



Vennesla kommune

PLAN FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN



2023- 2040

INNHold

1. INNLEDNING	3
1.1 Kunnskapsgrunnlag	3
1.2 Lokale føringer	3
1.3 Sentrale føringer	3
1.4 Avgrensning	5
2. UTFORDRINGSBILDE	6
3. MULIGHETSROM	9
3.1 Helsefremming, forebygging og tidlig innsats	9
3.2 Samskaping og samhandling	12
3.3 Tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi	12
3.4 Dimensjonering og utvikling av tjenestetilbud	13
3.4 Rekruttere, beholde og sikre nødvendig kompetanse	16
4. LEVE HELE LIVET	17
5. PRIORITERTE TILTAK 2023- 2026	20
Prioriterte tiltak 2027-2030	22
Prioriterte tiltak 2031- 2034	23
Prioriterte områder 2035- 2040	24

1. INNLEDNING

Helse- og omsorgsplan 2023-2040 er en revidert plan og bygger på tidligere vedtatt helse- og omsorgsplan fra 2014.

Målet med helse- og omsorgsplanen er å sikre at kommunen nå og videre fremover er i stand til å **levere gode og målretta helse og omsorgstjenester** innenfor tilgjengelige rammer, samt tilpasse kommunens sine utgifter til et **bærekraftig nivå**.

Planen skal gi grunnlag for **reelle prioriteringer** av tilbudet innenfor de ulike brukergruppene og peke ut en **retning for framtidig organisering og prioriteringer** innenfor de omtalte tjenestene. Planen er både et strategi- og handlingsdokument. Handlingsdelen av planen revideres årlig i forbindelse med økonomiplanarbeidet, som igjen vedtas politisk i endelig budsjettet.

1.1 Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget som helse- og omsorgsplanen bygger på, er:

- Plan for habilitering og rehabilitering 2022-2030
- Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2023-2040
- Ruspolitisk handlingsplan 2020-2030
- Boligpolitisk handlingsplan 2021- 2040
- Frivillighetsmeldingen 2023-2040

Utredninger:

- Analyse av døgndriftsenhetene i helse og omsorg – BDO
- Rapport – tildeling og bygging av omsorgsboliger/trygghetsboliger

1.2 Lokale føringer:

[Kommuneplanens samfunnsdel 2018-2030](#) skal i utgangspunktet danne grunnlag for denne planen. Gjeldende samfunnsplan ble vedtatt i 2018 og med bakgrunn i samfunnsendringer og nye nasjonale føringer, vil det være strategier som viker noe fra kommuneplanen.

1.3 Sentrale føringer:

Befolkningen skal ha likeverdige tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, hvor en bor, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkelte sin livssituasjon. God prioritering skal danne grunnlag for bærekraftige helsetjenester som er offentlig finansiert. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og redusert sosial ulikskap i helse. Kommunene sitt ansvar for tjenestetilbudet innen omsorg, helse og sosial er heimlet i lov og forskrifter.

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)

- Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

FNs bærekraftsmål

Bærekraftig utvikling er utvikling som tilfredsstillende dagens behov uten å ødelegge framtidige generasjoners muligheter til å tilfredsstillende sine behov. FNs bærekraftsmål ble vedtatt i 2015. Målene definerer 17 innsatsområder for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene gjennom de tre dimensjonene innen bærekraftig utvikling; økonomi, sosiale forhold og miljø. FNs bærekraftsmål bør brukes som rammeverk i kommunale planer for å gjøre alvor av å handle lokalt og tenke globalt. Bærekraftsmålene som er særlig relevante for helse og omsorgssektoren er nr. 3 «God helse og livskvalitet» og nr. 11 «Bærekraftige byer og lokalsamfunn».

 <p>3 GOD HELSE OG LIVSKVALITET</p> <p>Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder</p>	 <p>11 BÆREKRAFTIGE BYER OG LOKALSAMFUNN</p> <p>Gjøre byer og lokalsamfunn inkluderende, trygge, robuste og bærekraftige</p>
---	---

Med Meld. St 15 (2017-2018) [Leve hele livet](#) lanserte regjeringa det de kaller en kvalitetsreform for eldre. Reforma skal bidra til flere gode leveår der eldre beholder god helse lengre, opplever god livskvalitet og i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpa de trenger når de har behov for det. Den skal bidra til at pårørende ikke blir utslitt og kan stille opp for sine nærmeste.

[Demensplan 2025](#) er regjeringen sin femårsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det overordna målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn.

Psykiske lidelser er en viktig årsak til helsetap gjennom livet. Med [Mestre hele livet](#)– strategi for god psykisk helse (2017-2022) har regjeringen som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at sosial ulikskap i psykisk helse skal reduseres.

Større del av de samlede tjenestene skal ytes i kommunene, og folkehelsearbeidet og de forebyggende tjenestene skal styrkes jf. føringene i [Fremtidens primærhelsetjeneste, Meld.st.26.](#) og gjeldende [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.](#)

Hovedtyngden av habilitering og rehabilitering skal skje i kommunen der brukeren bor [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, 2017-2019.](#) Helhetlige tjenester til personer med rus og psykiske helseproblem skal prioritere, jfr. [Opptappingsplan for rusfeltet, 2016-2020.](#) Pasient- og brukermedvirkning skal styrkes på alle nivå både nasjonalt, lokalt og på individnivå.

Aktiv aldring ble i 2016 sett på dagsorden gjennom regjeringen sin strategi for et aldersvennlig samfunn, [Flere år - flere muligheter.](#) Regjeringen har satt som mål å gjøre samfunnet mer aldersvennlig og bruke eldre sine ressurser, til å delta og bidra, på en bedre måte.

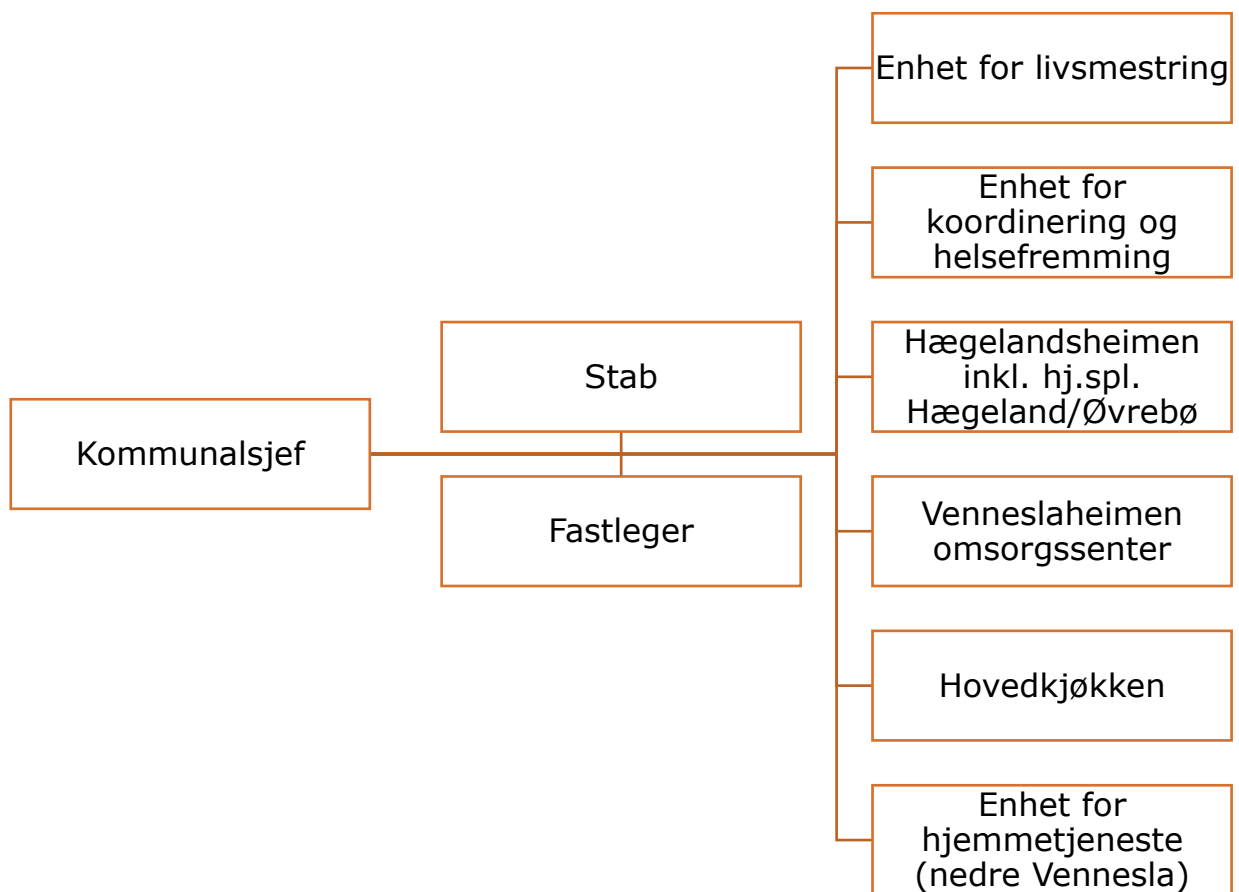
[Pårørendestrategien](#) som regjeringen lanserte i desember 2020 har som mål å anerkjenne pårørende som ressurs, ivareta pårørende slik at de kan leva gode egne liv og kombinere pårørenderollen med arbeid og utdanning.

1.4 Avgrensning

Denne planen omfatter de områdene og tjenestene som i dag er organisert under seksjon helse og omsorg, dvs. hovedvekt på tjenester til voksne innbyggere. Det er ikke en absolutt grense, men innen psykisk helse og rus har kommunen vedtatt å utvide ansvaret fra 18 til 23 år innen Barn og familie sitt ansvarsområde. Når det gjelder ordinære hjemmetjenester dekkes alle aldersgrupper.

Påvirkningsfaktorer for helse er mange og sammensatte og finnes i alle sektorer på alle nivå i samfunnet. De fleste faktorer befinner seg utenfor helse- og omsorgstjenestene. Så mye som 90 % av faktorene som påvirker folkehelsen befinner seg utenom helsetjenestene. (90-10-regelen). En plan for helse- og omsorgstjenestene kan derfor ikke ses isolert, men i sammenheng med andre planer og utviklingsarbeid i kommunen, der kommuneplanens samfunnsdel er den overordnede planen som skal gi retning for andre planer.

Helse- og omsorgstjenestens organisering i Vennesla kommune



Hovedfokus i planen vil være overordnede strategier og innsatsområder knyttet til den demografiske endringen. Planen henger samtidig nøye sammen med kommunens felles mål og tiltak knyttet til å få flere inn i arbeid, økt inkludering og "innenforskap".

2. UTFORDRINGSBILDE

Norge er blant landene i verden med høyest forventet levealder, og befolkningens **helse er i all hovedsak god**. De aller fleste barn og unge, voksne og eldre er friske.

Store helsemessige fremskritt og et offentlig helsevesen av høy internasjonal klasse til tross, er behovet for helsetjenester i ferd med å vokse i fra kapasiteten i helsevesenet. Det er i årene etter 2020 ventet en eskalering i etterspørsel etter helsetjenester. De siste års stadig større mangel på helsepersonell, viser at dette er en utvikling vi står dårlig rustet til å håndtere.

Endringer innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene de neste årene vil først og fremst være knyttet til:

- Et økende antall eldre med demenssykdommer
- Et økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov
- Færre døgnplasser i sykehus, enda kortere innleggelser og flere ambulante forløp
- Innføring av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten med raskere overføring til kommunehelsetjenesten.
- Et økende antall brukere med minoritetsbakgrunn
- Et økt behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering
- Et økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak
- Vedvarende levekårsutfordringer i kommunen.
- Knapphet på formelle og uformelle omsorgsgivere (frivillig innsats)

Den **største utfordringen** vi som samfunn står over for er å:

- Rekruttere (og beholde) nok helsefaglig personell
- Rekruttere nok ufaglært personell
- Innfri de lovpålagte kravene
- Innbyggernes forventninger

Dette medfører at kommunene får et stadig større volum av tjenester å ta hånd om. Endringene forsterker også behovet for høyere spisskompetanse innen kommunehelsetjenestene, da sykdomsbildet er blitt mye mer komplekst og behandlingene stadig mer spesialiserte.

Utenforskap

Selv om de fleste i Norge er friske og lever gode liv, er det mange personer som **faller utenfor** fellesskapet. Det er sammensatte grunner til at dette skjer, og for å forebygge utenforskapet er det nødvendig med bredt samarbeid. Dette er en av de største samfunnsflokene Norge står overfor, og gode løsninger for dette området er viktig for å få en sosialt bærekraftig utvikling.

Agder scorer lavt på flere levekårsindikatorer. Agder har utfordringer knyttet til lav sysselsettingsgrad, lavere utdanningsnivå, lavere gjennomsnittsinntekt samt høyere grad av deltidsarbeidende og flere unge som mottar ytelser fra NAV enn landssnittet.¹

Vennesla kommune er en del av NAV Midt-Agder. For regionen har utviklingen vært stabil siste året.

¹ [Veikart for bedre levekår \(levekaragder.no\)](https://veikartforbedrelevekår.no)

- Antallet som er langvarig utenfor arbeidslivet, er stabilt høyt
- Antallet og forholdstallene for personer med uføretrygd er stigende
- Arbeidsmarkedet har en svært god utvikling, med høy tilgang på ledige stillinger, men den kompetansen somr etterspørres samsvar i liten grad med kompetansen blant ledige i Agder.

Utenforskap Midt-Agder:

Beregning av utenforskap							
Per november 2021		Befolkning	Antall	Antall	Antall	Antall	Andel
		18-66	Uføretrygd	Nedsatt arb.evne	Helt ledige	Utenfor	Utenfor
4 223	Vennesla	9 729	1 598	793	142	2 533	26 %
4 224	Åseral	621	67	34	6	107	17 %
4 218	Iveland	840	174	73	12	259	31 %
4 220	Bygland	716	127	40	9	176	25 %
4 221	Valle	742	95	42	4	141	19 %
4 222	Bykle	675	33	27	9	69	10 %
	Agder	192 995	27 363	13 585	3 717	44 665	23 %

Kommentar: ca. 26 % av personer i yrkesaktiv alder i Vennesla kommune står utenfor arbeidsliv og skole. Dette tallet er blant de høyeste i regionen og høyere enn snittet for Agder som er på 23 %.

Psykiske plager og lidelser:

Psykiske plager og lidelser er vanlig. Folkehelseinstituttet har estimert at mellom 30 og 50 prosent vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Angstlidelser er blant den vanligste gruppen psykiske lidelser. Det forventes at rundt ¼ av den norske befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet, mens en av fem vil få en depresjon. Det er sterke sammenhenger mellom sosio-økonomisk status og indikatorer på psykisk helse: Jo lavere sosioøkonomisk status, desto større er risikoen for psykiske lidelser og psykiske plager. I Vennesla scorer vi lavt på flere viktige levekårsindekser, særlig på utdanningsnivå.

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen, men de fleste studier som har sammenliknet forekomsttall i befolkningen over tid, finner ingen slik økning.²

Folkehelseprofil for Vennesla kommune 2022 viser en liten nedgang fra 2020 for antall personer med psykiske symptomer og lidelser i kommunen og ligger nå rett under landsgjennomsnittet.

Situasjon er verre for de unge. Statistikken viser at ca. 19 % av ungdom har psykiske plager.

Kommunen ligger høyere enn Agder (16 %) landsgjennomsnittet på 15 %.³

Det har vært en betydelig økning de siste årene i antall personer som søker om hjelp fra psykisk helsetjenesten i kommunen, særlig yngre. Vi mottak over 500 søknader i 2021, men ikke alle får innvilget vedtak også flere med vedtak blir avslutter gjennom året. Det kan tyde på at det er lavere terskel nå enn før til å be om hjelp.

² [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017-2022\)](#)

³ [Folkehelseprofil-2022-nb-4223-Vennesla \(3\).pdf](#)

Rusmiddelbruk

Rusproblemer forekommer hos mennesker i ulike aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. De fleste mennesker som i løpet av livet utvikler et moderat rusproblem, klarer å håndtere dette ved egen innsats eller med støtte fra familie og nettverk.

Bruk av rusmidler kan knyttes til mange skader og problemer. I tillegg til tapte leveår er alkohol risikofaktor ved en rekke ulike kreftformer og hjerte- og karsykdommer. Narkotikamisbruk er forbundet med høy sykelighet og dødelighet og har store konsekvenser for den enkelte. Alkohol er uten sammenligning det mest brukte rusmiddelet. 85 % av befolkningen over 18 år har drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder. Det totale alkoholkonsumet har flatet ut siden 2008. Det har vært nedgang blant de unge, mens kvinner og eldre personer har hatt et økende forbruk.⁴

Brukerplan er et kartleggingsverktøy for omfanget av rusmiddelbruk i kommunen. De som blir kartlagt har en tjeneste i kommunen og er over 18 år. I 2019 ble det gjennomført Brukerplan for 4. gang i Vennesla kommune. 152 personer ble kartlagt. 74 % var menn og 39 % kvinner. 19 % hadde kun et rusproblem, mens 81 % hadde samtidig rus- og psykisk helseproblem.

Fra 2014 til 2019 var det en nedgang på antall personer med rusproblematikk i aldersgruppen 18-23 fra 12 % til 8,6 %, mens det var en økning på aldersgruppen 24-29 år fra 14 % til 19 %. I de andre aldersgruppene var det ikke store forskjeller. Ifølge undersøkelsen bor 66,4 % av disse alene. Samtidig vurderes 68 % av brukerne fra moderat til dårlig med tanke på sosial fungering under kategorien «leveår» og 76 % vurderes til å ha et moderat til dårlig nettverk. Dette kan igjen underbygge omfanget av «utenforskap» som mange brukerne opplever. Utenforskap kan sees på som en risikofaktor med gjensidig negativ påvirkning på både rus og psykisk helse.

Befolkningsutvikling i Vennesla fram til 2040

Per 1.1. i 2022 hadde Vennesla kommune 15.121 innbyggere. Statistisk sentralbyrå har framskrevet en folketallsutvikling i Vennesla kommune som sier at folketallet skal øke med 1670 personer frem mot 2040. Dette utgjør en samlet forventet befolkningsvekst ca. 11,3 %.

Noen hovedtall i framskrivningen:

	2022	2040
Innbyggere 67 +	2000	3500
Innbyggere 80+	580	1220
Innbyggere med demenssykdom	240	480
Antall mottakere av hjemmetjenester + 80 år	174	400
Behov for årsverk	385	545

Selv om vi statistisk sett lever flere friske år nå en tidligere, viser samtidig forskning at de siste årene av livet blir hjelpebehovet like stort. 43 % av de mellom 80 og 90 år har en helse- og omsorgstjeneste

⁴ [Prop. 15 S \(2015–2016\) \(regjeringen.no\)](#)

fra kommunen. Behovet øker til 85 % for innbyggerne over 90 år. Antall innbyggere som forventes å ha behov for hjemmetjenester vil mer enn dobles innen 18 år fra nå.

I dag har helse og omsorgssektoren 385 årsverk fordelt på våre seks enheter. Befolkningsutviklingen tilsier at hvis vi skal holde samme nivå på tjenestene som i dag, vil vi trenge 80 nye årsverk fram mot 2030 og ytterlig 80 nye årsverk fra 2030 til 2040. Til sammen en vekst på 160 årsverk! Parallelt med behovet for økt arbeidskraft, reduseres andelen yngre i befolkningen. Det gjør at kampen om arbeidskraft aldri har vært større enn det vi vil møte i tiden som kommer.

Dette får konsekvenser både for samfunnet som helhet og for Vennesla kommune som tjenesteleverandør. Det vil kreve harde prioriteringer både politisk og administrativt fremover.

3. MULIGHETSROM

Mulighetene er kategorisert i fire satsningsområder:

1. Helsefremming, forebygging og tidlig innsats
2. Samskaping og samhandling
3. Tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi
4. Dimensjonering og utvikling av tjenestetilbud
5. Rekruttering og kompetanse

3.1 Helsefremming, forebygging og tidlig innsats

Hver enkelt har et selvstendig ansvar for egen helse. God helse og livskvalitet er viktig for den enkelt innbygger og for samfunnet som helhet. Høy livskvalitet har sammenheng både med bedre fysisk helse og færre psykiske plager og lidelser. Et godt folkehelsearbeid kan spare både den enkelte og samfunnet for kostnader.

Forebygging er å redusere faktorer som truer helsen, mens helsefremming handler om å legge forholdene til rette for at pasienter, brukere og innbyggere kan mestre utfordringer, oppleve mening og livsglede å ha tiltro til egne ressurser. Forebyggende og helsefremmende tiltak krever innsats på flere områder, i flere sektorer og i ulike livsfaser. Tidlig innsats handler om å gi hjelp så tidlig som mulig i et menneske sitt liv. Det vil si både tidlig i alder, men også tidlig i et forløp. Med tidlig innsats kan vi forebygge at problemer utvikler seg. Effekten av tiltak er derfor større enn om tiltak blir satt i verk på et senere tidspunkt. Denne type satsninger har stor verdi både for den enkelte og for samfunnsøkonomien. Tidlig innsats og forebygging er et bærende prinsipp i tilnærmingen og oppbyggingen av tjenestetilbud for alle brukergrupper, uansett alder og behov.

Frivillig arbeid er en grunnpilar i barn og ungdoms organiserte fritid, det utgjør et viktig supplement til offentlig tjenesteyting og er en forutsetning for politisk rettet og religiøst arbeid og er avgjørende for gode bomiljø. I tillegg til å ha en betydelig økonomisk verdi har frivilligheten stor kraft til å mobilisere til felles innsats og skape et sosialt, inkluderende og støttende felleskap. Deltakelse i frivillig aktivitet kan motvirke ensomhet ved at folk kan ta del i et mangfold av aktiviteter, og inngå i

meningsfylte sosiale sammenhenger. Å styrke frivillig sektor bidrar dermed til å fremme psykisk helse og livskvalitet.⁵ Frivillighetsmeldingen for Vennesla kommune ble vedtatt i 2022.⁶

Det er et mål at innbyggerne holder seg friske og aktive og kan bo hjemme lengst mulig. For å oppnå det er det nødvendig med et helsefremmende og forebyggende arbeid på tvers av sektorer. Aktivitet og deltakelse i dagtilbud, ulike lavterskeltilbud, arbeidstiltak og støttekontaktordning er viktig for å fremme helse, egenmestring og opplevelse av livskvalitet. Fritidsaktiviteter er også en viktig arena for inkludering, mestring, læring og utvikling, sosial kontakt og opplevelser for alle aldersgrupper.

Forebyggende arbeid rettet mot eldre med vekt på aktivitet, sosial deltakelse, bostedsplanlegging og ernæring blir et viktig tiltak for å møte den store økningen i eldrebefolkningen. Tiltak på disse områdene vil kunne være med å utsette og redusere hjelpebehov fra det offentlige. Vi vil arbeide for å være et aldersvennlig samfunn. Tiltak fra st.meld. «Leve hele livet» skal iverksettes i tjenestene våre.

Psykisk helse skal være en likeverdig del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet. Fysisk og psykisk helse skal ses i sammenheng, og barnehager og skoler, arbeidsplasser, fritidsarenaer og lokalmiljø skal være psykisk og fysisk helsefremmende arenaer. Livskvalitet, trivsel og mestring bygges gjennom hele livsløpet. Psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om å vise til hva som fremmer god helse og gode liv og peker på positive aspekter ved psykisk helse, det vil si mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening og positive relasjoner.⁷ Vennesla kommune ønsker å øke folks bevissthet om hva man kan gjøre for å ta vare på egen og andres psykiske helse og få folk til å engasjere seg i aktiviteter som fremmer psykisk helse. Psykisk helsetjenesten i kommunen har hatt en dreining de senere årene mot flere lavterskeltilbud, mestringskurs, selvhjelpsgrupper og digitale lavterskeltilbud.

Å oppdage, identifisere og iverksette tiltak overfor personer som står i fare for eller er i ferd med å utvikle et rusproblem gjøres i mange tilfeller for sent i dag. Det er viktig at samfunnet blir bedre til å utvikle og implementere effektive forebyggende tiltak på dette området. Dette innebærer at tiltak som retter seg mot individer som lever under en kjent økt risiko for å få problemer og tiltak som retter seg mot dem som allerede har definerte varige plager. Kommunen må få flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tilbudet. Vi må sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem fanges opp og hjelpes tidlig og blir møtt av et helhetlig tjenesteapparat. Alle skal ha en aktiv og meningsfull tilværelse.⁸

Innsatstrappen

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten benyttes ofte ordet «omsorgstrapp». Den siste tiden har dette navnet av mange blitt omdøpt til «innsatstrapp». Modellen under har blitt iverksatt i mange kommuner, blant annet hele Østre Agder og mange andre kommuner på Agder.

Trappen viser grad av «inngripen» i tjenestemottakerens liv. På de laveste nivåene i trappen er kommunens helse- og omsorgstjenester i liten grad inne. Her er det andre aktører som utøver tilbud og aktiviteter, i hovedsak forebyggende og helsefremmende aktiviteter. Hjelpebehovet øker med

⁵ [Institutt for samfunnsforskning betingelse for frivillig innsats](#)

⁶ [Frivillighetsmeldingen \(3\).PDF](#)

⁷ [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\)](#)

⁸ [Prop. 15 S \(2015–2016\) \(regjeringen.no\)](#)

trinnene og kommunen trer i større grad inne med helse- og omsorgstjenester og dermed en større grad av inngripen i tjenestemottakerens liv. Ved dagens tjenesteprofil er det meste av personalressursene og økonomiske ressurser benyttet øverst i trappen.



Innsatstrapp er en benevnelse som viser til at det finnes mange typer tjenester, på forskjellige nivå, og at disse må sees i sammenheng. Fremover ønsker vi å gå nærmere inn på å definere hva som ligger i de ulike trinnene, og hva som bør være kommunens tjenestenivå.

I Vennesla kommune skal LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) være førende og fokus på egenmestring og økt grad av egenomsorg blir stadig viktigere.

Det er viktig med en definering, dimensjonering og utvikling av tjenestene i de ulike trinnene i trappen, for å gi tjenester på riktig nivå. En riktig dimensjonert innsatstrapp har tilstrekkelig tjenester som sikrer egenmestring og selvstendighet, med utgangspunkt i brukerens behov «Hva er viktig for deg?». Ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette vekst på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi/innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen. Heldøgnsomsorg vil kunne rettes som et tilbud til innbyggere med omfattende og sammensatte behov, og dreiningen kan gi grunnlag for å redusere nivå på dekningsgrader.

For å få til en dreining av innsatsen, må det vurderes å legge inn flere tiltak på de laveste trinnene. Ved å bygge et sterkt og aktivt lokalsamfunn, legger man til rette for forebygging og utsetting av tjenester lenger oppe i trappen.

Det er videre et mål om at Helse- sosial og omsorgsnettverket i Region Kristiansand skal samarbeide om å definere hva som ligger på hvilke trappetrinn i dag, hvilke trappetrinn som handler helse- og omsorgstjenestene, og hvilke trappetrinn som andre må løses av den enkelte/samfunnet eller av og i samarbeid med andre aktører fremover.

3.2 Samskaping og samhandling

Vennesla kommune har som mål å bli best i landet på samskaping, og fra høsten 2022 får vi på plass en helt ny stilling som samskapingskoordinator, som vil være et stort skritt i riktig retning.

Samskaping er en prosess hvor løsningene ikke er gitt på forhånd. Metoden brukes når flere parter går sammen for å definere utfordringer og designe nye og bedre løsninger. Partene kan være innbyggeren, pårørende, næringsdrivende, lag og foreninger og andre som er opptatt av å finne løsninger på felles problem. En beboer ved et omsorgssenter eller en innbygger med psykiske utfordringer, samt deres pårørende, er eksempler på viktige parter. Kommunen kan invitere til en slik løsningsjakt, men løsningen og hvem som utfører eller leverer løsningen, er ikke gitt på forhånd. Det kan være lag og foreninger, eller beboeren, eller deltageren, eller den pårørende som har ideen og gjennomfører løsningene.

Vennesla kommune ønsker å samskape både internt i organisasjonen og eksternt med innbyggerne, frivilligheten, næringsliv, nabokommuner, sykehuset og academia. Sammen skal vi utvikle gode tjenester, helsefremmende arbeidsplasser og en god hverdag for innbyggerne. Alle sektorer må legge til rette for økt grad av involvering og samskaping.

Tjenestene må i enda større grad samhandle og dele kompetanse på tvers for å sikre helhet i tilbudet og at brukerne opplever koordinerte og sammenhengende tjenesteforløp. Samhandling handler om hvordan aktørene tar ansvar for å legge til rette for at tjenestene framstår som sammenhengende og planlagte med klar ansvarsfordeling seg imellom.

Det er viktig at vi i kommunen bygger en struktur som legger til rette for økt samhandling og samskaping på tvers av sektorene og sammen med det politiske nivå. Vi må skape arenaer både internt og eksternt for felles forståelse for situasjonen, og hvilke endringer vi sammen må finne løsninger på.

3.3 Tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi

Med andelen eldre som øker kraftig i årene fremover vil det bli færre ansatte som skal hjelpe flere. Det er en nødvendighet å tenke nytt og innovativt. Velferdsteknologi skal i større grad tas i bruk for å løse oppgaver. Velferdsteknologi skal bli en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det innbefatter trygghetsskapende teknologi, mestringsteknologier og utrednings- og behandlingsteknologier.

Innovasjon i helse og omsorgssektoren betyr ny praksis, en ny tjeneste eller en ny samarbeidsform som gjør en forskjell. Dette kan være i form av bedre helse for brukerne, bedre kvalitet i tjenesten, økt effektivitet og redusert behov for personell. Arbeidet med velferdsteknologi er innovasjon fordi ny teknologi tas i bruk i arbeidsprosesser som er nye for kommunen eller ulike avdelinger. Innovasjonen er nyttig for de som mottar tjenesten (brukere og pårørende), dem som jobber i tjenesten (ansatte og ledere), og dem som betaler for tjenesten (kommunen). Det å ta i bruk stadig mer velferdsteknologi er ikke en liten endring, det er en gjennomgripende endring og ofte en omveltning av den måten vi er vant til å jobbe på. Her er det behov for endringsledelse som kan innebære endringer i struktur, kultur, verdier, kompetansebase, ledergrupper, arbeidsprosesser, samhandlingsmønstre, systemer, arbeidsmetoder, samt endring av individers kompetanse, holdninger og atferd.

3.4 Dimensjonering og utvikling av tjenestetilbud

Kommunen må legge demografisk utvikling til grunn for prioriteringer og utvikling av tjenester. Utbygging av heldøgns omsorgstilbud må baseres på et oppdatert kunnskapsgrunnlag om hvor folk velger å bosette seg, og hvordan man best kan sikret tilstrekkelig kompetanse og sterke fagmiljøer.

For fremtidsrettede og bærekraftige tjenester, må vi ha fokus på å venstreforskyve noe av ressursene fra øverste omsorgsnivå, til tjenestetilbud og innsatsen på de laveste trinnene i omsorgstrappen. En forutsetning for slik styrking er å fortsette arbeidet med å vri tjenestene fra å være institusjonsbasert til hjemmetjenestebasert, og at det er politisk enighet om at dette er riktig og nødvendig.

Økningen i andel eldre og flere personer med funksjonssvikt gir behov for et bredere spekter av tilrettelagte boliger med lett tilgjengelige offentlige tjenester og nødvendig infrastruktur i nærheten. Målet er å legge til rette for at alle kan være aktive samfunnsdeltakere.

Kommunen bør satse på aldersvennlig stedsutvikling som handler om å legge til rette for aktivitet og møte mellom mennesker, på tvers av alder, interesser og funksjonsnivå. Dette angår i liten grad helse- og omsorgstjenestene, og i all hovedsak områder under seksjon for samfunnsutvikling og miljø.

Det er viktig at kommunen samarbeider med næringslivet og innbyggerne for å sikre boligutbygging som samsvarer med reelle ønsker og behov i samfunnet.

Anbefalinger:

En helhetlig boligpolitikk for eldre vil kunne gi gode løsninger og behovet for sykehjemsplasser kan reduseres ved å bygge kommunale utleieboliger med og uten døgnomsorg. Behovet vil også kunne reduseres ved at det er tilstrekkelig aldersvennlige boliger som eldre selv kan eie eller leie.

Videreføring av dagens institusjonsdekning i Vennesla kommune, vil ikke være bærekraftig.

Dekningsgraden på sykehjem har blitt redusert fra år til år og dette vil måtte fortsette hvis vi skal ha en bærekraftig utvikling der aldersbæreevnen blir redusert år for år. Vi anbefaler derfor en reduksjon av dekningsgraden fra ca. 14 % i 2022 til 10 % i 2040,

Det er viktig at vi har nok kapasitet på korttids plasser slik at det blir en reell rullering av plassene slik at hjemmeboende har mulighet for å bli boende hjemme så lenge som mulig og at pårørende har mulighet for avlastning. Pasienter kommer tidligere hjem fra sykehus med mer komplekse tilstander og har behov for korttids plasser.

Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser er storforbrukere av både primær- og spesialisthelsetjenester. Sørlandets sykehus har i sin utviklingsplan mot 2040 gjort beregninger på at skrøpelige eldre over 75 år har årlig en sykehusinnleggelse på 54%. Tallet for de med flere kroniske lidelser samtidig er på 85 % på de som er 80 +.⁹

Sykehuset planlegger ikke for flere plasser i geriatrien. Løsninger for å møte fremtidens behov er ifølge SSHF sin utviklingsplan mot 2040, blant annet at en større del av behandlingen må foregå i hjemkommunen til pasienten. Det er derfor svært viktig med god kapasitet på en korttidsavdeling til å møte denne utviklingen.

⁹ [SSHF Utviklingsplan 2040 Høringsversjon.pdf](#)

Sykehjemsplasser – langtids- og korttidsplasser

	2024	2031	2035	2040	Samlet økning	Totalt antall plasser
Antall nye korttidsplasser	+3 (15)	+6 (21)	+3 (24)	+4 (28)	16	28
Antall nye langtidsplasser	+16 (97)	+24 (121)			40	121

Omsorgsboliger med heldøgns bemanning, trygghetsboliger og utleieboliger

Omsorgsbolig med heldøgns bemanning er et tilbud til personer som trenger omfattende helse- og omsorgstjenester grunnet redusert helsetilstand og funksjonssvikt. Det kan være et godt alternativ til sykehjemsplass. Omsorgsbolig har tildelingskriterier som sier at søker anses til å være ute av stand til å anskaffe seg egnet bolig selv. Pleie og omsorgsbehovet er omfattende og vanskelig å ivaretas i søkers hjem.

Trygghetsboliger er et tilrettelagt botilbud, sentralt plassert, med livsløpsstandard, smarthusteknologi og fellesarealer. Trygghetsboliger skal først og fremst forebygge behov for bistand ved å gi beboeren en følelse av trygghet, og tilrettelegge for mer aktivitet og sosialt fellesskap. Trygghetsboliger er ikke finansiert med midler fra staten slik som omsorgsboliger er. Det er derfor opp til kommunen å utarbeide tildelingskriterier. En arbeidsgruppe har kommet med forslag til tildelingskriterier for trygghetsboliger. Det skal blant annet ikke være et krav ved tildeling at søker har et pleie- og omsorgsbehov. Per i dag finnes det ikke statlige tilskuddsordning for trygghetsboliger slik det gjør med omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Kostnaden for kommunen vil dermed bli mye høyere ved bygging av boligene og kommunen vil heller ikke få momskompensasjon.

Vi må bygge lurt både i forhold til omsorgsboliger med heldøgns bemanning, trygghetsboliger og utleieboliger. Ved god dekning av sentralt beliggende leiligheter og kommunale utleieboliger kan det utsette behov for omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Tilsvarende kan god dekning av omsorgsboliger med heldøgns bemanning utsette behov for sykehjemsplass.

Mulighet for samarbeid med private om bygging av utleieboliger er viktig i årene fremover. Flere kommuner har benyttet seg av husbanken sin ordningen der kommunen framskaffer seg flere utleieboliger gjennom langsiktige avtaler med private. Privat utbygger kan få 85 % av kostnadene finansiert med lån og tilskudd for å etablere boligprosjektet. Kommunen kan sette krav til husbygger både i forhold til boligene og bomiljøet slik at boligene kan være «trygghetsboliger». Kommunen blir en aktiv bestiller av utleieboliger uten at kommunen bindes av en leieavtale.

Vi ønsker å se på den totale bygningsmasse som kommunen disponerer sånn at vi kan utnytte arealene på best mulig måte.

Ringvegen boliger (23 stk) er eid av Vennesla Boligstiftelse. Disse boligene er bygningsmessig gamle og ikke tilrettelagt for rullestolbrukere. Kommunen vurderer å kjøpe denne eiendommen for å bygge ut flere leiligheter for å møte den økende eldre befolkning. I den forbindelse ønsker vi å se på muligheten for utnyttelse av dette arealet ved å lyse ut en idekonkurranse/mulighetsstudie der flere arkitekter kan komme med forslag.

Anbefalinger:

Sted	Antall nye omsorgsboliger med heldøgns bemanning innen 2040	Antall nye trygghetsboliger innen 2040
Hægeland	4	4
Øvrebø		4
Nedre Vennesla	60-70 omsorgsboliger/trygghetsboliger legges til Ringvegen. Det sees på muligheten for dagsenterdrift i tilknytning til boligene.	

Dagsentertilbud:

Et dagtilbud for eldre har som hensikt å bidra til en god hverdag med sosialt samvær, aktiviteter, trygghet og opplevelse av mestring. Dagtilbud er viktig for å legge til rette for at flere kan bo hjemme så lenge som mulig.

Et dagtilbud som iverksettes tidlig i sykdomsforløpet kan gi en positiv effekt for blant annet utviklingen av demens. Aktivitetene kan bidra til å opprettholde dagliglivets funksjoner, påvirke følelsesmessige og atferdsmessige endringer i sykdomsforløpet, bedre kognitiv funksjon, samt øke trivsel og livskvalitet.

Anbefalinger dagsenterplasser: Dette er et av flere tilbud som må økes for at en større andel kan bo trygt i eget hjem og gi nødvendig avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon.

Vi anbefaler å opprettholde samme nivå som dagens.

	2018	2019	2022	2024	2031	2035	2040
Sum antall innbyggere 80 år og eldre:	513	535	596	643	912	1028	1216
Antall dagsenterplasser	10	10	10	15	17	20	23
Dekningsgrad	1,9 %	1,9 %	1,7 %	2,3 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %
Økning				+5	+2	+3	+3

3.4 Rekruttere, beholde og sikre nødvendig kompetanse

Den samlede helse- og omsorgstjenesten vil ha betydelige rekrutteringsutfordringer fremover. Kommunene og sykehuset må samarbeide om rekrutteringstiltak mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten for å unngå en uheldig konkurransesituasjon om kompetent arbeidskraft.

Sammen med HSO-nettverket i Region Kristiansand og Helsefellesskapet på Agder ønsker vi i fellesskap å utvikle tiltak med mål om å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere i Regionen. Det vil være viktig å sammen se på framtidens oppgavefordeling mellom profesjoner og faggrupper

Dagens bemanning i helse og omsorgsenhetene i Vennesla (pr. april 2022):

Antall faste årsverk	384
Antall fast ansatte personer	553
Antall tilkallingsvikarer	242
Totalt antall personer som jobber i helse og omsorgsenhetene (18 +) pr. april 2022	795
Helse og omsorg, stab	3
Støttekontakter, voksne	98
Fastleger (- i tillegg kommer ansatte på legesenteret)	17
Fysioterapeuter med kommunal driftshjemmel	7
Totalt antall personer med arbeidskontrakt (+ driftsavtaler) tilknyttet tjenestene	920

Vi har seks enhetsledere og ni avdelingsledere i dag, med store lederspenn. I snitt har hver leder direkte personalansvar for 40 fast ansatte + 23 vikarer hver. Dvs. 63 personer en skal følge opp og sikre at har de har nødvendig kompetanse.

Det stillest strenge krav til arbeidsgiveres ansvar for å legge til rette for helsefremmende arbeidsplasser (AML) og strenge lovkrav til å sikre at alle ansatte har kompetanse, kvalitet og dokumentasjon av arbeidet. Jo flere ansatte per leder, desto mer tid krever det av lederen.

De fleste enheter i helse og omsorg har de siste årene opplevd økte utfordringer med å rekruttere kvalifisert helsepersonell, og særlig utfordrende er det å få rekruttert nok (kvalifiserte) vikarer ved sykdom. Sykefraværet i helse og omsorg på landsbasis (før pandemien) lå på 11,75 %. Med økt press på tjenestene, kombinert med færre i yrkesaktiv alder og kamp om arbeidskraften, kan vi forvente at presset på de som allerede er ansatt vil øke. Det igjen øker faren for økt sykefravær.

Vi har per i dag flere sykepleierstillinger som vi ikke har fått søkere til, og som medfører økt bruk av bemanning fra private bemanningsbyrå. Dette er ikke bare meget kostbart, men vi opplever stadig oftere at heller ikke bemanningsbyråene har nok kvalifisert helsepersonell å tilby. Enkelte enheter har også hatt utfordringer med å få tak i helsefagarbeidere, særlig ved sommeravvikling. Sommeren 2022 har noen enheter for første gang også måtte leie inn helsefagarbeidere fra bemanningsbyrå for å sikre forsvarlig drift i sommerferien på en enhetene.

Det må påregnes at utfordringene vil øke betydelig år for år fremover i takt med økningen i antall innbyggere over 80 år.

Derfor legges det inn en planlagt opptrapping både knyttet til heldøgns omsorgsboliger/sykehjem, hjemmetjenestene, og i forebyggende helsetjenester særlig rettet mot eldre. Samtidig må vi legge inn ressurser til omstilling, for her kreves det store endringer og mange interne og eksterne samskapingsprosesser.

Fastleger

De siste årene har det utviklet seg en nasjonal fastlegekrise, som egentlig er en krise for det økende antall innbyggere som ikke har mulighet til å få en fastlege. I Vennesla har vi måttet øke støtten til driften av legesenteret og vi har gitt tilbakekjøpsgaranti til kjøpere av hjemler. Dette har hjulpet, slik at vi nå har besatt alle hjemler. Det er varslet en større nasjonal satsing på fastlegetjenesten fra statsbudsjettet 2023, uten at detaljer for dette er offentliggjort. Det spekuleres i om ordningen med primærhelseteam vil bli foreslått utvidet og gjort nasjonal. Det er også forventninger om økt nasjonalt basistilskudd. Det forventes økte oppgaver til kommunene, som også vil påvirke legenes oppgaver. Det har allerede vært en oppgaveforskyvning fra sykehusene til primærhelsetjenesten gjennom samhandlingsreformen. Det vil trolig bli flere oppgaver som forventes utført av fastlegene i tiden frem mot 2040. Samtidig er det et økende krav blant fastlegene om å jobbe mer ned mot en normalarbeidsuke. De vil medføre kortere lister, og behov for tilsvarende flere fastlegehjemler.

Ledelse og lederstøtte

For å sikre fortsatt gode tjenester med relativt færre ansatte, og økning i behov for helse- og omsorgstjenester, kreves det en radikal endring i måten vi jobber på. Vi må gjøre organisasjonen i stand til å jobbe på en helt ny måte. Vi snakker om en digital transformasjon. Det betyr en radikal endring som vil omfatte hele kommunen. Digital transformasjon er helt nødvendig for å møte utfordringene. Det er lett å tenke at dette handler om innføring av teknologi, men det handler mest om ledelse, kompetanse og kultur.

Det vil kreve mer tid fra lederne for å involvere og se de ansatte. Med et gjennomsnitt på 63 ansatte per avdelingsleder, som i tillegg jobber dag/kveld/natt og helg og høytider, er dette en kompleks oppgave. Derfor tar det lengre tid i helse- og omsorg å sikre bred involvering av ansatte og tillitsvalgte enn ved ordinær dagdrift. Dette er det viktig å hensyn ta i videre utvikling av tjenestene.

Den demografiske endringen tilsier at kommunen må bygge opp flere tjenestetilbud, ansette flere ansatte, bygge opp og kvalitetssikre ny kompetanse, håndtere høy turnover og sykefravær. Det vil kreve enda mer av lederne fremover. For å sikre tid til å være en tydelig og involverende leder, må også støttetjenester prioriteres og nok kapasitet til administrasjon. På samme måte som vi i utøvede ledd jobber etter "LEON-prinsippet" - Laveste Effektive Omsorgs Nivå, er det viktig at vi organiserer ledelse og støttetjenester etter dette prinsippet, også kalt "Rett kompetanse - på rett sted – til rett tid".

4. LEVE HELE LIVET

Meld. St. 15, **Leve hele livet**, er reformen som har som målsetning at alle eldre skal få nødvendig hjelp og støtte til å mestre livet. Det er et nasjonalt krav om at alle kommuner implementere denne satsingen i sine politisk vedtatte planer, og konkretiserer hvordan vi vil innfri reformens målsetting. Meldingens hovedfokus er å skape ett aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til

- Aktivitet og felleskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Et aldersvennlig samfunn
- Sammenheng og overganger i tjenestene.

MÅL	Strategier for å nå målet
Vennesla kommune er et aldersvennlig samfunn	<p>Vi jobber tverrsektorielt med å legge til rette lokalsamfunnet slik at eldre kan delta aktivt med sin erfaring, kunnskap, tid og overskudd.</p> <p>Informasjon og ansvarliggjøring av eldre om planlegging av egen alderdom.</p> <p>Legge til rette for at eldre kan leve aktive og sosiale liv i lokalsamfunnet med blant annet universell utforming, transport og tilrettelagte boliger nær sentrumssonene i kommunen.</p> <p>Økt fokus på digital kompetanse hos eldre.</p>
Eldre får tilbud om aktiviteter og gode opplevelser	<p>Vi jobber målrettet sammen med samskapingskoordinator, frivilligheten og næringsliv for å tilrettelegge for aktivitet og fellesskap for eldre.</p> <p>God organisering av samarbeidet mellom helse og omsorg og frivilligheten.</p> <p>Aktivitet satt i system på sykehjem.</p> <p>Flere friske eldre som ressurs i eldreomsorgen.</p> <p>Flere møteplasser for eldre.</p>
Eldre får gode måltidsøyeblikk og får redusert underernæring	<p>Øke kunnskapsnivå blant ansatte om ernæring. Eldre med tjeneste fra kommunen blir kartlagt og det jobbes mot å redusere under- og feilernæring.</p> <p>Tettere samarbeid mellom Hovedkjøkken og avdelingene.</p> <p>Omdømmebygging i forhold til matfaget.</p> <p>Legge til rette for møteplasser der det er fokus på det gode måltidet.</p> <p>Samskape med næringsliv og frivillighet om temaet.</p> <p>Bruker- og pårørendeinvolvering i alle ledd</p>

Eldre får nødvendig helsehjelp	Eldre får mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig og trygghet for å få hjelp når de trenger det
	Demensomsorgen styrkes i takt med at demografien
	Fokus på tidlig innsats, mestring og forebygging
	Organisering av oppgaver i tjenestene. Vennesla (ved Venneslaheimen) deltar i kompetansenettverket «TØRN» med prosjektet «Rett kompetanse - på rett plass - til rett tid».
	Digitale og velferdsteknologiske løsninger er lett tilgjengelig og en integrert del av tjenesten
Eldre har trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet.	Styrke pårørendeomsorgen. Pårørende får tilbud om støtte og avlastning.
	Styrke samhandling internt mellom avdelinger og eksternt med spesialisthelsetjenesten for å bedre overganger.
	Samlokalisering av helse- og omsorgstjenester
	Spørsmålet: Hva er viktig for deg? stilles til eldre ved oppstart av tjenesten og i overgangene

5.PRIORITERTE TILTAK 2023- 2026

MERK: Tiltak som er markert med grått er allerede vedtatt i gjeldende politiske planer, og noe er lagt inn i gjeldende budsjett- og økonomiplan

Tiltak	Beskrivelse	2023	2024	2025	2026
Boliger for personer med demens	16 boliger planlegges bygd i 2024-2025		x	x	
Dagsenter for personer med demens	15 plasser bygges i tilknytning til nye demensboliger. Økning på 5 plasser.		x		
Økning hukommelsesteam	Økning for å ivareta satsningen – et mer demensvennlig samfunn, 20 %.	x			
Hardbruksboliger	Planlegge, sikre egnet tomt samt bygge/eventuelt kjøpe 2 hardbruks boligmoduler	x			
Leiligheter for personer med rusutfordringer	Planlegge, sikre egnet tomt samt bygge/eventuelt kjøpe 6 leiligheter				
Boliger for utviklingshemmede	Planlegge og bygge leiligheter for personer med utviklingshemming med personalbase med 6 leiligheter for unge voksne og 6 leiligheter som utskiftning av dagens boligmasse.			x	
Bolig tilrettelagt for rullestol	Planlegge, sikre tomt samt bygge/eventuelt kjøpe 2 familieboliger tilrettelagt for rullestol.			x	
Midlertidige boliger	Planlegge, sikre tomt samt bygge/ eventuelt kjøpe små boenheter som hardbruks boligmoduler eller hybelhus til bruk som midlertidige boliger.				x
Korttidsplasser	Det vil være behov for 3 nye korttidsplasser innen 2025			x	
Styrke hjemmebaserte tjenester	Hjemmetjenesten må styrkes årlig pga. Sterk vekst i antall eldre.	x	x	x	x
Drop-In psykisk helse	Lavterskeltilbud innen psykisk helse. Prøvd ut med gode resultater, to 50 % st.	x	x	x	x
Brukermedvirkning: Implementering av feedbackinformerte tjenester innen rus og psykisk helse	Kompetanseheving ansatte. Anskaffelse av verktøy	x	x		

Mulighetsstudie Ringvegen	Idekonkurranse/mulighetsstudie for innovativ løsning på beskrevet omsorgsboligbehov	0,5 mill			
Faglig og økonomisk vurdering av muligheter som kan ligge innenfor dagens boligmasse	Benytte arkitekt/konsulenthjelp for å utrede mulighetsrommet innen dagens bygningsmasse		x		
Behov for boliger for ulike brukergrupper i tråd med vedtatt i boligpolitisk handlingsplan.	Inngå samarbeidsavtale med privat aktør om tilvisnings- og/eller tildelingsboliger for å dekke deler av kommunens behov for utleieboliger (-ikke bofelleskap). Antall leiligheter og krav til funksjonalitet må beskrives nærmere og godkjennes politisk før annonsering.	x			
Markedsundersøkelse	Invitere masterstudenter til å gjennomføre en markedsundersøkelse, for å kartlegge markedet for å ha studentboliger samlokalisert med nye omsorgsboliger	50.000			
Bygningsmessig utredning Hægelsheimen	Utredning på hvordan gjøre Hægelsheimen tilpasset personer med demens	x			
Evt. ombygging Hægelsheimen	Tilpasning for personer med demens				x
Hjelpemiddellageret	Detaljkartlegging og beskrivelse av behov. Anbud på leie av nye lokaler	x	x		
Økning tekniker hjelpemiddellageret	Behov for økning av stilling, 50 % på hjelpemiddellageret	X	X	X	X
Syn/hørsel kontakt	Økes i takt med økning i antall eldre. 20 % stilling fra 2023	X	X	X	x
Dagrehabilitering	Kartlegge og beskrivelse av behov dagrehabilitering. Anbud på leie av lokaler	X	X	X	X
Ergoterapi	Økning stilling i rehab/fysioavdelingen. Kommunen ligger langt under landsgj.snittet og veiledende krav til ergoterapi i kommunen. Øker tilbudet opp mot landsgj.snittet	x	x	x	x
Kompetanseheving ansatte	For å få mulighet for kompetanseheving og		X	X	X

	endringsarbeid for ansatte i turnus, må det avsattes noe ubundet tid i turnus. Det gjøres en beregning på hva dette vil koste og spilles inn i neste års budsjett.				
Velferdsteknologi	Investering i nødvendig lagervarer/utstyr for å møte behovet i en befolkning	x		x	
Heltidsarbeid	Utrede behov og mulighet for å styrke bemanningskontoret. Vurdere å oppøke helgestillinger til 100 %, ved at resterende stilling ligger i bemanningskontoret.	x			
Innovasjon, velferdsteknologi og digital transformasjon	Styrke støttefunksjoner for avdelingsledere-/enhetsledere i helse og omsorg. Innspill kommer i budsjettet	x	x	x	x
Felles kommunal journal	Det jobbes nasjonalt med en felles plattform for felles journal/kommunikasjon på tvers av nivåer og systemer. Dette vil koste kommunene, men er helt nødvendig for å effektivisere bruk av personell til dokumentasjon.		x	x	x
Boligstiftelsene	Det ventes en lovendring og kommunen har et vedtak om å overta drift av boligstiftelsene når loven er klar. Dette må vi ta stilling til når loven er klar.				
Prioriteringsveileder	Det er vedtatt en ny Meld. St. 38 (2020 –2021) Melding til Stortinget Nytte, ressurs og alvorlighet Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Denne må vi legge til grunn når vi jobber videre med «Innsatstrappa» for Vennesla kommune.				

Prioriterte tiltak 2027-2030

		2027	2028	2029	2030
Boliger for personer med demens	20 boliger planlegges bygd i 2030-2031				x

Styrke hjemmebaserte tjenester	Hjemmetjenesten må styrkes årlig i takt med demografiendringene.	X	X	X	x
Dagtilbud utviklingshemmede	Tilbudet om dagtilbud og arbeid for utviklingshemmede må utvides i takt med økende antall brukere.	x			
Behov for boliger for ulike brukergrupper i tråd med vedtatt i Boligpolitisk handlingsplan.	Inngå samarbeidsavtale med privat aktør om tilvisnings- og/eller tildelingsboliger for å dekke deler av kommunens behov for utleieboliger (-ikke bofelleskap).		x		
Hverdags-rehabilitering	Øke ressurser til hverdagsrehabilitering 100 % stilling fra 2027	X	X	X	x
Hukommelsesteam	Øke ressurser til hukommelsesteam med 20 % st	X	X	X	X
Syn- og hørselskontakt	Øke ressurser med 20 % stilling fra 2027	X	X	X	x
Omsorgsboliger med heldøgns bemanning	Det planlegges bygd 20 boliger innen 2040. 10 boliger i denne perioden.				x
Velferdsteknologi	Investering i utstyr for å møte en økende eldre befolkning	x		x	
Styrke lavterskeltilbud psykisk helse		X	X	X	x

Prioriterte tiltak 2031- 2034

		2031	2032	2033	2034
Dagsenter for personer med demens	Tilbudet bør styrkes med ytterligere (min.2 plasser)	x			
Korttidsplasser	Det vil være behov for 6 nye korttidsplasser innen 2031	x			
Styrke hjemmebaserte tjenester	Hjemmetjenesten må styrkes årlig i takt med demografiendringene.	X	X	X	x
Behov for boliger for ulike brukergrupper i tråd med vedtatt i Boligpolitisk handlingsplan.	Inngå samarbeidsavtale med privat aktør om tilvisnings- og/eller tildelingsboliger for å dekke deler av kommunens behov for utleieboliger (-ikke bofelleskap).				x

Hukommelsesteam	Øke ressurser til hukommelsesteam med 20 % st	x	X	X	X
Syn- og hørselskontakt	Øke ressurser med 20 % stilling fra 2031	X	X	X	x
Velferdsteknologi	Investering i utstyr for å møte en økende eldre befolkning	x		x	

Prioriterte områder 2035- 2040

Dagsenter for personer med demens	Tilbudet bør styrkes med 3 plasser innen 2035 og ytterligere 3 plasser innen 2040.
Korttidsplasser	Det vil være behov for 3 nye korttidsplasser innen 2035 og ytterligere 4 plasser innen 2040.
Styrke hjemmebaserte tjenester	Hjemmetjenesten må styrkes årlig i takt med demografiendringene.
Behov for boliger for ulike brukergrupper i tråd med vedtatt i Boligpolitisk handlingsplan.	Inngå samarbeidsavtale med privat aktør om tilvisnings- og/eller tildelingsboliger for å dekke deler av kommunens behov for utleieboliger (- ikke bofelleskap).
Hukommelsesteam	Øke ressurser til hukommelsesteam i takt med en økende eldre befolkning
Syn- og hørselskontakt	Øke ressurser til syn- og hørselskontakt i takt med en økende eldre befolkning
Velferdsteknologi	Investering i utstyr for å møte en økende eldre befolkning