



Kongsvinger Kommune
www.kongsvinger.kommune.no

Planprogram

Kommunedelplan for Helse

Vedtatt utlagt på høring av formannskapet
02.02.2010

Høringsutkast

3. februar – 17. mars 2010

Innhold

1 Innledning	3
1.1 Sentrale og regionale føringer	4
1.1.1 Folkehelse	4
1.1.2 Samhandling	5
1.2 Andre føringer for kommunedelplan for Helse	6
1.2.1 Budsjettomstilling Helse (BOMS II)	6
2 Status	7
2.1 Laveste effektiv omsorgsnivå = LEON	7
2.1.1 Helsetrappen	7
2.1.2 Institusjoner	8
2.1.3 Hjemmebasert omsorg	9
2.2 Folkehelse og forebygging	9
2.2.1 Levekår	9
2.2.2 Forebygging	10
2.3 Kompetanse og rekruttering	11
2.4 Befolkningsprognoser	12
3 Analyse	13
4 Planprogrammet	15
4.1 Laveste effektive omsorgsnivå = LEON	15
4.2 Folkehelse og forebygging	15
4.3 Kompetanseutvikling	16
4.4 Utredningsbehov	16
4.5 Framdrift og planprosess	17
4.5.1 Prosessen mot kommunedelplan	17
4.5.2 Medvirkning	17
5 Vedlegg	18
5.1 Sentrale dokumenter	18

1 INNLEDNING

Med bakgrunn i kommuneplan for Kongsvinger 2010- 2021 og vedtak i formannskapet (FS-098/09) er det igangsatt en planprosess for å få vedtatt en kommunedelplan for virksomhetsområde Helse.

Det legges som et prinsipp i planprogrammet at befolkningen i Kongsvinger skal ha *"Livskvalitet hele livet"*.

Som første del av arbeidet med kommunedelplanen skal det lages et planprogram:

- Planprogrammet går til høring før det vedtas av kommunestyret.
- Deretter lages selve kommunedelplanen som også går ut til høring før vedtak fattes.

I planprogrammet blir det synliggjort hvilke problemstillinger og utfordringer kommunen skal jobbe videre med og hvorfor.

Kommunedelplanen skal ut fra tema og problemstillinger som er avdekket i planprogrammet, fastsette:

- Mål og retningslinjer for hvordan utfordringene og oppgavene skal løses gjennom bruk av ulike virkemidler og konkrete tiltak.
- Kommunedelplanens handlingsprogrammer skal innarbeides i økonomiplanen 2011-2014 og være vedtatt i desember 2010.

Virksomhetsområdet Helse ledes av en kommunalsjef og består av enhetene:

- Tjeneste- og velferdsenheten
- Hjemmebaserte tjenester
- Roverudhjemmet
- Langelandhjemmet
- Austmarka omsorg
- Helseenheten
- Aktivitets- og bistandsenheten

For Kongsvinger kommune er det helt vesentlig at man ser virksomhetsområdene Helse og oppvekst i sammenheng. Helse er viktig hele livet, og det er nødvendig å minne om at Helse ikke bare omhandler brukergruppen eldre. Kommunen har ansvaret for bl.a. helsestasjon, unghelse, psykisk helse, rusproblematikk, funksjonshemmede og eldre. På bakgrunn av sammensetningen av brukergruppene har virksomhetsområdene Helse og oppvekst mange felles problemstillinger, og resultatet blir til det beste for brukeren der enhetene samhandler.

Ordet helse er et mangfoldig begrep, der Kongsvinger kommune har lagt til grunn følgende definisjon:

"Helse er overskudd i forhold til dagens krav". (P. Hjort).

Målet for hvert enkelt individ bør være å mestre egne krav tilpasset sine egne ressurser. Ved å definere helse slik, inkluderes de med kroniske sykdommer, handikap eller høy alder selv om reservene, kapasiteten eller tilpasningsevnen er betydelig redusert.

I tillegg synes det fornuftig å vektlegge *"den enkeltes ansvar i forhold til å ivareta egen helse"* (I. Illich).

1.1 Sentrale og regionale føringer

Utviklingen i kommunen innen området Helse, forankres i sentrale og regionale føringer. Nedenfor nevnes noen av de sentrale dokumentene som har gitt føringer i valg av plantema. Andre føringer er beskrevet i vedlegg.

1.1.1 Folkehelse

Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller" innledes slik: *"Den norske befolkningens helse er god, men gjennomsnittstallene skjuler store systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen"*.

Å utjevne sosiale forskjeller er et hovedanliggende i forhold til samfunnsutviklingen.

I Stortingsmelding 16 (2002 – 2003) "Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken" beskrives status for helsetilstanden (diagnosen) med følgende stikkord:

- Helsetilstand og levealder viser gjennomsnittlig en positiv utvikling, men sosioøkonomisk helseulikhet har økt de siste 30 åra
- Når det gjelder helse er det større forskjeller mellom ulike innvandrergupper enn mellom sammenliknbare grupper av innvandrere og etnisk norske grupper
- Psykiske problemer og lidelser henger bl.a. sammen med genetisk sårbarhet, oppvekstforhold, livshendelser og sosiale faktorer. Vold og trusler om vold, stress i arbeidslivet, mobbing og andre miljøproblemer i skolen og svake sosiale nettverk er viktige risikofaktorer
- Viktigste dødsårsaker: hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveisinfeksjoner og KOLS
- Sterk økning i diabetes type 2
- Flere lever med helseplager

Barn og unges helse beskrives slik:

- Norske barn regnes blant de friskeste i verden
- En del barn har kroniske lidelser, og barn fra familier med lav utdanning og lav inntekt har statistisk høyest forekomst

- Vanligste dødsårsak er kreft for de yngste barna og ulykker (trafikkulykker) for de eldre barna
- Psykisk helse samlet sett: 10-20 prosent av alle barn har så store psykiske problemer at det går utover deres daglige fungering og 4-7 prosent er behandlingstrengende. Om lag 10 % av ungdomsbefolkningen har så store problemer at de har behov for profesjonell hjelp.
- Det ser ut til å være store sosiale forskjeller i helsevaner ungdommer i mellom, for eksempel når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold og røyking

Sentrale utviklingstrekk:

- Økende sosioøkonomiske helseforskjeller
- "Epidemi" av overvekt
- Diabetes – viktigste årsak til hjerte- og karsykdom
- Økende forekomst av lungekreft hos kvinner
- Psykiske problemer og lidelser anslås av WHO til å bli nest viktigste årsak til sykdomsbelastning på verdensbasis i 2020
- Økt risiko for smittsomme sykdommer

1.1.2 Samhandling

Samhandlingsreformens intensjon er å forebygge sykdom og gi pasientene helsehjelp der de bor. Sentralt i reformen er at det skal lønne seg økonomisk for kommunene at befolkningen er friske, jfr. St.meld. 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid".

Helsetjenesten har generalistkompetansen, og spesialisthelsetjenesten har spesialistkompetansen. I fremtiden er intensjonen å samhandle bedre om pasientene, diagnoser og behandling.

Målet er å oppnå avklaring i forhold til skjæringspunktet mellom oppgaver og samhandling, og sikre samsvar mellom ressursene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene.

Selve reformen ligger nå til behandling i Stortinget. Kommunene vet at det er noe "i vente", men foreløpig er ingen ting avgjort.

I St.meld. nr.20. "Vilje til forskning" pekes det på at det er regjeringens mål at Norge skal bli en nasjon som ligger i teten internasjonalt når det gjelder ny teknologi, kompetanse og kunnskap.

Tre strukturelle områder skal prioriteres:

- Internasjonalisering skal være et gjennomgående perspektiv i forskningspolitikken
- Grunnforskning skal fortsatt være en hovedprioritering
- Regjeringen vil satse på forskningsbasert innovasjon og nyskaping

1.2 Andre føringer for kommunedelplan for Helse

Hovedmålene for Kongsvinger-samfunnets utvikling mot 2021 er oppsummert i fire mål i kommuneplanen 2010 - 2021:

- Kongsvinger skal utvikles til å ha en befolkningsvekst lik landet for øvrig (1 %)
- Kongsvinger skal ha et regionalt perspektiv i utvikling av egen kommune
- Kongsvinger skal videreutvikle selve byen for å skape nye arbeidsplasser og økt attraktivitet
- Kongsvinger skal ha allment gode og forutsigbare tjenester på de viktigste områdene for folks velferd

1.2.1 Budsjettomstilling Helse (BOMS II)

På bakgrunn av kommunestyrets vedtak om budsjett for 2010, står virksomhetsområdet Helse overfor store økonomiske utfordringer i 2010, med en økonomisk omstilling i størrelsesorden 6–8 millioner kroner.

Konsulentfirmaet Agenda Utredning & Utvikling har høsten 09 gjennomført en evaluering av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Analysen er gjennomført med utgangspunkt i KOSTRA-tall for 2008, der metoden innebærer en sammenlikning av norske kommuners prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet innefor tjenesteområdene. En del av disse dataene vises i kapittel 2 "Status".

Kongsvinger kommune har innenfor virksomhetsområdet Helse hatt et merforbruk på kr 22 mill de to siste år. Kommune må tilpasse drift og organisering i forhold til bevilgede ressurser. Det er derfor nødvendig å ha en gjennomgang, der organisering og drift blir vurdert i forhold til dagens situasjon og status. Omstilling er nødvendig.

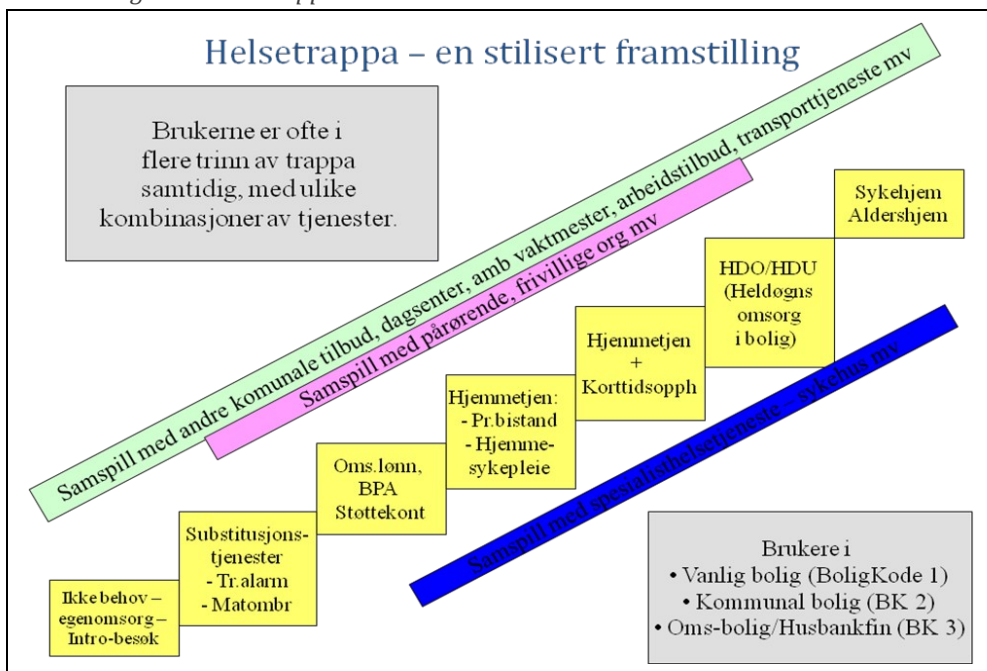
2 STATUS

2.1 Laveste effektiv omsorgsnivå = LEON

Kostnadsnivået til pleie- og omsorgstjenester i Kongsvinger kommune er på et noe høyt nivå. Kostnadsnivået kan ikke forklares med en enkelt årsak, men henger trolig sammen med mange ulike forhold. Det er klare indikasjoner på at pleie- og omsorgstjenestene i kommunen har relativt høyt nivå på flere av kommunens tjenester. Når det gjelder tjenester til eldre, har kommunen et noe høyt kostnadsnivå til institusjonstjenester. Dette skyldes trolig både bemanning og antall plasser i sykehjem. Videre tyder det på at kostnadene i ordinære hjemmetjenester er noe lavere. Det er høye kostnader til psykisk helsearbeid og til funksjonshemmede. Sykefraværet har vært og er gjennomgående høyt innenfor store deler av virksomhetsområdet. Dette fremgår bl.a av rapporten av 4.januar 2010 gjennomført av konsulentfirmaet Agenda.

2.1.1 Helsetrappen

Figur 1: Helsetrappen



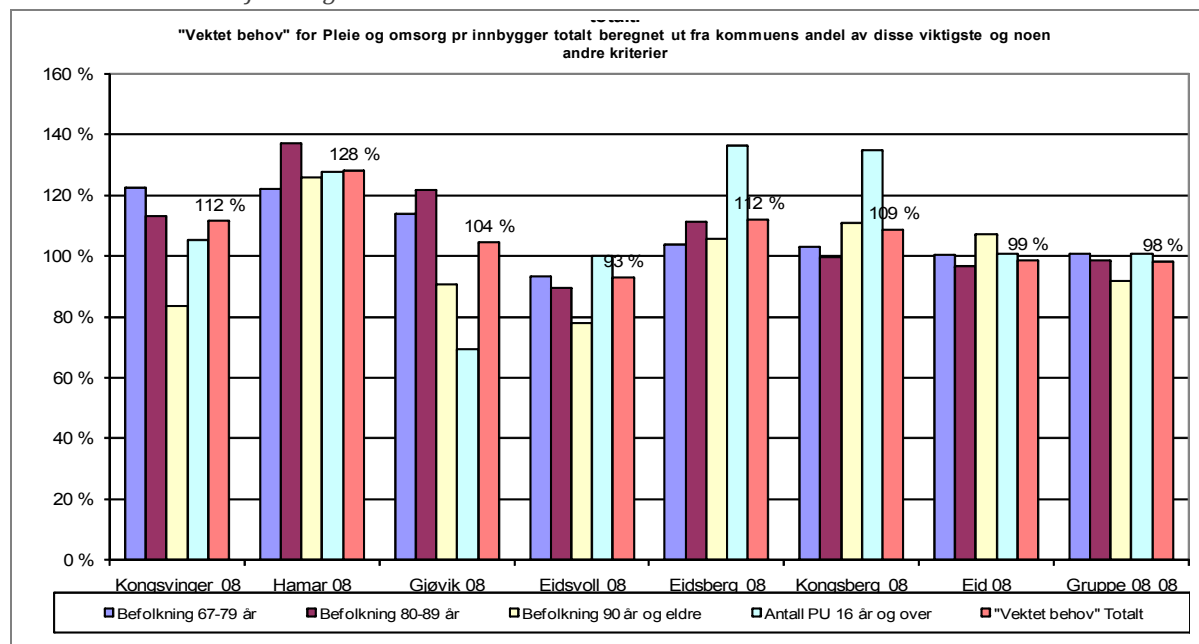
Fordelingen av ressursene mellom de ulike trinnene i trappen er grunnleggende for effektiv utnyttelse av LEON-prinsippet. Dels er det et spørsmål om best kvalitet for brukerne, men også en vurdering av kostnadsnivået. Det er en vanlig oppfatning og erfaring blant fagfolk, at brukerne har det best, og beholder helsen lengst, dersom de bor hjemme.

I gjennomførte kartlegginger (Devold og Agenda) er det påvist at Kongsvinger kommune i dagens tjenesteproduksjon i for liten grad utnytter de tre laveste trinnene i Helsetrappen. Det betyr at kommunen ikke i tilstrekkelig grad utnytter de muligheter som ligger for god tilrettelegging i hjemmet.

2.1.2 Institusjoner

Kongsvinger kommune har en befolknings sammensetning der andelen eldre og utviklingshemmede ligger over gjennomsnittet for landets kommuner, og bruker derfor mer ressurser på området enn gjennomsnittet.

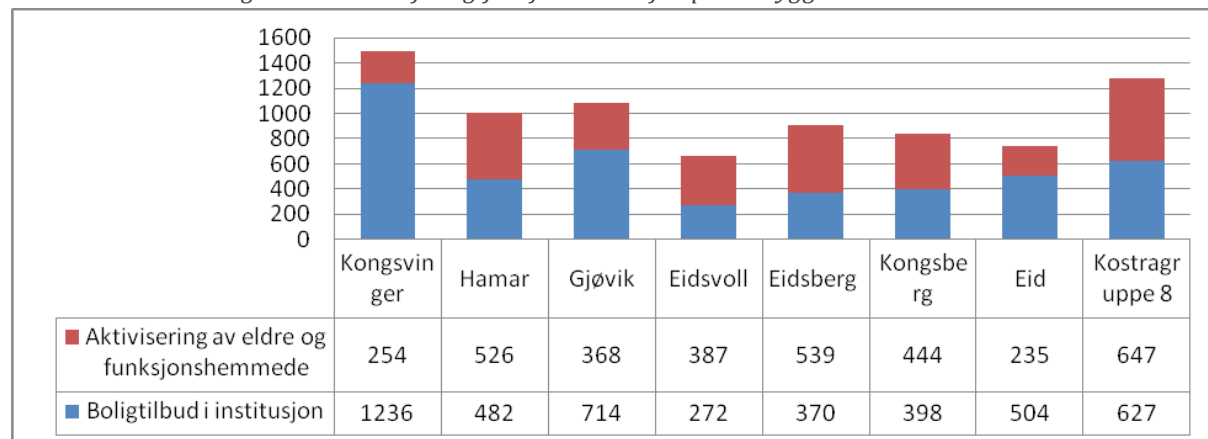
Figur 2: Kommunens andel av ulike befolkningsgrupper i forhold til kommunens andel av befolkningen totalt i 2008:



Samtlige sammenlikningskommuner, foruten Hamar, har et lavere vektet behov enn Kongsvinger.

I Kommunal- og regionaldepartementets kriteriesett for rammetildeling til kommunene er kriteriene "antall eldre over 80 år" og "antall eldre over 67 år" vektet høyest. Dette fordi disse parametrene, statistisk sett, betyr mest for kommunenes utgifter til pleie- og omsorgsformål. Figuren viser at Kongsvinger kommune for aldersgruppen 67-79 år har et vektet utgiftsbehov sammenlignet med de andre kommunene på drøyt 120 %. Befolkningsprognosene tilsier at kommunens utfordringer på dette området vil forsterke seg ytterligere i kommende planperiode.

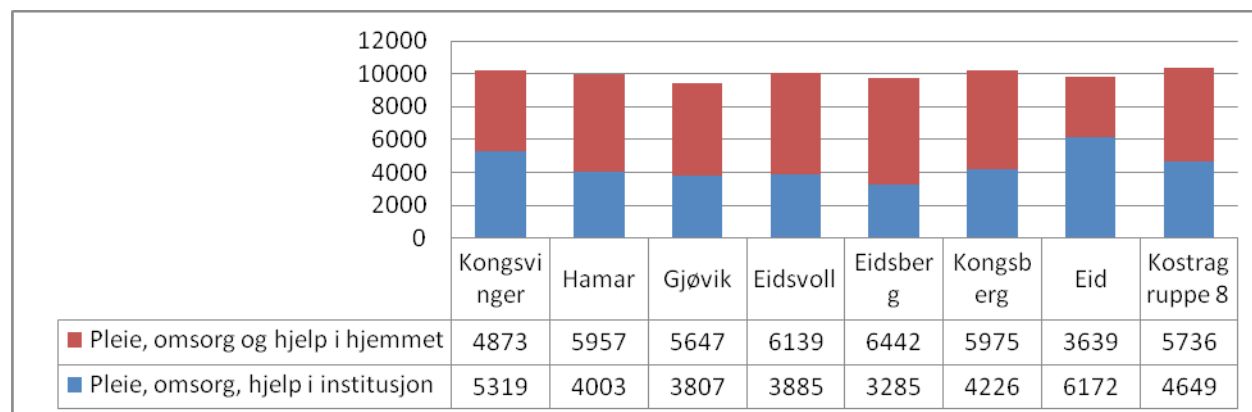
Figur 3: Netto driftsutgifter for institusjon pr innbygger i 2008:



Figuren over viser at Kongsvinger er på et høyt nivå når det gjelder prioriteringer til institusjonsomsorg. Blant sammenlikningskommunene er det kun Eid som har høyere andel til institusjon. Når det gjelder aktivisering av eldre og funksjonshemmede, er Kongsvinger nest lavest i sammenlikningen.

2.1.3 Hjemmebasert omsorg

Figur 4: Netto driftsutgifter for pleie og omsorgstjenester pr. innbygger i 2008:



Når det gjelder hjelp i hjemmet, har Kongsvinger det nest laveste nivået i sammenlikningen. Tallene for hjelp i hjemmet inneholder psykisk utviklingshemmede, og psykisk helsearbeid.

Erfaring fra andre kommuner viser at de som satser på hjemmebasert omsorg gjennomgående har bedre kvalitet og lavere kostnad enn kommuner som bruker mye ressurser til institusjon. Dette henger sammen med hvordan kommunen utnytter ulike trinn i helsetrappa etter prinsippet om Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON), jfr. Agendarapport 4.01. 2010.

Det er behov for å se nærmere på om eksisterende boligmasse er tilrettelagt godt nok for den store gruppen eldre 67-79 år.

Det er trolig den hjemmebaserte omsorgen som vil oppleve det største presset på tjenester i planperioden som følge av veksten i aldersgruppen 67-79 år.

2.2 Folkehelse og forebygging

Det er mange ulike tjenester og virksomheter i kommunene som bidrar til å fremme folkehelse og sikre gode levekår for innbyggerne. Folkehelsen er avhengig av innsats i mange samfunnssektorer. Helsetjenesten har ansvar for forebyggingsinnsatsen i helsetjenesten gjennom blant annet helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Den har ansvar for helseovervåking og en viktig rolle i samhandlingen med andre sektorer, blant annet gjennom miljørettet helsevern og smittevern. utfordringene for helse- og sosialtjenesten i kommunen må ses i sammenheng med andre kommunale tjenester som kultur- og fritidssektoren, oppvekst og andre.

2.2.1 Levekår

Det å satse på folkehelse betyr at kommunen må være en pådriver i forhold til å utvikle et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og en sunn livsstil.

Levekårsdataene sier noe om hvordan innbyggerne i kommunen har det, og er viktige forutsetninger for den enkeltes velferd.

Tabell 1: Levekårsdata for Kongsvinger i 2005, 2006, 2007 og 2008:

Indeks	Indeks samlet	Sosialhjelp indikator	Dødelighet indikator	Uføretrygd indikator	Attføringspenger indikator	Arbeidsledige indikator	Overgangsstønad indikator	Lav utdanning
2008	8,5	8	10	10	7	8	8	8
2007	8,7	8	10	10	7	9	8	8
2006	8,3	9	10	10	6	9	8	7
2005	7,6	8	10	10	5	8	6	7

1 i levekårsindeks betyr at man er blant de 10 beste kommunene i landet. 10 betyr at man er blant de ti dårligste. Jo høyere verdi, jo flere levekårsproblemer sammenlignet med andre kommuner og bydeler. Dette indikerer til sosiale ulikheter og dårlig helse. Lav utdanning er ikke med i den samlede indeksen.

I 2008 lå landsgjennomsnittet for indeks samlet på 5,5 og for Hedmark fylke på 6,5.

Kongsvinger ligger generelt høyt når det gjelder levekårsproblemer, spesielt i forhold til antallet uføretrygdede, arbeidsledige og forekomsten av kriminalitet/anmeldte lovbrudd. Med unntak av antallet innbyggere med attføringstiltak ligger også Hedmark fylke som helhet dårligere enn landsgjennomsnittet på indikatorene for levekår.

Kongsvinger skårer høyt på levekårsindeksen på mange av de områdene som fører til sosiale ulikheter og dårlig helse. Oppvekstvilkår påvirker helsen i voksen alder. Dårlige oppvekstvilkår fører ofte til svakere helse, psykiske problemer, rusmiddelproblematikk og høyere dødelighet. Også når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk kommer gruppen med lavest sosioøkonomisk status dårligst ut. Statistikken fremviser at en vesentlig del av Kongsvingers befolkning har lav sosioøkonomisk status og de utfordringer dette medfører.

Kongsvinger ligger over landsgjennomsnittet i forhold til antallet sosialhjelpsmottakere. 1/3 av antall sosialhjelpsmottakere er i aldersgruppa 18-25 år. Antallet har vært stabilt over flere år, men varigheten av hjelpen er som regel kortvarig.

Arbeidsledigheten i Kongsvinger ligger noe høyere enn både fylkesgjennomsnittet og landsgjennomsnittet. Økt ledighet medfører økt behov for sosiale tjenester og økonomisk sosialhjelp.

2.2.2 Forebygging

Spesielt innenfor forebygging er det et potensial for samarbeid mellom virksomhetsområdene Helse og oppvekst. Forebygging i et oppvekstperspektiv kan handle om kostvaner, sunn vekt, fysisk aktivitet, rusproblematikk og ugyldig fravær.

Undersøkelser viser at så mange som 10 % av barn og unge har så store psykiske utfordringer at det går utover deres daglige fungering. God fysisk og psykisk helse og sunne holdninger er viktige læreforutsetninger.

Ergoterapi, fysioterapi og helsesøstertjenesten er viktige i forebygging, habilitering og rehabilitering av brukere innen flere av virksomhetsområdene i kommunen. Kommunene velger ulik organisering av disse tjenestene. Enkelte kommuner organiserer tjenestene til de stedene der brukere er mottaker av tjenesten. Andre kommuner velger å organisere

tjenestene slik Kongsvinger gjør. Det finnes ingen fasit på hvilken organisering som er den riktige, men erfaringer fra andre kommuner tyder på at det viktige er hvordan de ulike tjenestene samhandler og arbeider sammen.

Dagens samarbeid fungerer bra i kommunen, og gir et godt lavterskeltilbud. Omfanget av ergo- og fysioterapiressurser ut på tjenesteområdene bør ses nærmere på.

2.3 Kompetanse og rekruttering

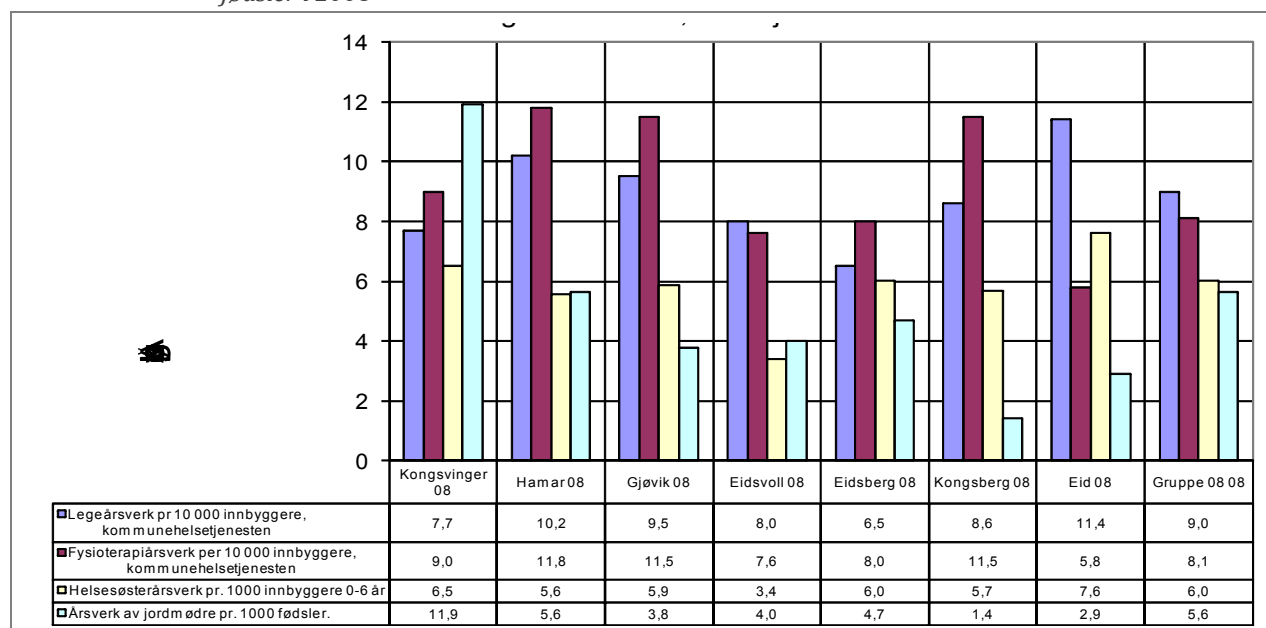
Tabell 2: Antall ansatte i Helsetjenesten:

Totalt ansatte innenfor virksomhetsområde Helse	Antall 0-39 år	Antall 40-54 år	Antall 55-59 år	Antall 60-70 år
497 (340 årsverk)	178 (115,1 årsverk)	189 (134,5 årsverk)	65 (50,6 årsverk)	65 (40,8 årsverk)

Tabell viser at kommunen står ovenfor en stor utfordring da ca 26 % av dagens årsverk må byttes ut som følge av naturlig avgang i løpet av planperioden.

I figuren nedenfor gjengis noen aktuelle tall for årsverksinnsatsen i Helsetjenesten i kommunen sammenliknet med andre kommunene.

Figur5: Årsverk pr. 10 000 innbyggere til ulike helsetjenester og jordmødre pr 1000 fødsler i 2008



Kongsvinger har en rimelig god dekning av helsepersonell for kommunale helsetjenester. Kommunen har et mellomnivå når det gjelder legeårsverk og fysioterapiårsverk. Derimot er nivået noe høyere når det gjelder årsverk til helseøstertjeneste og høyest i sammenlikningen når det gjelder årsverk til jordmødre.

Årsverkssammenlikningene favner ikke alle tjenestene som hører inn under den kommunale helsetjenesten, slik som for eksempel arbeid med skjenkebevillinger, forebyggende edruskapsarbeid og krisesentre.

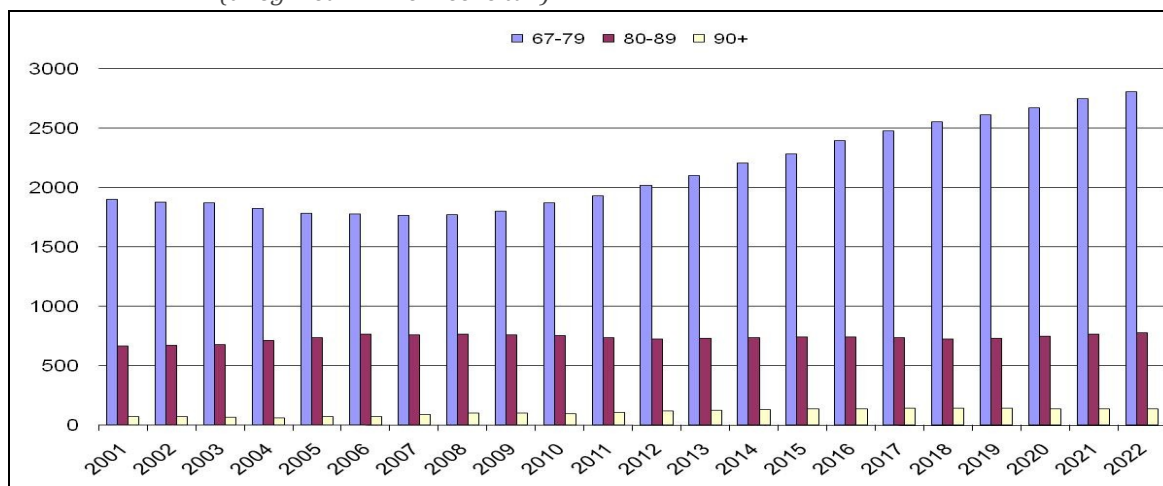
2.4 Befolkningsprognoser

Tabell 2: Befolkningsprognosen fordelt på aldersgrupper (2008 og 2009 er reelle tall):

Pr 1.1:	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0-5	1025	1030	998	1002	1009	999	1004	1005	1018	1019	1000	991	973	965
6-12	1445	1407	1407	1372	1348	1332	1308	1282	1283	1248	1258	1262	1262	1260
13-15	655	652	646	641	633	618	621	634	609	616	576	575	553	568
16-19	877	904	907	904	875	878	862	853	849	839	850	826	838	808
20-24	952	916	959	974	996	1011	1043	1026	1020	1006	1003	986	979	982
25-34	1827	1756	1717	1679	1663	1640	1629	1618	1624	1659	1651	1660	1657	1651
35-49	3688	3704	3694	3693	3674	3619	3589	3542	3458	3402	3365	3290	3224	3169
50-66	4246	4291	4306	4299	4276	4270	4203	4203	4191	4169	4169	4199	4207	4183
67-79	1775	1800	1874	1935	2021	2102	2207	2286	2396	2482	2557	2616	2675	2750
80-89	769	764	754	740	729	735	738	746	743	737	726	735	750	769
90+	102	102	99	111	121	125	132	137	141	144	145	142	140	138
SUM	17361	17326	17361	17350	17345	17329	17336	17332	17332	17321	17300	17282	17258	17243

Befolkningsprognosen over er en teknisk framskriving av befolkningsutviklingen i kommunen fram til 2021. Imidlertid har kommunestyret i forbindelse med kommuneplanen vedtatt en målsetting om 1 % befolkningsvekst i Kongsvinger framover. I løpet av høringsperioden vil det bli arbeidet videre med å få på plass en realistisk befolkningsprognose som skal legges til grunn for dimensjoneringen av tjenestetilbudet både innenfor Helse og Oppvekst – og som balanserer det tekniske framskrivingen

Figur7: Befolkningsutviklingen fordelt på aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og 90 år+ (til og med 2009 er reelle tall):



I henhold til kommunens prognoser fram til 2021 vil aldersgruppen 90 år+ øke med 36 personer i perioden 2009 – 2021. I perioden fram til 2018 vil den øke med 43.

Aldersgruppen 80-89 år + vil gå ned med 35 personer i perioden 2009 – 2012 og fram mot 2021 vil antall personer øke til dagens nivå. I samme periode vil det være en sterk økning for gruppen 67-79 år. Den vil øke fra 1800 til 2750 i 2021, hele 950 personer.

Samlet betyr dette at Kongsvinger kan komme til å få en liten økning av personer over 90 år og en sterk økning av personer som ligger mellom 67-79 år.

Det er aldersgruppen 90+ som har behov for de mest ressurskrevende tjenestene fra kommunen. For etterspørselen av institusjonsplasser framover, vil aldersgruppen 90+ være en viktigere indikator, siden en stor andel av denne aldersgruppen vil etterspørre tjenester på nivå med institusjonsplasser.

Behovet for tilrettelagte tjenester, boliger og aktiviteter vil øke i og med at aldersgruppen 67-79 år øker så drastisk.

3 ANALYSE

Under kapittel 2 er det redegjort for utvalgte faktaopplysninger innenfor virksomhetsområdet. I tillegg til faktaopplysningene har kommunen lagt vekt på å foreta en kartlegging av dagens situasjon innenfor virksomhetsområdet. Resultatet av kartleggingen har dannet grunnlaget for de forslag til satsningsområder kommunen bør vektlegge i den kommende planperioden, jfr. kapittel 4.

Kartleggingen er gjennomført ved bruk av nedenstående SWOT-analyse. Målet til kommunen vil være å opprettholde det kommunen er god på i dag (styrkene), iverksette tiltak på de områder hvor det er avdekket et forbedringspotensiale (svakheter), være åpne for alternative måter i forhold til dagens oppgaveløsning (muligheter) og unngå/omgå/ påvirke det som kan true kommunens målsetninger (trusler).

Styrker	Muligheter
<ul style="list-style-type: none">• Kongsvinger kommune har bred kompetanse innenfor de fleste områder• Kongsvinger kommune driver godt forebyggende helsearbeid bl.a. innenfor jordmortjenesten, helsestasjonen, skolehelsetjenesten og smittevern• Kongsvinger kommune har gode sykehjem med kvalifisert personell• Kongsvinger kommune har et av sine sykehjem som er ISO - sertifisert• Bygningsmassen for institusjoner og bygninger generelt er god• Det er god samhandling mellom lokalsykehuset og Helsetjenesten• Produktiviteten er lik landsgjennomsnittet med kun 93 % av inntekten• Generell høy brukertilfredshet jfr. gjennomførte brukerundersøkelser i 2009• God tilgang og tilsøking av svensk kvalifisert arbeidskraft	<ul style="list-style-type: none">• Ta i bruk flere tilbud i de lavere trinn i helsetrappen =LEON• Øke andel forebyggende hjemmebesøk hos eldre over 75 år• Økt grad av samarbeid med andre kommuner• Bedre samhandling og fordeling av oppgaver mellom Helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten• Videreutvikle tildelingspraksisen• Tilrettelegge for økt samarbeid med høyskoler, forskningsinstitusjoner og andre• Benytte seg av og initiere til kunnskapsbasert (evidence-based) praksis• Økt bruk av IKT, Smarthusløsninger, installasjon av heiser i boligblokker, slik at brukergrupper får bedre tilpasset egen livssituasjon• Ytterligere utvikling av det forebyggende arbeidet• Etablere flere organiserte dag-, kultur- og aktivitetstilbud for funksjonshemmede og eldre

Svakheter	Trusler
<ul style="list-style-type: none"> • Utnytter ikke i tilstrekkelig grad de laveste trinn innenfor helsetrappen • Dagens drift og fokus er for institusjonsbasert • For lite samhandling på tvers av virksomhetsområder i egen kommune • Kulturforskjeller mellom Helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten • For lite utviklet kunnskapsbasert praksis ved forskning • Økonomiske rammevilkår som følge av lavt inntektsgrunnlag (93 % av gjennomsnittsinntekten) • For få tilpassede boliger for enkelte brukergrupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilgang på kvalifisert personell • Høyt sykefravær innenfor enkelte tjenesteområder • Merforbruk i forhold til bevilgede budsjetttrammer • Kraftig økning av aldersgruppen 67-79 år • En negativ dreining i levekårsforskjeller mellom ulike grupperinger i samfunnet • For lite fokus på folkehelse representert ved for eksempel rusproblematikk og psykososiale problemer

4 PLANPROGRAMMET

Med bakgrunn i sentrale føringer og analysen i kapitel 3, foreslås følgende utredningstemaer med satsningsområder i kommende planperiode.

4.1 Laveste effektive omsorgsnivå = LEON

Forslag til satsningsområder:

- Iverksette helsefremmende tiltak (livskvalitet, trivsel og mulighet) og sykdomsforebyggende tiltak på riktig nivå i helsetrappen
- Samhandling på tvers av virksomhetsområder / sektorer, i egen kommune og med andre relevante instanser i og utenfor egen region
- Vurdere mulighetene innenfor eksisterende boligmasse med tanke på universell utforming*

* Definisjon: "Universell utforming betyr at alle menneske - uansett alder og funksjonsevne - skal på ein likeverdig måte kunne bruke dei same bygde omgjevnadene".

Ufordringer:

- Hvordan få til en samlet koordinering og riktig innsats på tvers av enheter?
- Hvordan tilrettelegge for og gjøre Kongsvinger kommunes innbyggere kjent med de helsefremmende tiltakene?
- Hvordan samhandle med pårørende for å oppnå aksept og samarbeid om tiltak på laveste nivå i Helsetrappa?
- Hvordan sikre god samhandling og kontinuitet i overgangene mellom nivåene stat og kommune?
- Hvilke muligheter er det for å installere heis i eksisterende boligmassene slik at eldre kan bo lengst mulig hjemme?
- Hvordan få til dreiningen fra å være institusjonsrettet til å øke innsatsen på de hjemmebaserte tjenester?
- Hvordan organisere tilbudet til utviklingshemmede brukere med somatiske lidelser og/eller demens best?

4.2 Folkehelse og forebygging

Forslag til satsningsområder:

- Styrke det forebyggende arbeidet i alle tjenester
- Søke partnerskap for forebyggende helsearbeid

Utfordringer:

- Hvilke områder bør prioriteres i forhold til det forebyggende arbeidet?
- Hvem skal kommunen søke partnerskap med?

4.3 Kompetanseutvikling

Forslag til satsningsområder:

- Større grad av tverrfaglig personellsammensetning
- Økt samarbeid og samhandling med ulike utdanningsinstitusjoner, universiteter, helseforetak og andre det er relevant å samarbeide med
- Tilrettelegge for bedre læringsmuligheter innenfor eget praksisområde

Utfordringer:

- Hvordan sikre og tilrettelegge for nødvendig kompetanse der ulike fagprofesjoner samhandler om de prioriterte områdene?
- Hvordan sikre faglig forsvarlig og etisk kompetanse?
- Hvordan sikre nødvendig rekruttering i framtida?
- Hvordan stimulere til forskningsbasert praksis?
- Hvordan skal kommunen legge til rette for god samhandling mellom fagområdene?

4.4 Utredningsbehov

Innenfor satsningsområdene kan det være behov for mer eller mindre omfattende utredninger.

Forslag til prioritering av utredninger innenfor foreslåtte satsningsområder er:

1. Kartlegge og komme med forslag til endring i forhold til dagens bruk av trinnene i Helsetrappa = LEON
2. Kartlegge og komme med forslag til endringer i bruk av tverrfaglig kompetanse på tvers av virksomhetsområder.
3. Hvordan initiere til økt samarbeid med utdanningsinstitusjoner for å oppnå målet om kunnskapsbasert praksis?
4. Kartlegge hvilke grad eksisterende boligmasse oppfyller kravene til universell utforming?

4.5 Framdrift og planprosess

4.5.1 Prosessen mot kommunedelplan

I egenskap av kommuneplanutvalg, vedtok formannskapet i møte 08.09.2009, sak FS-098/09 rammene for kommunedelplanen (se vedlegg):

- Styringsgruppe er formannskapet (kommuneplanutvalget)
- Prosjektansvarlig er respektiv kommunalsjef
- Ledergruppa innenfor virksomhetsområdet er faglig referansegruppe
- Komiteen for virksomhetsområdet er politisk referansegruppe
- Det skal først utarbeides et planprogram som skal legges ut til offentlig ettersyn i januar 2010 og være vedtatt av kommunestyret mars 2010
- Det skal deretter utarbeides en kommunedelplan som skal legges ut til offentlig ettersyn i juni 2010 og være vedtatt senest november 2010
- Kommunedelplanens handlingsprogram skal innarbeides i økonomiplanen 2011-2014 og være vedtatt desember 2010

4.5.2 Medvirkning

Det vil bli lagt opp til en omfattende mulighet for publikum til å gi innspill til den nye kommunedelplanen. Arbeidet vil følges opp løpende på kommunens intra- og internettsider, invitasjon til faglig samlinger, og enkeltpersoner vil bli kontaktet og bedt om innspill. Det legges opp til en mediestrategi som baner veien for jevnlig dekning i lokale medier.

Det vil være høringer hvor publikum får anledning til å bidra.

Alle ledd i planprogrammet og i utformingen av den endelige planen vil bli behandlet i Komité for helse og omsorg og i formannskapet. Endelig godkjenning finner sted i kommunestyret.

I tillegg til åpne arrangement vil det bli tatt initiativ til dialog med forskjellige fagmiljøer, Hedmark fylke og nabokommuner.

5 VEDLEGG

5.1 Sentrale dokumenter

1. St. meld. 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid"
2. St.meld. 16 (2002 – 2003) "Respekt for et sunnere Norge" – også kalt folkehelsemeldingen
 - a. Overordnet mål er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og å redusere de forskjeller i helse som er mellom ulike sosiale grupper
3. St.meld. 20 (2006 – 2007) "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller" – trekker opp hovedlinjene i norsk folkehelsearbeid
 - a. Politikken tar utgangspunkt i de faktorer som påvirker helsen, i motsetning til tidligere meldinger hvor det har vært tatt utgangspunkt i bestemte sykdommer.
 - i. Ulike påvirkningsfaktorer kan være utdanning, arbeid, bo- og nærmiljø og valg av levevaner som næring, tobakk/rus og fysisk aktivitet
 - ii. Legger føringer for hvordan arbeidet med disse faktorene skal organiseres
4. St. melding. 45 (2002-2003) "Bedre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene"
5. St. melding. 25 (2005-2006) "Omsorgsplan 2015 "Regjeringens fem langsiktige strategier og en omsorgsplan med konkrete tiltak fram til 2015". Mestring, mulighet og mening
6. St. melding. 16 (2006-2007) "...og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring"
7. Statsbudsjettet 2010
8. NOU 2009: 22 "Det du gjør, gjør det helt" Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge
9. Fylkeskommunen og Fylkesmannen
 - a. Særtrykk av St.prp. 1 (2006-2007) kapittel 6 Nasjonal helseplan (2007-2010) "Samhandling og helhetlig tjenester