordringer. Innbyggere som kan følges opp individuelt og i grupper.	1,5 mill Fysikalsk institutt med 4 drifts tilskudd	Budsjett til fysio terapeuter med driftstilskudd.	Måloppnåelse forebygging av helsesvikt og bedre ressursutnyttelse. Tidlig intervensjon hos kronikere i form av gruppetilbud er et fokusområde.
11 System for samtale med bruker og pårørende	Brukere i alle aldersgrupper som har behov for samordning eller økt hjelpebehov.	Del av ansattes arbeids form	Innbakt i budsjettene.	Måloppnåelse, tjenester i tråd med LEON prinsippet. Trygghet for brukere/pårørende. Fokus er gjensidig informasjons utveksling, forventnings avklaring, trygghet og forutsigbarhet for alle involverte.
12 Individuell plan (IP) og primærkontakt	Brukere med behov for koordinerte tjenester får tilbud om IP og en koordinator. Øvrige brukere i alle aldersgrupper har primærkontakt	Del av ansattes arbeids form.	Innbakt i budsjettet.	Måloppnåelse, samordning, trygghet for bruker. Systemkoordinator har etablert et tverrfaglig fora hvor komplekse saker løftes inn og hovedansvar for saken fordeles. Dette for å unngå at saker «skyves» på i kommunen.

Tiltak	Målgruppe	Kost/ år	Finansiering	Ønsket effekt/mål
13 Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH)	Brukere med forverret helsetilstand kan legges inn av fastlege og få oppfølging i kortids avdelingen i stedet for HF.	1,2 mill	Øremerket tilskudd.	Måloppnåelse, redusert bruk av HF og trygghet for brukerne.
14 Intern samhandling mellom helse og avdelingene innen omsorg	Lederne og øvrige ansatte i helse og omsorg. vektlegger samhandling mellom deltjenestene. Målgruppe for samhandlingen er brukere i alle aldersgrupper med behov for omsorgstjenester.	Del av arbeids formen.	Innbakt i budsjettet.	Måloppnåelse og effektive tjenester. Redusert behov av HF. Sikre at brukerne i alle aldersgrupper får de tjenestene de skal både når det gjelder nivå og kompetanse, Sikre gode pasientforløp og unngå innleggelser og reinnleggelser i sykehus.
15 Demensteam	Innbyggere med mistanke om eller med kjent demenssykdom.	100`	Del av ansattes arbeids oppgaver innarbeidet i budsjettet.	Rask diagnostisering i tett dialog med fastlege. Tjenester i tråd med behov. Fokus på observasjon og endringer som kan avdekke forverring. Gode pasientforløp så brukerne kan være hjemme lengst mulig. Redusert bruk av HF og langtidsplasser..
16 Forebyggende hjemmebesøk	Innbyggere som er 78 år.	120`	Prosjektmid. Avvikles i 2014	Støtte den enkelte til fortsatt egenomsorg. Se nærmere beskrivelse under.
17 Ulike dagtilbud/ aktiviteter	Individuelt tilpasset dagtilbud til brukere i alle aldersgrupper.	1,5 mill	Øremerket statstilskudd 260 000 pluss innarbeidet i ulike budsjett.	Måloppnåelse, forebygge helsesvikt og isolasjon. Aktivitet mest mulig tilpasset den enkelte.
18 Pasient sikkerhets program – legemiddel gjennomgang Kunnskapssenterets program	Brukere på institusjon og hjemmeboende med behov for hjelp til medisinadministrering og som har 5 eller flere medikamenter.	70`	Øremerket tilskudd.	Måloppnåelse. Bedre helse hos bruker, redusert fare for fall, redusert bruk av HF. Tett samarbeid med fastlegene og sykehjemslege. Songdalen deltok på læringsnettverk , og rutiner er implementert-USHT skal spre erfaringene til fylkets øvrige kommuner,
19 USHT sitt Interkommunalt fagnettverk aktiv omsorg	Ressurspersoner i kommunene i Vest Agder og rep fra HF/UiA	100`	Øremerkede midler	Utvikling av omsorgstjenester som preges av aktivitet og hverdagsmestring .
20 Balansegrupper	Personer over 67 år med nytte av fysisk aktivitet for å kunne klare seg	100`	Innarbeidet i budsjett.	Forebygge sykdommer , bedre helse og utsette behov av helse og omsorgstjenester. Redusere bruk av HF.
21 Hverdags mestring	Innbyggere med økt hjelpebehov. Se nærmere beskrivelse under.	100	Øremerket tilskudd tom juni 2014.	Måloppnåelse, redusert behov av hjemmetjenester, økt mestring hos bruker.

Tiltak	Målgruppe	Kostnad/ år	Finansiering	Ønsket effekt/mål
22 Standard på tjenesten Politisk vedtatt sak om tildeling og standard på tjenestene.	Brukerne av helse- og omsorgdtjenesten i alle aldersgrupper.	Del av leders og øvrige ansattes oppgaver.	Innbakt i budsjettet.	Forutsigbarhet for ansatte og innbyggere. Kostnadseffektive tjenester. Forventningsavklaring mellom brukere og tjenesteytere. Budsjettkontroll. Selv om eksempelvis hjelp til renhold er på 1 time hver tredje uke, får alle en individuell vurdering relatert til sitt behov.
23 Elektronisk kommunikasjon med HF gjennom Norsk helsenett	Ansatte i HF og helse og omsorg.	Del av ansattes arbeids form	Innbakt i budsjett	Raskere prøvesvar, sikrere, standardisert kommunikasjon. Unngå dagbøter. Enklere samarbeid med fastlegene.
24 Pårørende skole demens sammen med Søgne	Pårørende til personer med demens.	20`	Prosjekt midler tom 2014	Komme inn tidligere med hjelp slik at pårørende kan håndtere utfordringer. Forebygge behov for økt hjelp og innleggelse i sykehjem
25 Felles natt – team	Ansatte som jobber natt både i institusjon og hjemmetjeneste er samordnet.	Del av budsjett	Innenfor rammen	Økt kvalitet og kontinuitet, mer robuste tjenester som flyttes etter bruker sitt behov.
26 Frivilligsentral	Aktivisering og hjelp til selvhjelp gjennom bl.a. ruslevenn, sosiale aktiviteter, utlevering av strøsand.	50`	Budsjett helse og omsorg.	Forebygge behov for kommunale tjenester. Avlaster omsorgstjenestene, forebygge fall.
27 Kreftkoordinator	Innbyggere/pårørende med kreftsykdom	120`	Refusjon fra kreftforening en 75% av lønnsutgift i 3 år fra 2013.	Redusert bruk av HF. Trygghet for brukerne. Måloppnåelse.

Både kostnader og effekt av tiltak er vanskelig å måle. De fleste tiltakene er implementer i daglig drift og gjøres innenfor rammen.

1 Kompetanseheving gjennom USHT

Eksempler på gjennomførte og pågående tiltak i stikkordsform som vi mener har bidratt til utvikling av gode tjenester:

- Videreutdanning innen rehabilitering for høgskoleutdannede. USHT i samarbeid med UiA
- Videreutdanning innen rehabilitering for fagarbeidere i regi av USHT.. Songdalens ansatte deltok og bidro aktivt inn i undervisning og veiledning
- En tverrfaglig og interkommunal arbeidsgruppe utarbeider en «opplæringspakke» i regi av USHT innen rehabilitering på bakgrunn av de to nevnte videreutdanninger. Undervisningsopplegg på 4x2 timer. Opplæringspakken er spredd over hele landet og kan nå lastes ned på nett.
- Videreutdanning rehab. på høgskolenivå, fokus på samhandlingsreformen. UiA i samarbeid med USHT.
- Etterutdanning lindrende behandling og omsorg
- Hospitering akuttmottaket
- Etterutdanning avansert sykepleie

16 Forebyggende hjemmebesøk – «Friskere liv med forebygging»(FBH)

Dette er et 3-årig prosjekt - Helsedirektoratet til forebyggende hjemmebesøk til alle over 78 år som ikke allerede har tjenester fra kommunen. Prosjektet er et samarbeid mellom de 3 USHT på Agder. nettverk, sikkerhet i hjemmet og teknologi. I Songdalen har over 80% av 78-åringer takket ja til forebyggende hjembesøk.

Målgruppe	Mål	Begrunnelse
Alle 78-åringer uten hjemme tjenester	Aktive eldre med kunnskap om sin egen helse og mestring av helsesvikt. Utsette behov for tjenester i 1. og 2. linjetjenesten Økt kunnskap om rett tilbud til rett tid. Utsette behov for hjemmetjenester med 1-2 år hos de som takker ja til besøk.	Forskning viser at forebygging kan forsinke behov for tjenester. Stimulere til egenmestring, aktivitet. Økt velferd og livskvalitet for den enkelte.

21 Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring

Kommunen har lenge satset på habilitering og rehabilitering til brukere i alle aldersgrupper i de ulike tjenestene i omsorgstrappen. I 2013 startet vi opp med hverdagsrehabilitering der ergoterapeut, fysioterapeut og 2 ansatte med tilleggsutdanning innen rehabilitering er ressurspersoner. De har utarbeidet en modell, «Songdalenmodellen» som bygger på erfaringer som Danmark og andre norske kommuner har gjort. Modellen prøves nå ut og skal evalueres i juni 2014.

De har gjennomført opplæring av øvrige ansatte i hjemmetjenesten. Det bidrar til å sikre gode forløp for pasienter som trenger en ekstra innsats for å kunne være mest mulig selvhjulpen og oppleve mestring i hverdagen. Hjemmetjenesten i Songdalen har over tid hatt fokus på rask reduksjon av tjenestenivå når brukers helsetilstand tilsier dette. Målet er at denne praksisen fortsetter samtidig som mål om at 10 % av de som søker om hjemmetjenester ikke trenger eller trenger mindre oppfølging enn det de søker om etter å ha fått tilbud om hverdagsrehabilitering.

- Hverdagsrehabilitering som metode vil kunne bidra ytterligere til tidlig innsats i forløpet og en tydelig venstreforskyving i hjemmetjenestens oppfølging. Det overordnede målet er å bedre velferden hos de som mottar tjenester, samt hindre og begrense veksten i tildeling av hjemmetjenester fremover.

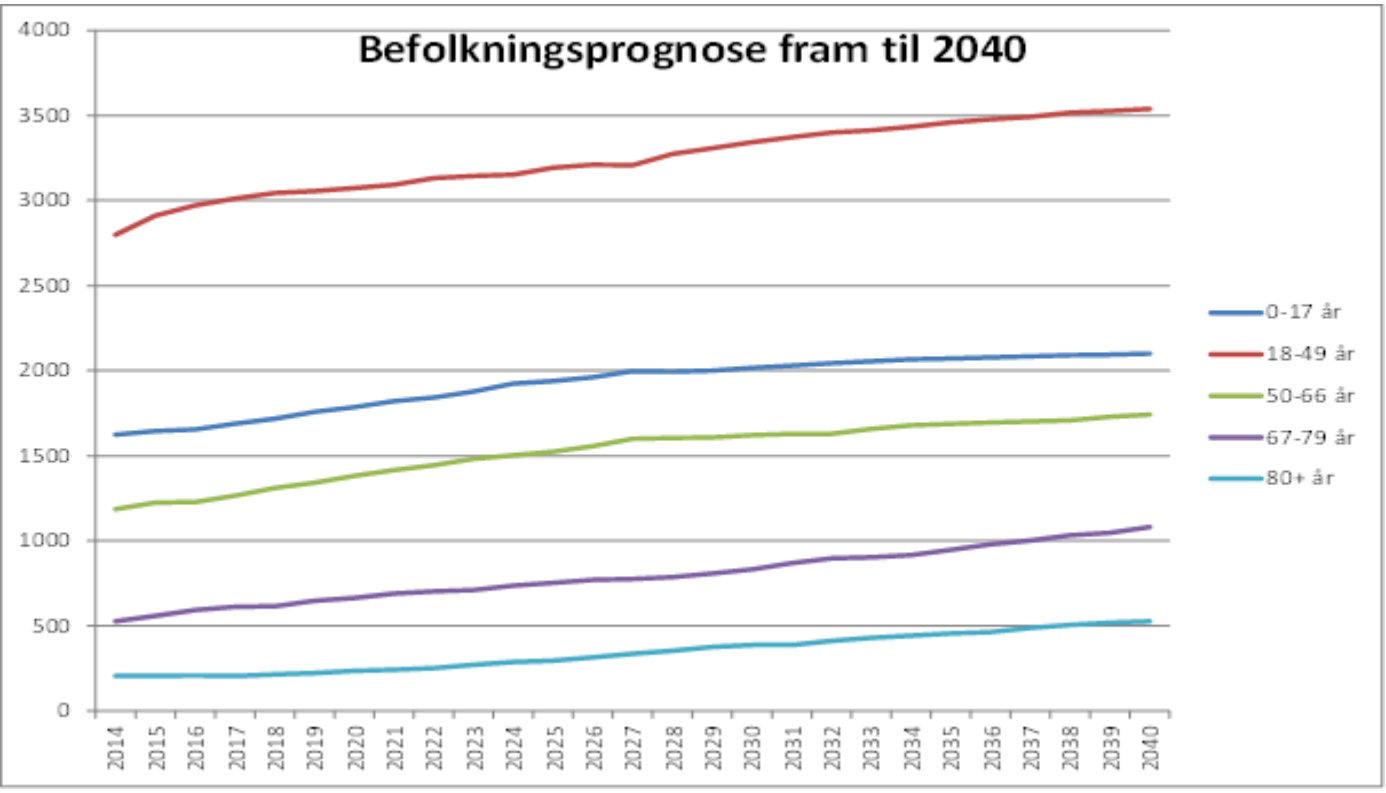
I rapporten *"Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering"* (2012) blir det understreket at Norske kommuner står overfor store utfordringer innen helsetjenesten i årene som kommer:

- Fremme helse, aktivitet og deltagelse hos en større andel eldre
- Forebygge livsstilssykdommer
- Gjennomføre Samhandlingsreformen
- Gjennomføre holdningsendring i befolkningen og helsetjenesten fra behandling- og kompenserende kultur til mestringskultur.

Erfaring og forskning fra blant annet Danmark, Sverige og Norge viser at dette gir god velferd for befolkningen, samtidig som det er god økonomi for kommunene.

4 Utfordringsbildet i Songdalen

Det vises til kapittel 2 med kommentar til de ulike styringsdata og kap 3 som belyser mål, tiltak og arbeidsform som vi mener har bidratt til kostnads effektive tjenester. I dette kapitlet vil en vise til en del av de spesifikke og mer generelle utfordringer Songdalen står overfor frem mot 2030 slik det kommer fram bl.a. gjennom befolkningsprognose.



Befolkningsprognose Songdalen mot 2040

	2014	2016	2018	2020	2022	2024	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040
0-17	1623	1654	1717	1786	1842	1924	1962	1994	2016	2043	2066	2077	2090	2101
18-49	2798	2972	3044	3074	3131	3152	3210	3273	3343	3399	3434	3478	3516	3539
50-66	1186	1227	1310	1381	1445	1502	1556	1605	1621	1628	1679	1695	1708	1741
67-79	526	592	615	663	703	737	771	787	831	896	916	979	1032	1081
80+	204	208	215	236	251	287	315	354	388	411	442	464	505	526

Behov for helse og omsorgstjenester blant kommunens innbyggere øker i takt med alderen. Pr i dag har kommunen en forholdsvis ung befolkning, men vi ser i prognosen over at kommunen kan få en økning på 67 % av innbyggere 67år + i 2030. Kommunen har også egen oversikt over unge innbyggere med psykisk utviklingshemming som vil trenge tjenester mer etter hvert som de flytter i egen bolig. Songdalen ligger på en innvandringsprosent på ca 11. Det påvirker tjenestebehovet bla innen diabetes.

Tallene i tabellene over og under stemmer ikke helt overens. De er tatt ut fra SSB på ulikt tidspunkt der trolig forutsetningene ikke er helt samstemt.

Framskrivning personer med demens Songdalen

		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	Demens-forekomst	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Menn	65-69	127	145	160	177	210	214	218	0,8	1	1	1	1	2	2	2
	70-74	83	104	133	148	165	196	202	2,0	2	2	3	3	3	4	4
	75-79	67	75	91	117	132	148	180	6,0	4	5	5	7	8	9	11
	80-84	30	45	59	73	94	108	123	13,7	4	6	8	10	13	15	17
	85-89	18	20	29	38	48	63	74	28,4	5	6	8	11	14	18	21
	90 +	7	7	9	14	19	26	34	41,2	3	3	4	6	8	11	14
Sum	80+	55	72	97	125	161	197	231	Sum	19	22	29	38	47	58	68
Kvinner	65-69	129	150	147	149	180	187	212	1,0	1	2	1	1	2	2	2
	70-74	87	116	142	140	142	171	181	2,1	2	2	3	3	3	4	4
	75-79	77	72	108	133	130	133	163	6,2	5	4	7	8	8	8	10
	80-84	60	66	61	92	115	115	118	19,3	12	13	12	18	22	22	23
	85-89	43	43	48	46	68	88	89	32,7	14	14	16	15	22	29	29
	90 +	17	24	26	32	34	49	65	40,6	7	10	11	13	14	20	26
Sum	80+	120	133	135	170	217	252	272	Sum	40	45	49	58	71	85	94
Total	**80+**	**175**	**205**	**232**	**295**	**378**	**449**	**503**	**Totalt**	**59**	**67**	**79**	**96**	**118**	**142**	**163**

A Eek ved Senter for aldring og helse har regnet ut sannsynlig forekomst av demens i Songdalen basert på fremskriving MMMM og på Rotterdamstudien som brukes som grunnlag for å beregne forekomst av demens.
En annen måte å beregne omtrentlig antall personer med demens er at man kan ta utgangspunkt i antallet personer som bor i bemannet omsorgsbolig eller sykehjem og gange med 2. Det er som oftest omtrent like mange hjemmeboende som "institusjonsboende" i en kommune. Noen mener 40% "inne" - 60% "ute" - andre sier 50-50. Så et tall på 65-75 personer kan være nokså riktig for Songdalen.

Kapasitet fremover

Holdes dagens behovsmønster og praksis for tildeling av tjenester konstant, ser det ut til å være behov av stor økning av de ulike deltjenestene i omsorgstrappen. Det kan være grunn for å anta at morgendagens eldre vil leve noe lengre og også holde seg friskere noe lengre. Dette vurderes oppveies av økt oppgaveoverføring fra HF til kommunene. Under disse forutsetningene vises framskrevet behov for endring av kapasitet i omsorgstrappen[1] slik i tabellen; antall brukere i de viktigste trinn i trappen med utgifts beregning.

Brukere – aldersgrupper	**Brukere i dag**	**Økning brukere og % 2014-2020**	**Økning brukere og % 2020-2030**
0-66 år i hj.tj.	50	6 (11,31%)	7 (11,84%)
67-79 år i hj.tj.	34	9 (26,05%)	11 (25,34%)
80 år og over i hj.tj	82	13 (15,69%)	61 (64,41%)
Sum hjemmetjenesten	**166**	**27 (16,3%)**	79 (40,93%)
Korttidsplasser/KØH	**10**	**0**	5
Langtidsplasser	**12**	**2**	4
Sykehjemsplasser totalt	**22**	**2 (16,5%)**	9 (42,16%)
Trygghetsplass betj. hjemmetjen	4	1	2

[1] Omsorgstrappen betegner at tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) og til et omfattende hjelpebehov.

Oversikt brukere 2014

Fordeling pr. i dag	0 - 66	67 - 79	80+	
Praktisk b + hjemmes, støttek og avlastning	19	10	33	62
Hjemmesykepleie	17	19	45	81
Praktisk bistand	14	5	4	23
Totalt	**50**	**34**	**82**	**166**

Tjenesten – støttekontakt Brukere – aldersgrupper	Brukere i dag	Økning brukere og % 2014-2020	Økning brukere og %2020-2030
0-66 år i hj.tj.	14	2 (11,31%)	2 (11,84%)
Sum	14	2 (11,31%)	2 (11,84%)
Sum tildelte timer pr uke	52	4	4

Beregnet økt ressursbehov

Ut fra tabellen over ligger det an til behov for rammeøkning i planperioden som vist under. Det er da ikke tatt med beregnet kapital relatert til investeringsbehov. Det er ikke tatt høyde for lønns- og prisstigning.

Budsjett 2014	Behov for rammeøkning 2012-2020	Behov for rammeøkning 2020-2030
80 800 000	94 132 000 (+17,5 %)	109 193 120 (+ 36,25 %)

5 Satsingsområder for å møte utfordringsbildet

Selv om Songdalen i dag har en fornuftig og effektiv profil på bruk av ressurser i omsorgstrappen , er det viktig med videre strategi for utvikling av en økonomisk bærekraftig helse og omsorgstjeneste i kommunen relatert til den demografiske utviklingen. Ut fra belyste styringstall, ønsker vi å satse videre på de tiltakene som er beskrevet i tabell kap 3. Vi velger her å trekke frem tiltak vi ser behov av å ha spesielt fokus på.

Tiltak	Målgruppe	Kostnad/ år	Finansiering	Ønsket effekt/mål
Habiliterings tiltak Opplærings program i hjemme mestring for brukere/pårørende	6 brukere med utviklingshemming som skal flytte i bofellesskap.	3,5 mill	Ny bevilgning som spilles inn i økonomiplan prosessen.	Innsats som gir mulighet for å redusere med 0,5 årsverk etter 1 års drift. Bruker og pårørende opplever velferd. God effekt av samarbeid bl.a. med skole/pårørende i etableringsfasen.
Utvikling av forvaltning system og kompetanse	Arbeidsgruppe som utarbeider endringsforslag.	Del av ansattes arbeidstid .	Tiltak innenfor budsjettet	Måloppnåelse. Tidligere innsats for å forebygge behov for mer helse- og omsorgstjenester. Redusert behov av HF

Tiltak	Målgruppe	Kostnad/ år	Finansiering	Ønsket effekt/mål
Info om hjemme mestring	Innbyggerne	Del av arbeids form	I budsjett	Innbyggerne ønsker å klare seg mest mulig selv og er trygge for å få hjelp når behovet oppstår.
Lærings- og mestringstilbud for innbyggere med kroniske lidelser	30 innbyggere med kroniske lidelser. Samarbeid med KnS kommunene.	80`	Økonomiplanpros essen	Økt velferd. Innbyggerne lever et selvstendig liv til tross for dårlig helse . Redusert behov for helse/ omsorgs tjenester og HF med 5%.
Videreutvikle arbeids/aktivitet stilbud	Ca 10 Innbyggere med bistandsbehov. Tett samarbeid med skole, evt. grønn omsorg og kommunal tiltakskonsulent	Må avklares nærmere	Avklaring mellom kommune og Nav/skole.	Økt velferd. I samarbeid med NAV skape 10 tilrettelagte plasser. Innbyggere kan leve et selvstendig liv med mindre kommunale tjenester.
Diabetes sykepleier	Diabetikere som fastlegene vurderer å ha et behov. Anslag 20 innbyggere pr år.	70`	Spilles inn i økonomiplan prosessen	Redusere antall polikliniske oppfølging og innleggelser med 10 % innen 2016.
Videreutvikle hverdags mestring	Personer med nedsatt funksjonsnivå. Redusere økning av brukere på ca 10 pr år	400`	Spilles inn i økonomiplan prosessen	Forebygge innleggelser og reinnleggelser. Reduksjon i antall vedtakstimer med 5 % innen 2017.
Aktiv omsorg	Ca. 100 brukere får ulike aktivitets/kurstilbud med gode skyssordninger i tett samarbeid med Frivilligsentralen.	240`	Gavemidler	Økt velferd for brukerne. Brukerne får styrket sitt sosiale nettverk. Redusert bruk av omsorgstjenester.
Ta i bruk den 11. langtidsplassen	Brukere med langtkommen demens utvikling.	800`	Spilles inn i økonomiplan prosessen	Forsvarlige tjenester.
Fallforebyggende uke i hjemme tjenesten	Ca 150 hjemmeboende eldre . Primærkontakt ansvarlig for sine brukere.	Del av arbeids form	Innenfor rammen	Redusere sykehusinnleggelser og behov for mer omsorgstjenester med 5% pga færre fallskader.

Tiltak	Målgruppe	Kostnad / år	Finansiering	Ønsket effekt/mål
Velferds teknologi	Brukere med definert behov, bl.a. de med tjenestebehov natt eller urolige brukere.	Må utredes nærmere	Arbeide for at brukerne/hjelpe middelsentral kan betale	Måloppnåelse, redusere behov for omsorgstjenester. Se punkt under. Innovasjonsfokus.
Boligbehov	Fremtidige innbyggere i alle aldersgrupper med hjelpebehov f eks der egen bolig ikke er egnet. Hjemmetjenesteleder med i arbeidsgruppe for utredning av behov for hele kommunen. KOBB avtale om tildeling av 30 omsorgsboligene videreføres etter de 30 første årene.	Del av fore byggende hjemme besøk, info internett	Ingen	Eldre velger sentrumsnære leiligheter med livstidsstandard. Redusere bygging av omsorgsboliger med 20%. Økt bruk av kafeteria Songdalstunet med 10%. Sentrumsnære boliger vil redusere bil og transporttid for hjemmetjenesten, men behovet for boliger med heldøgns omsorg vil ikke bli særlig mindre.
Bofellesskap for personer med demens	8 brukere med langt kommen demensutvikling som ikke kan følges opp i opprinnelig bolig.	Utredes nærmere	Del av fremtidig økonomiplan prosess. Husbank, husleie.	Måloppnåelse, velferd for brukerne. Stort skjermet uteområde.
Økt bemanning i tråd med behov pga befolknings utviklingen i aldersgruppene	Rekruttere ulike yrkesgrupper med kompetanse innen, velferdsteknologi og hverdagsmestringsmestring.	Må utredes nærmere	Del av fremtidige økonomiplan prosesser	Bemanningsøkning som bidrar til tidlig innsats for å redusere behov for mer helse- og omsorgstjenester.. Kontrollspennet for avdelingslederne er redusert pga at lederressursene er styrket. Ivareta forsvarlige tjenester i tråd med nye behov.

Velferdsteknologi

Brukerrettet teknologi har til hensikt å understøtte og forsterker brukernes trygghet, sikkerhet, muliggjøre økt selvhjulpenhet, medbestemmelse og livskvalitet.

"Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene knyttet til et økende antall eldre, nye brukergrupper og knapphet på helse- og sosialpersonell" (NOU 2011:11). Dette medfører et stort behov for innovasjon og nye løsninger (bestående av produkter, tjenester og prosesser) i helse- og omsorgssektoren.

Velferdsteknologiske løsninger blir et viktig verktøy i møtet med fremtidens demografiske utfordringer. Det blir også viktig i det helsefremmende arbeidet og som ett av flere verktøy for å forebygge fall, ensomhet og kognitiv svikt. Hagen- utvalget (NOU 2011:11) påpeker at velferdsteknologi er en svært viktig investering for framtida. Helsedirektoratets «Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030» viser til at en viktig faktor for utvikling og bruk av velferdsteknologi er etablering av visningsmiljøer og opplæringsarenaer. Vi ser behov av å motivere politikere, brukere, pårørende og ansatte til å besøke etablerte visningsarena for velferdsteknologi. Vi ønsker å legge til rette for å prøve ut og vinne erfaring med løsninger som kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for eldre og andre omsorgstrengende. Vi vil bruke velferdsteknologien slik at brukeren kan bo lenger i eget hjem, være tryggere i sin omsorgsbolig og som et viktig supplement for behandling i sykehjem.

Satsning på teknologi må foregå i tett samarbeid med eldre, pårørende, leverandører, samt helse- og omsorgspersonell. Velferdsteknologiske produkter kan bidra til å løse mange utfordringer. Ensomhet, vedlikeholde og skape nye relasjoner, trygghet, hukommelse, forebygge, rehabilitere og redusere behov for avlastning og langtidsplasseringer, for å nevne noe.

Det finnes svært mye teknologi og mange leverandører som ønsker å fremme sine produkter, men det er fortsatt et stykke frem før vi får gode standardiserte løsninger der ulike produkter «snakker sammen» For å få fullt utbytte og utviklingsmuligheter av velferdsteknologi må det velges nasjonale standarder. Det arbeidet er i gang, og Songdalen kommune ønsker å være langt fremme i køen når mulighetene byr seg. I mellomtiden vil vi vare aktive i forhold til å prøve ut nye produkter for å lære mer om mulighetene.
Hvordan vi organiserer tjenestene, personale, kompetanse vil endres og utvikles ved økt bruk av teknologi. Oppfølgning av teknologi på den tekniske siden må sikres, men et større spekter av alarmer, prøvesvar, hjemmemonitorering vil utfordre tjenestene.