



# HELSE OG OMSORG

## STRATEGI 2020

Styrke, videreutvikle og samle de forebyggende helsetjenestene med spesiell oppmerksomhet på helhet og tilgjengelighet

Styrke, videreutvikle og samle helse og omsorgstjenestene med et «Medisinsk senter» som hovedbase

Fremme aktiv brukerrolle fra tidlig alder

Sikre faglig kvalitet, kompetanse og innovasjon

Sikre tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse

---

Utvalg **Kommunestyret**  
Møtedato **29.01.2013** Utvalgssak **6/13**

---

## Saksprotokoll: Strategisk plan for helse og omsorgstjenestene - Strategi 2020

### Behandling:

Saksordfører Svein Svarstad, H, la frem komiteens innstilling.

Elisabeth Selmer, H, fremmet følgende forslag til vedtak:

1. Strategisk plan for helse og omsorgstjenestene - Strategi 2020, som vektlegger forebygging og tidlig innsats, tas til orientering.
2. 5 strategiske innsatsområder og strategier slik det framkommer av planens kapittel 8 legges til grunn for det videre arbeidet med å utvikle tjenestene.
  1. Styrke, videreutvikle og samle de forebyggende helsetjenestene med spesiell oppmerksomhet på helhet og tilgjengelighet
  2. Styrke, videreutvikle og samle helse- og omsorgstjenesten med et «Medisinsk senter» som hovedbase
  3. Fremme aktiv brukerrolle fra tidlig alder
  4. Sikre faglig kvalitet, kompetanse og innovasjon.
  5. Sikre tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse
3. Psykiske lidelser og rus er blant de største helseutfordringene her i landet, og med utvidet kommunalt ansvar må utviklingen på disse områdene følges nøye. Det må arbeides spesielt for å identifisere og sette inn riktige tiltak overfor barn og unge med psykiske lidelser, og overfor barn som lever i omgivelser der denne problematikken finnes.
4. Helsetjenester for familier, barn og unge ytes både av Oppvekst og Helse og omsorg sektorene. Praksis og organisasjon må legges til rette for at slike tjenester fremstår som helhetlige og koordinerte for brukerne.
5. For å bidra til mangfold, valgfrihet og god behovsdekning for alle brukergrupper skal kommunen legge til rette for, og benytte seg av, frivillighet og private løsninger ved siden av eller i tillegg til kommunens eget tilbud.
6. Planen rulleres hvert 4.år.

Rigmor Thokle, FrP, fremmet følgende nytt punkt 5:

Eldre mennesker er en gruppe som vokser sterkest.

- Dette må tas hensyn til når styrking av innsatsområdene vurderes

- Fremme tiltak som kan redusere eldre menneskers ensomhet
- Stimulere og utvikle de eldre som ressurs i kommunen

Punkt 5 og 6 forskyves tilsvarende.

Voteringen ga følgende resultat:

Forslaget fremmet av Elisabeth Selmer til punkt 1,2, 3 og 4 ble enstemmig vedtatt.

Nytt punkt 5 fremmet av Rigmor Thokle ble enstemmig vedtatt.

Forslaget fremmet av Elisabeth Selmer til punkt 5 og 6 ble enstemmig vedtatt som nytt punkt 6 og 7.

**Vedtak:**

|    |   |
|----|---|
| 1. | <b>Strategisk plan for helse og omsorgstjenestene - Strategi 2020, som vektlegger forebygging og tidlig innsats, tas til orientering</b>  |
| 2. | <p><b>5 strategiske innsatsområder og strategier slik det framkommer av planens kapittel 8 legges til grunn for det videre arbeidet med å utvikle tjenestene.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Styrke, videreutvikle og samle de forebyggende helsetjenestene med spesiell oppmerksomhet på helhet og tilgjengelighet</b></li> <li>• <b>Styrke, videreutvikle og samle helse- og omsorgstjenesten med et «Medisinsk senter» som hovedbase</b></li> <li>• <b>Fremme aktiv brukerrolle fra tidlig alder</b></li> <li>• <b>Sikre faglig kvalitet, kompetanse og innovasjon.</b></li> <li>• <b>Sikre tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse</b></li> </ul> |
| 3. | <b>Psykiske lidelser og rus er blant de største helseutfordringene her i landet, og med utvidet kommunalt ansvar må utviklingen på disse områdene følges nøye. Det må arbeides spesielt for å identifisere og sette inn riktige tiltak overfor barn og unge med psykiske lidelser, og overfor barn som lever i omgivelser der denne problematikken finnes.</b>  |
| 4. | <b>Helsetjenester for familier, barn og unge ytes både av Oppvekst og Helse og omsorg sektorene. Praksis og organisasjon må legges til rette for at slike tjenester fremstår som helhetlige og koordinerte for brukerne.</b>  |
| 5. | <p><b>Eldre mennesker er en gruppe som vokser <u>sterkest</u>.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dette må tas hensyn til når styrking av innsatsområdene vurderes</b></li> <li>• <b>Fremme tiltak som kan redusere eldre menneskers ensomhet</b></li> <li>• <b>Stimulere og utvikle de eldre som ressurs i kommunen</b></li> </ul>  |
| 6. | <b>For å bidra til mangfold, valgfrihet og god behovsdekning for alle brukergrupper skal kommunen legge til rette for, og benytte seg av, frivillighet og private løsninger ved siden av eller i tillegg til kommunens eget tilbud.</b>   |
| 7. | <b>Planen rulleres hvert 4.år.</b>  |

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>1</b>     | <b>FORORD</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2</b>     | <b>INNLEDNING</b>  | <b>6</b>  |
| <b>2.1</b>   | PLANENS FORANKRING I KOMMUNENS STYRINGSSYSTEM  | <b>7</b>  |
| <b>3</b>     | <b>SAMMENDRAG</b>  | <b>7</b>  |
| <b>4</b>     | <b>BEFOLKNINGSUTVIKLING</b>  | <b>8</b>  |
| <b>5</b>     | <b>FREMTIDENS HELSE – OG OMSORGSTJENESTER, TRENDER OG UTVIKLINGSTREKK</b>  | <b>8</b>  |
| <b>5.1</b>   | NY KOMMUNEROLLE  | <b>9</b>  |
| <b>5.2</b>   | AKTIV BRUKERROLLE  | <b>9</b>  |
| <b>5.3</b>   | FOREBYGGING OG TIDLIG INNSATS SOM VIRKEMIDDEL  | <b>10</b> |
| <b>5.4</b>   | DEN HELHETLIGE OG SAMMENHENGENDE HELSE OG OMSORGSTJENESTEN   | <b>11</b> |
| <b>6</b>     | <b>TJENESTEUTFORDRINGENE</b>   | <b>12</b> |
| <b>6.1</b>   | FOREBYGGENDE TJENESTER   | <b>12</b> |
| <b>6.1.1</b> | HELSEUTFORDRINGER RELATERT TIL LEVEVANER /LIVSSTIL   | <b>12</b> |
| <b>6.1.2</b> | HELSEUTFORDRINGER KNYTTET TIL SOSIALE ULIKHET I HELSE OG LEVEKÅR   | <b>13</b> |
| <b>6.2</b>   | HELSE OG OMSORGSTJENESTENE   | <b>15</b> |
| <b>6.2.1</b> | FOREBYGGENDE TJENESTER TIL BARN OG UNGE  | <b>15</b> |
| <b>6.2.2</b> | TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE   | <b>16</b> |
| <b>6.2.3</b> | TJENESTER TIL MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE MED BEHOV FOR LANGVARIGE OG KOORDINERTE TJENESTER                    | <b>16</b> |
| <b>6.2.4</b> | TJENESTER TIL MENNESKER MED BEHOV FOR MEDISINSK BEHANDLING, PLEIE OG OMSORG  | <b>16</b> |
| <b>6.2.5</b> | OMSORGSTJENESTER FOR ELDRE   | <b>18</b> |
| <b>6.2.6</b> | DEMENSOMSORG   | <b>18</b> |
| <b>6.2.7</b> | MENNESKER MED BEHOV FOR REHABILITERING OG HABILITERING   | <b>19</b> |
| <b>6.2.8</b> | PSYKISK HELSE OG RUS   | <b>20</b> |
| <b>6.2.9</b> | LEGETJENESTER  | <b>20</b> |
| <b>6.3</b>   | AKTIV BRUKERROLLE  | <b>22</b> |
| <b>6.3.1</b> | BRUKERMEDVIRKNING OG BRUKERINNFLYTELSE   | <b>22</b> |
| <b>6.3.2</b> | PÅRØRENDE SOM RESSURS  | <b>22</b> |
| <b>6.3.3</b> | PARTNERSKAP MED FRIVILLIGE OG PRIVATE AKTØRER  | <b>22</b> |
| <b>6.3.4</b> | FRIVILLIG ARBEID   | <b>23</b> |
| <b>6.3.5</b> | FRIVILLIGE ORGANISASJONER  | <b>23</b> |
| <b>6.3.6</b> | PRIVATE AKTØRER  | <b>23</b> |
| <b>6.4</b>   | KVALITET OG KUNNSKAP   | <b>24</b> |
| <b>6.4.1</b> | NYE OPPGAVER – NY KUNNSKAP   | <b>24</b> |
| <b>6.4.2</b> | FORSKNING, OPPLÆRING OG UTVIKLING  | <b>24</b> |
| <b>6.4.3</b> | VELFERDSTEKNOLOGI  | <b>25</b> |
| <b>6.4.4</b> | SYSTEM FOR RESSURSSTYRING  | <b>26</b> |
| <b>6.5</b>   | PERSONELL  | <b>27</b> |
| <b>7</b>     | <b>HVORDAN MØTE UTFORDRINGENE</b>  | <b>28</b> |
| <b>7.1</b>   | HELSE OG OMSORGSTJENESTENS VISJON  | <b>28</b> |
| <b>7.2</b>   | ENDRET TJENESTEPROFIL – EN INNOVATIV LØSNING   | <b>28</b> |
| <b>8</b>     | <b>STRATEGIENE</b>   | <b>29</b> |
| <b>8.1</b>   | STYRKE, VIDEREUTVIKLE OG SAMLE DE FOREBYGGENDE HELSETJENESTENE MED SPESIELL OPPMERKSOMHET PÅ HELHET OG TILGJENGELIGHET | <b>29</b> |
| <b>8.2</b>   | STYRKE, VIDEREUTVIKLE OG SAMLE HELSE OG OMSORGSTJENESTENE MED ET «MEDISINSK SENTER» SOM HOVEDBASE                      | <b>31</b> |
| <b>8.3</b>   | FREMME AKTIV BRUKERROLLE FRA TIDLIG ALDER  | <b>33</b> |
| <b>8.4</b>   | SIKRE FAGLIG KVALITET, KOMPETANSE OG INNOVASJON  | <b>34</b> |
| <b>8.5</b>   | SIKRE TILSTREKkelig PERSONELL MED NØDVENDIG KOMPETANSE   | <b>35</b> |
| <b>9</b>     | <b>REFERANSER</b>  | <b>36</b> |

## 1 Forord

Asker kommune ønsker en politikk og samfunnsutvikling som styrker innbyggernes og lokalsamfunnets mulighet til å ta ansvar for helse, trivsel og mestring. Helse skapes ikke primært i helse og omsorgssektoren, men på mange arenaer og livsområder som på ulik måte har betydning for folks helse. Gjennom en aktiv folkehelsepolitikk og en trygg og moderne helse – og omsorgstjeneste legges grunnlaget for en friskere befolkning. Samhandlingsreformen viser retning for dette arbeidet.

Utviklingen av helse og omsorgstjenesten påvirkes bla av; innbyggernes behov, etterspørsel etter tjenester, lover og forskrifter, nasjonale retningslinjer og mål, kommunale mål, økonomiske rammer, behov for personell samt arbeids og boligmarkedet.

For alle helse, omsorgs – og velferdstjenester skal samhandlingsreformens mål etterleves. Nytt lovverk, stortingsmeldinger og nasjonale planer påpeker at det skal legges til rette for å styrke kommunale tjenester kombinert med en tilgjengelig, desentralisert og understøttende spesialisthelsetjeneste. Nasjonal Helse og omsorgsplan 2011 - 2015 legger den politiske kursen for helse og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet i årene som kommer. Dette gir føringer for arbeidet som nå skjer i Asker kommune med å innføre samhandlingsreformen, for utvikling av kommunens folkehelsestrategi, for utarbeidelse av helse og omsorgsplanen og utvikling av helse og omsorgstjenestene.

«Helse og omsorg – strategi 2020» er et helhetlig, overordnet styringsdokument har som formål å klargjøre og konkretisere de utfordringer kommunen står ovenfor. Videre tydeliggjøres nødvendige strategiske grep for å møte disse. Planen skisser et paradigmeskifte hvor ressursinnsats i helse og omsorgstjenesten snus fra reparasjon og behandling til forebyggende arbeid og tidlig innsats.

Planen fastlegger mål, strategier og prioriteringer i utvikling av tjenester innen disse strategiske satsningsområdene:

- Forebyggende helsetjenester
- Helse og omsorgstjenester, herunder tjenester av sosialfaglig karakter
- Aktiv brukerrolle
- Kvalitet og kunnskap, herunder IKT og Velferdsteknologi
- Arbeidskraft og kompetansebehov

Asker 30. januar 2013

Aud Hansen  
Kommunaldirektør

## 2 Innledning

Samfunnsutviklingen utfordrer oss på å sikre en bærekraftig helse og omsorgstjeneste, at alle skal få flest mulig gode leveår og at de sosiale helseforskjellene i befolkningen reduseres. Det er en bred helsepolitisk enighet om at befolkningen skal gis et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av bosted, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn og økonomisk evne.

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 ledes 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.

Dette 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

Nasjonal Helse og omsorgsplan 2011 - 2015 legger kursen for helse og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet i årene som kommer. NOU 2011:11 – «Innovasjon i omsorg» gir gode strategiske føringer på innhold og utforming av framtidens helse og omsorgstjenester.

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.

Denne planen omhandler det helhetlige helse og omsorgstilbudet, til samtlige av kommunens innbyggere, uavhengig av alder, hjelpebehov, diagnose eller bosted. Dette gjelder også tjenester av sosialfaglig karakter som omfattes av lov om helse og omsorgstjenester i kommunen.

## 2.1 Planens forankring i kommunens styringssystem

Kommuneplanleggingen er hovedarena for politisk forankring, prioritering og samordning i kommunene. Den omfatter utviklingen i kommunen som helhet og i de ulike sektorer og tjenesteområder. De kommunale helse- og omsorgsoppgavene skal forankres i kommunens overordnede plan og styringssystem. «Helse og omsorg – strategi 2020» skal vise retning og sees i sammenheng med planstrategien, kommuneplanens samfunnsdel og kommunens folkehelsestrategi. Flere temaplaner innen tjenesteområdet skal rulleres evt. utarbeides. Temaplanene er en konkretisering av mål og tiltak i helse og omsorgsplanen og på denne måten ivaretar plansystemet en god forankring og sammenheng mellom delene.

Handlingsprogrammet inneholder budsjett for kommende år og økonomiske rammer for kommende fireårsperiode. Økonomiske konsekvenser knyttet til mål og tiltak i temaplanene må innarbeides i handlingsprogrammet for oppfølging. Oppfølging av temaplaner sikres gjennom den enkelte virksomhets virksomhetsplan.

## 3 Sammendrag

Veksten og etterspørselen etter kommunale helse og omsorgstjenester vil øke betydelig de nærmeste årene. Utfordringer knyttet til bla endring i befolkningssammensetning, aldring, nye brukergrupper og knapphet på omsorgsytere er omfattende. Kommunen har fått et tydeligere ansvar for at innbyggerne skal leve sunne og helsefremmende liv samtidig som ressursinnsats gradvis skal dreies mot forebygging og tidlig innsats framfor bare å reparere. Fremtidens brukere ønsker å være mer aktive og ta større ansvar for egen helse. Dette forutsetter tydelige forventningsavklaringer og endrede roller. En bærekraftig tjeneste forutsetter god ledelse, tilstrekkelig kvalifisert personell og hensiktsmessig organisering.

Asker kommune planlegger nå for å møte den fremtidige veksten i helse og omsorgstjenestene i årene som kommer. «Helse og omsorg – strategi 2020» er et helhetlig, overordnet styringsdokument med formål om å klargjøre og konkretisere de utfordringer kommunen står ovenfor. Videre tydeliggjøres nødvendige strategiske grep for å møte disse. Planen bygger på Nasjonal helse og omsorgsplan og skisserer et paradigmeskifte hvor ressursinnsats i helse og omsorgstjenesten skal snus fra reparasjon og behandling til forebyggende arbeid og tidlig innsats. Dette er utgangspunktet for de fem strategiske satsningsområder som legges til grunn for det videre arbeidet. Disse er:

1. Styrke, videreutvikle og samle de forebyggende helsetjenestene med spesiell oppmerksomhet på helhet og tilgjengelighet
2. Styrke, videreutvikle og samle helse og omsorgstjenestene med et «Medisinsk senter» som hovedbase
3. Fremme aktiv brukerrolle fra tidlig alder
4. Sikre kvalitet, kompetanse og innovasjon
5. Sikre tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse

For hvert av strategiområdene er det utviklet tilhørende strategier.

## 4 Befolkningsutvikling

Asker kommune er Norges 11. største kommune, og har hatt en relativt kraftig befolkningsvekst de siste 20 årene. Befolkningen er i dag på ca. 56 500 innbyggere. Asker har tradisjonelt hatt en ung befolkning, bestående av mange barnefamilier. Dette har ikke endret seg i de seneste årene. Gjennomsnittsalder er 38,0 år. Antall barnefødsler i Asker kommune har de siste årene ligget stabilt på ca. 600 barn pr. år. Forekomsten av barn med medfødt nedsatt funksjonsevne ligger på ca. 1 til 1,5 % av antall fødte barn per år. For Askers del vil det si at i gjennomsnitt fødes 5 til 6 barn per år med nedsatt funksjonsevne. Legger vi til andelen barn hvor funksjonsnedsettelsen oppdages eller inntreer senere i livet stiger andelen barn med i gjennomsnitt 2 til 3 barn per år. En økning i antall innbyggere i Asker i årene fremover vil øke sannsynligheten for at antall barnefødsler stiger og forekomsten av antall fødte barn per år med nedsatt funksjonsevne vil dermed også stige. Denne kunnskapen er viktig å legge til grunn når det skal planlegges, tilrettelegges og etableres tjenester til disse barna gjennom et helt livsløp.

Trekk ved alderssammensetningen i framskrivninger viser at det er ganske stor stabilitet i aldersgruppen 0 år til ca. 50 år, mens det vil komme en kraftig vekst i andelen eldre. Dette er en del av en generell nasjonal trend og kommer av store barnekull etter andre verdenskrig. Disse personene er i dag mellom 60 og 68 år og vil i 2020 være mellom 68 og 76 år. Rundt 2030 vil denne gruppen være 80 år og eldre.

Asker vil gradvis få en høy andel eldre i kommunens befolknings sammensetning. Dette er i seg selv ingen utfordring. Sett i sammenheng med andre forhold i kommunen slik som Eldres forbruk av spesialisthelsetjenester og kommunens utgifter og ressursinnsats innen pleie og omsorg, har Asker kommune utfordringer knyttet til befolkningsutviklingen frem mot 2030.

## 5 Fremtidens helse – og omsorgstjenester, trender og utviklingstrekk

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 bla beskrevet i Stortingsmelding 25; "Mestring, mulighet og mening".

Stortingsmelding 47; "Rett behandling - på rett sted" – til rett tid", beskriver framtid utfordringene både i et brukerperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv og peker særskilt på 3 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.

Helse og omsorgstjenesten i Norge en gitt ny retning. Gjennom Nasjonal helse og omsorgsplan 2011 – 2015 beskrives den politiske 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.
- Helsepersonelloven 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

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

- 1 Ny kommunerolle
- 2 Aktiv brukerrolle
- 3 Forebygging og tidlig innsats
- 4 Helhetlige og sammenhengende helse og omsorgstjenester

Dette beskrives i det følgende.

## 5.1 Ny kommunerolle

Den bærende ideen bak velferdssamfunnet er å tilrettelegge for et godt liv for den enkelte innbygger. Samhandlingsreformen er en velferds – og forvaltningsreform som utfordrer kommunens rolle. Kommunene er tillagt et tydelig ansvar for at innbyggerne skal kunne leve sunne og helsefremmende liv. Forebygging og behandling i kommunen skal lede til mindre sykdom og kostnadskrevende behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det legges vekt på at ressursinnsatsen skal dreies mot forebygging og tidlig intervensjon framfor bare å reparere. Med flere eldre innbyggere og flere innbyggere med kroniske sykdommer vil det også i økende grad være behov for å iverksette forebyggende tiltak for de som risikerer å bli syke eller de som allerede har utviklet sykdom for å forebygge ytterligere forverring. Vi kan forhindre at sykdom oppstår og utvikler seg gjennom å utvikle gode strategier for helsefremmende og forebyggende tiltak i hele tjenestekjeden. Kostnadskrevende innleggelse på sykehus kan forebygges og på den måten bidra til at ressurser utnyttes bedre. Nye fastlegeforskrift tydeliggjør kommunens ansvar for å sikre at nødvendige allmennlegetjenester også understøtter helhetlige tjenester til brukerne.

Framtidens utfordringer kan ikke bare løses av helse og omsorgstjenesten ved å øke antall fagpersonell, bygge flere institusjoner eller etablere flere og nye formelle hjelpeordninger. Med grunnlag i et offentlig ansvar skal alle samfunnssektorer bidra til å videreutvikle fellesskapsløsninger som er tilpasset nye behov og tilgjengelige ressurser. Samtidig må det gjøres vesentlige strategiske grep for å møte utfordringene slik de er skissert gjennom nasjonale styringsdokument.

## 5.2 Aktiv brukerrolle

De fleste mennesker ønsker å klare seg selv og ta ansvar for egen livssituasjon. Tradisjonelt har brukerne hatt liten innflytelse over tjenestene de mottar. Forholdet mellom de som yter helse og omsorgstjenester og brukerne av dem er i sterk endring. Brukere ønsker å være mer aktive og ta større ansvar for egen helse. Dette fordrer et samspill mellom helsepersonell og brukere som sørger for at forholdene legges best mulig til rette for egenomsorg.

De nye seniorgenerasjonene har bedre helse, bedre utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og mer erfaring med bruk av teknologiske verktøy. Dette mulighetsrommet må brukes til å ta nye innovative grep.

Behovet og potensialet for å ta nye innovative grep og finne nye løsninger for å møte fremtidens omsorgsutfordringer er stor. Tjenestens samhandling rettet mot familie og lokalsamfunn må vies økt oppmerksomhet og rommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn må utfordres på nye måter.

### 5.3 Forebygging og tidlig innsats som virkemiddel

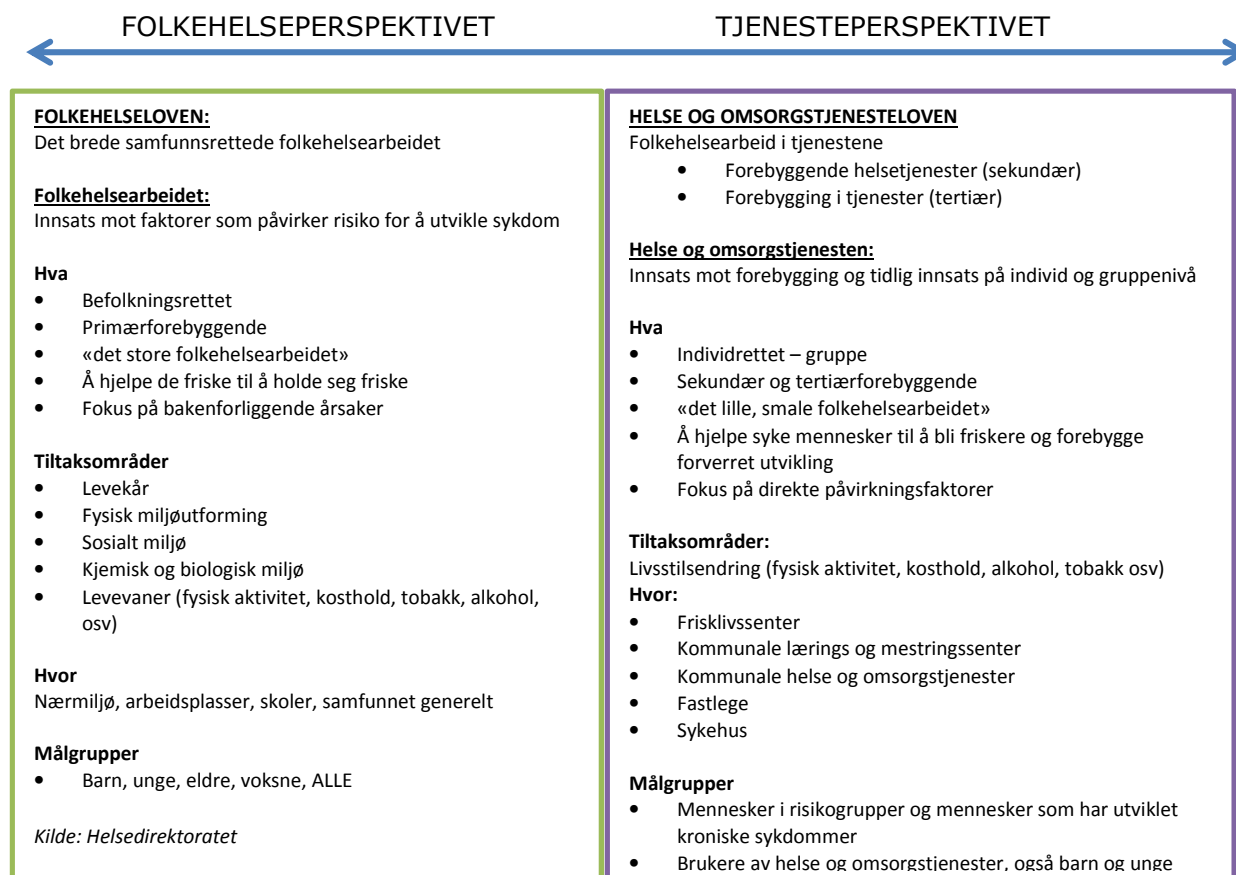
En samfunnsutvikling som styrker innbyggernes og lokalsamfunnets mulighet til å ta ansvar for helse, trivsel og mestring har på kort og lang sikt stor betydning for folks helse. Forebygging og tidlig innsats er i dag et viktig prinsipp for all tjenesteutvikling, uavhengig av alder eller målgruppe. Gjennom en aktiv folkehelsepolitikk og en trygg og moderne helse og omsorgstjeneste kan vi legge grunnlaget for en friskere befolkning. Det betyr at helse skapes på mange arenaer og livsområder, ikke primært i helse og omsorgssektoren.

Som det går frem av figuren under regulerer folkehelseloven det brede samfunnsrettede folkehelsearbeidet som retter seg mot hele befolkningen og som er primærforebyggende. Ved å ha fokus på bakenforliggende årsaker til sykdomsutvikling skal arbeidet i utgangspunktet hjelpe friske mennesker til å holde seg friske og forhindre at sykdom oppstår. Dette arbeidet må sees i et langsiktig perspektiv.

Helse og omsorgstjenesteloven regulerer arbeidet med forebyggende helsetjenester (sekundærforebygging) og forebygging i tjenestene (tertiærforebygging). Dette arbeidet må sees i et kortere perspektiv da oppmerksomhet og ressursinnsats rettes mot grupper av befolkningen som risikerer å utvikle sykdom og de som allerede har utviklet sykdom. En slik tilnærming kan forhindre ytterligere sykdomsutvikling og utsette behovet for omfattende helse og omsorgstjenester. Forebyggings – og rehabiliteringsideologien må gjennomsyre alle tjenester innen tjenesteområdet. Helse og omsorgsplanen har derfor to innfallsvinkler:

- Forebyggende helsetjenester
- Forebygging i tjenestene

#### PERSPEKTIVER I SAMHANDLINGSREFORMEN



## 5.4 Den helhetlige og sammenhengende helse og omsorgstjenesten

Den kommunale helse og omsorgstjenesten skal videreutvikles slik at brukerne gis gode muligheter for økt livskvalitet og mestring og i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Uavhengig av alder, medisinsk diagnose, hjelpebehov eller bosted skal den enkelte bruker tilbys et trygt, helhetlig, koordinert og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet. Først da kan vi nå målet om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Følgende prinsipper for fremtidens helse og omsorgstjenester må ligge til grunn for utformingen av tjenestene:

- En tjeneste som tar utgangspunkt i helsefremmende og forebyggende arbeid vil i hovedsak dreie oppmerksomhet fra å kompensere og gi passiv hjelp til å støtte bruker til å leve et mest mulig selvstendig liv. En tilnærming hvor de individuelle behov ligger til grunn for tjenestetildelingen sikrer at brukere med alvorlig sykdom og funksjonstap får nødvendig kompenserende helse og omsorgstjenester (skreddersøm).
- Likebehandling er en sentral verdi og terskelen for å få hjelp og nivået på den hjelpen man får er uavhengig av hvor i kommunen man bor.
- En helhetlig og sammenhengende tjeneste forutsetter at de ulike deltjenestene er satt sammen og koordinert slik at de møter brukerens behov på en hensiktsmessig (sømløs)måte. Dette betyr at:
  - Den enkelte brukers møte med tjenestene må oppleves enkelt og overkommelig
  - Riktig tildeling av helse og omsorgstjenester og tjenester av sosialfaglig karakter (riktige tjenester på rett nivå) er sentralt for å sikre optimal styring og koordinering av samtlige bruker/samhandlingsforløp innen tjenesteområdet og må samles et sted (en dør inn).
- Gode bruker – og samhandlingsforløp skal sikre at de individuelt tilpassede tjenestene framstår som helhetlig og koordinerte, er faglig forsvarlige og med god kvalitet.
- Organisering av ansvar og tjenesteområder må være hensiktsmessig i forhold til ressurstilgang og brukerbehov.

## 6 Tjenesteutfordringene

Den kommunale helse og omsorgstjenesten er i løpet av de siste 20 årene endret fra i hovedsak å være opptatt av eldreomsorg og sykehjemdrift til i dag å omfatte nødvendig helsehjelp, forebyggende tjenester og tjenester som skal bedre livskvaliteten for kronisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende. Oppmerksomhet rettes i større grad enn tidligere mot personer som har risiko for å utvikle sykdom for å forhindre at de blir syke. Videre skjer en gradvis oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, slik som gjennom HVPU reformen og Samhandlingsreformen. Opptrappingsplanen innen psykisk helse og den forestående innføring av samhandlingsreformens fase 2, knyttet til psykisk helse og rus bidrar til ytterligere oppgaveoverføring. Dette fører til betydelige organisatoriske, kapasitets- og kompetansemessige utfordringer. «Helse og omsorg - strategi 2020» fokuserer på 5 strategiske innsatsområder: forebyggende tjenester, helse og omsorgstjenester, aktiv brukerrolle, kvalitet og kompetanse samt personell. Utfordringer knyttet til disse områdene beskrives i det følgende.

### 6.1 Forebyggende tjenester

Generelt sett har Asker kommunes befolkning en god helse. Askerbøringene lever lenger, har høyere utdanning, høyere inntekt, lavere arbeidsledighet og det er færre uføretrygdete enn i landet for øvrig. Helsetilstanden er generelt god og utbredelsen av livsstilssykdommer som hjerte – og karsykdommer, KOLS og astma og Diabetes type 2 er lav.

Selv om Asker kommer godt ut i nasjonale sammenligninger er det mange innbyggere som sliter både i forhold til å etablere gode levevaner og gode levekår. I dette kapitlet beskrives dagens utfordringsbilde knyttet til grupper av brukere som risikerer å utvikle sykdom og funksjonstap. Tiltak til disse brukergruppene er forebyggende helsetjenester (se figur s.7) og må sees i sammenheng med tiltak til grupper som allerede har utviklet sykdom.

Fleire temaplaner knyttet til utfordringer av sosialfaglig art er utarbeidet og vedtatt av kommunestyret. Planene beskriver de utfordringene Asker kommune står i og gjentas ikke her. Behov for øvrige temaplaner må sees i sammenheng med den øvrige helse og omsorgstjenesten, slik som psykisk helse og rus. Beskrivelsene under gir derfor kun en kort oversikt over utfordringene.

#### 6.1.1 Helseutfordringer relatert til levevaner /livsstil.

Levevanene påvirkes av det sosiale miljøet og henger derfor sammen med levekår, sosioøkonomisk status, normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag. Risikofaktorer som tobakk, alkohol, kosthold og fysisk inaktivitet påvirker helsen. Det er godt dokumentert at det er sammenheng mellom disse risikofaktorene, kronisk sykdom og for tidlig død.

Tjenestene utfordres ved å etablere tilbud (sekundærforebyggende) til personer som har økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til uheldige levevaner.

##### 6.1.1.1 Rusmiddelbruk

Kommunestyret i Asker har vedtatt Ruspolitisk handlingsplan 2012 – 2015 (utvalgssak 15/12). Her går det fram at situasjonen i Asker i hovedsak er lik landet for øvrig. Alkoholforbruket er generelt sett økende. Når det gjelder narkotika kan det se ut som at ungdom flest holder seg unna illegale rusmidler. Politiet i Asker og Bærum var i 2011 bekymret for økt bruk av cannabis blant unge helt ned i 12 års alder. Det er kjent at det er et høyt forbruk av kokain/amfetamin i miljøer med god økonomi.

##### 6.1.1.2 Psykisk helse

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. En relativt stor del av befolkningen har psykiske utfordringer av forskjellig art. Mange opplever stress. Stress er ikke noen sykdom men en risikofaktor for fremtidig sykdom. Lidelser knyttet til

angst, depresjon og rus er de tre vanligste gruppene av psykiske lidelser i Norge. Symptomer på psykiske lidelser og begynnende rusproblemer viser seg ofte i ung alder, for mange allerede i barneårene. Ensomhet er også et økende folkehelseproblem.

#### **6.1.1.3 Fedme og overvekt**

Fedme og overvekt er et økende livsstilproblem, også i Asker. Den psykiske belastningen ved overvekt/ fedme er betydelig og ensomhet og psykiske problem kommer ofte i kjølvannet. Mange innvandrere (spesielt fra det indiske subkontinent) er predisponerte for utvikling av diabetes mellitus, type 2 ved endring til vestlig kosthold. Kostholdsveiledning er et forebyggende innsatsområde som i fremtiden bør prioriteres.

#### **6.1.1.4 Kroniske sykdommer**

Forekomsten av kroniske sykdommer som KOLS, diabetes, type 2, kreft og demens øker med økende alder. Helse og omsorgstjenestene utfordres av befolkningens gradvis høyere alder og økte sykkelighet. I kapittel 5.2.3 beskrives nærmere utfordringer knyttet til tjenesteutvikling rettet mot brukere som allerede har utviklet en kronisk sykdom for å forhindre forverring.

### **6.1.2 Helseutfordringer knyttet til sosiale ulikhet i helse og levekår**

Sosiale forskjeller i helse er en helsepolitisk utfordring, både på nasjonalt og lokalt nivå. Det er betydelige helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper, også i Asker. God helsetilstand øker med høyere utdanning og inntekt. Tilsvarende gir lavere utdanning og inntekt dårligere helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapte. Det er mange årsaker til forskjellene, fra bakenforliggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og helsetjenester. Tjenestene utfordres ved å etablere tilbud (sekundær - forebyggende) til personer som har økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til sosiale ulikheter i helse og levekår.

#### **6.1.2.1 Ungdom som faller ut av videregående skole**

Bortvalg av videregående opplæring er en samfunnsmessig og utdanningspolitisk utfordring i Norge. Skolefravall er en klar indikasjon på fremtidig sårbarhet for en vellykket inngang i arbeidsmarkedet. Arbeid er i seg selv viktig for helse og er et gode både for den enkelte og for fellesskapet. Selv om Akershus og Asker har lavere fravall enn landet for øvrig så vet vi at mange av de som faller fra oppgir ikke-skolerelaterte årsaker til frafallet. Forskning viste at hver fjerde/femte elev som sluttet i løpet av skoleåret, hadde en psykisk sykdom eller at det var psykososiale problemer som lå bak.

#### **6.1.2.2 Arbeid/aktivitet**

Arbeid er i seg selv viktig for helse og er et gode både for den enkelte og for fellesskapet. Antall unge uføre har steget de siste årene. Dette betyr at et økende antall personer med funksjonsnedsettelse ikke kommer inn i arbeidslivet. Dette medfører store menneskelige og samfunnsøkonomiske kostnader.

Arbeid og aktivitetstilbud til mennesker med funksjonshemming eller til mennesker som har behov for tilrettelagte tilbud er viktig å forhindre passivitet og ytterligere funksjonstap. Flere av Askers unge voksne med redusert funksjonsevne står uten relevant arbeid. Det er behov for å utvide og styrke arbeids- og aktivitetstilbudet for denne gruppen.

#### **6.1.2.3 Bostedsløshet blant unge voksne**

En trygg bosituasjon er et sentralt velferdsgode, en forutsetning for gode liv og en forutsetning for at helsetilbudet skal ha ønsket virkning. Kommunen er ansvarlig for gjennomføring av en helhetlig, lokalt tilpasset boligpolitikk og skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Bostedsløshet gir over tid alvorlige konsekvenser og bidrar til sosiale helseforskjeller i Asker. Uten basis i en trygg bolig er det heller ikke mulig å sette inn hjelpetiltak overfor sårbare grupper.

Gjennom BOSO programmet legges de strategiske føringene for Askers boligpolitikk.

Kommunestyret har vedtatt Boligsosial handlingsplan 2010 – 2013 (utvalgssak 17/10). Rullering av planen skjer i 2013 i henhold til kommunens planstrategi.

#### **6.1.2.4 Fattigdom**

Kommunestyret har vedtatt Handlingsplan for bekjempelse av fattigdom, 2013 - 2016. Fattigdomsplanen for Asker beskriver to typer fattigdom som utløser levekårsproblemer; inntektsfattigdom og levekårsfattigdom. En særskilt risikogruppe er familier med mange barn og med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn. Flyktninggruppen utgjør mellom 25 og 30 % av gruppen som mottar økonomisk sosialhjelp i Asker. Planen legges til grunn i arbeidet for å forebygge og gi adekvate tilbud til barnefamilier som er i en vanskelig økonomisk situasjon.

#### **6.1.2.5 Flyktninger og innvandrere**

Migrasjonsfeltet er et nytt, voksende område som utfordrer helse og omsorgstjenestene. Flyktninger har ofte omfattende helseutfordringer som krever innsats fra flere sektorer og forvaltningsnivå. Psykiske helse, traumer, ubehandlede fysiske skavanker, dårlig tannhelse og arbeidsmarkedsutfordringer er eksempler på dette. Kommunens bosettingsmål er også utfordrende i et stramt boligmarked.

Mange innvandrere faller utenfor den ordinære flyktning/asyltjenesten, bla familiegjenforente, hente-ektefeller og arbeidsinnvandrere. Mangel på tilrettelagt informasjon og kommunikasjon er ofte en årsak til at denne gruppen ikke får samme tilgang til helse og omsorgstjenester som den øvrige befolkningen.

Tjenester til flyktninger og innvandrere er i dag spredt på flere tjenesteområder og stimuleres av mange forskjellige tilskuddsordninger. I handlingsplan for bekjempelse av fattigdom er behovet for å inkludere flyktninger og innvandrere i samfunnslivet, skole og arbeid påpekt. Utfordringer knyttet til samordning av tiltak og tjenester er også beskrevet.

#### **6.1.2.6 Vold og alvorlige former for seksuelle overgrep**

Handlingsplan for bekjempelse av vold i nære relasjoner er vedtatt av kommunestyret. Tilbud om oppfølging av voldsutsatte voksne og eldre er mangelfullt i Asker, likeledes behandlingstilbud og andre tiltak. Tiltak er spredt på mange instanser, og det er noe tilfeldig om eller hvor den voldsutsatte får hjelp. Handlingsplanen legges til grunn i arbeidet for å forebygge, avdekke og gi adekvate tilbud til voldsutsatte barn og voksne i Asker.

## 6.2 Helse og omsorgstjenestene

Dagens helse og omsorgstjenester skal videreutvikles slik at de gir brukere gode muligheter for livskvalitet og mestring og slik at de i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Kommunen skal se helse og omsorgssektoren i sammenheng med de øvrige samfunnsområdene der kommunen har ansvar og oppgaver, slik som oppvekst, kultur og fritid osv. I en endret tjenesteprofil hvor tidlig innsats og forebygging vektlegges blir disse sammenhengene enda viktigere. I det følgende beskrives utfordringer knyttet til helse og omsorgstjenestene.

### 6.2.1 Forebyggende tjenester til barn og unge

De fleste tjenester til barn og unge er i dag organisert i oppvekstsektoren. Flere av tjenestene er hjemlet i helse og omsorgsloven og omtales derfor i denne planen. Barn og unge er den viktigste målgruppen i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Arbeidet rettet mot barn og unge handler om å

- Påvirke de grunnleggende årsakene til at sykdom og dårlig helse utvikles
- Sikre rammer for et trygt, godt og sunt liv for alle barn og unge.

Barn og unges helse er foreldrenes ansvar. Samtidig vet vi at barn og unge påvirkes av venner, sosiale medier, fritidsaktiviteter, skole og barnehage. Kommunen har en sentral rolle både i å påvirke barnas oppvekstvilkår og skape sunne rammer for det. Det må derfor være et viktig mål å bidra til at alle barn får et solid grunnlag for å lykkes i sine liv. Det er et nasjonalt mål at tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste økes ved at kapasitet bygges opp. Ved å trappe opp skolehelsetjenesten i planperioden 2012 – 2015 har Asker kommune en god strategi for å innfri dette målet. Dette gir økt mulighet for tidlig innsats. De følgende beskrivelsene viser en oversikt over tjenestens hovedutfordringer og satsningsområder.

#### 6.2.1.1 Helse i svangerskapet

Svangerskapsomsorgen avdekker svangerskapsdepresjoner og andre psykiske og sosiale risikofaktorer slik som rusproblematikk. Ca. en tredjedel av alle gravide går til kommunal svangerskapsoppfølging, mens 2/3 går til oppfølging hos fastlege.

#### 6.2.1.2 Kosthold og overvekt

I handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen er det et mål om å øke andelen spedbarn som ammes. Mange mødre trenger rask støtte og veiledning etter utskrivning fra barselavdeling.

Overvekt hos barn og unge er et økende problem. Dette gjelder både for gutter og jenter. I følge nyere undersøkelser er også undervekt etter hvert blitt et like stort problem blant barn og ung, spesielt i Oslo og Akershus.

#### 6.2.1.3 Psykisk helse

Det er en relativt stor del barn og unge som har psykiske plager. Forskning viser at 15 – 20 % av alle barn og unge vil ha en eller annen form for psykiske vansker. 5 – 8 % av disse vil ha en behandlingstrengende lidelse. De vanligste lidelsene er angst, depresjon, spiseforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser og hyperkinetsik lidelse (som for eksempel ADHD). Sannsynligheten for å utvikle symptomer på psykiske plager øker hvis barna vokser opp i familier med høyt konfliktnivå eller med psykososiale problem.

#### 6.2.1.4 Seksuell helse

I arbeidet med seksuell helse er det et sentralt mål å arbeide for forebygging av uønskede svangerskap. Videre er det et mål at rådgiving og veiledning, prevensjon, testing og behandling av seksuelt overførbare sykdommer skal være tilgjengelig. I tillegg er det utarbeidet en egen handlingsplan for forebygging av kjønnslemlestelse.



## **6.2.2 Tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne**

Tidlig bistand og innsats fra helse og omsorgstjenesten til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier har stor og avgjørende betydning for å bidra til at barnet i et lengre perspektiv sikres den best mulige utviklingen. En grunnleggende forutsetning er at barn og ungdom i størst mulig grad skal kunne bo hjemme og få det nødvendige tilbudet i sitt vante miljø. Kommunens innsats tilrettelegges i dag på flere plan og på flere arenaer. Fastlege, helsestasjon, barnehage og skole er sammen med avlastningstjenester de viktigste støttespillerne for barnet og familien gjennom barneår og tidlig ungdom.

Fokus på foreldreperspektivet er ekstra viktig når det gjelder barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Et overordnet prinsipp i tjenesteytingen er at det skal være et godt samspill med foreldrene. Et utstrakt samarbeid må legges til grunn slik at foreldrenes ressurser i form av å være en trygghetsskapende og motiverende faktor for sine barn blir gitt best mulige vilkår.

De aller fleste barn og unge med nedsatt funksjonsevne vil ha behov for habiliteringsbistand gjennom hele livet. Tjenestebehovet varierer og vil endre seg med barnas alder og utvikling. Målet er at den enkelte bruker og familie skal oppleve sammenheng, helhet, kontinuitet, god koordinering og langsiktighet i planlegging og utredning og i gjennomføring av tiltak.

En stadig lengre skoledag vil medføre at barn og unge vil motta helsetjenester i skoletiden. Noe som stiller krav til tjenesten om samarbeid og fleksibilitet. Skal den enkelte bruker oppleve helhet og god koordinering, forutsettes det en sammenheng mellom innholdet i den individuelle planen (IP) og den individuelle opplæringsplanen (IOP).

Tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i tjenesten er en forutsetning for at barn og unge kan bo hjemme så lenge som mulig. Tilstrekkelig kvalifisert personell og riktig utforming av tjenestene er den viktigste innsatsfaktoren i forhold til å sikre god kvalitet på arbeidet rundt den enkelte bruker. På den måten kan man forhindre at barna flyttes for tidlig inn i omsorgsbolig med døgnbemanning.

## **6.2.3 Tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne med behov for langvarige og koordinerte tjenester**

Kommunestyret behandlet i september 2011 «Rapport om tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne» (sak 83/11). Rapporten angir retning for utviklingen av tjenester til målgruppen de neste 15-20 årene og inngår som en temaplan til denne planen. En fremtidig tjenesteprofil må basere seg på å bygge videre på den erfaring som kommunen sitter på i dag med nødvendige justeringer i forhold til ny kunnskap og nye virkemidler. Sett i lys av samhandlingsreformen og kommunens egen satsning på tidlig innsats, helhet og koordinering av tjenestene har kommunen kommet langt i å utvikle en tjenesteprofil med fokus på forebygging og tidlig innsats.

## **6.2.4 Tjenester til mennesker med behov for medisinsk behandling, pleie og omsorg**

Oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten medfører behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av helse og omsorgstjenestens brukere. I dag ser vi at mennesker med behov for medisinsk behandling, overvåking og pleie i økende grad overføres til kommunen. Brukergrupper er alt fra nyfødte barn med omfattende skader som har behov for døgnkontinuerlig tilsyn til mennesker med kroniske sykdommer og sammensatte lidelser, mennesker med demenssykdom og psykiske problem og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud.



#### 6.2.4.1 Kroniske sykdommer

En kronisk sykdom karakteriseres ved at det er en vedvarende tilstand som gjør at man ikke blir frisk. Det er behov for langvarig medisinsk behandling, rehabilitering og omsorg. Kroniske sykdommer omfatter diabetes, kreft, hjerte-karlidelser, muskel/ skjelett - sykdommer, astma og allergi, KOLS og psykiske lidelser. Tjenester til disse bruker - gruppene omfatter foruten medisinsk behandling og pleie også tjenester som skal bedre livskvalitet og gjøre det mulig å leve et godt liv med en kronisk sykdom.

En langt større innsats mot de kronisk syke skal tilrettelegges i kommunen. Mange kronisk syke kan, når de er ferdig medisinsk utredet, fint hjelpes til å leve med sin sykdom i eget hjem og/eller i en kommunal korttids plass.

Tabellen under gir en skjematisk oversikt over antall innleggelser knyttet til utvalgte diagnoser under kategorien kroniske sykdommer. Tallene gir et bilde på en generell trend som bekrefter økningen i forekomst av livsstilssykdommer og forbruk av spesialist helsetjenester som et resultat av dette. Kroniske sykdommer er mest utbredt blant eldre. En økning i antall eldre vil derfor føre til at andelen innbyggere med kroniske sykdommer vil øke. Kostnader knyttet til kronikergruppen er høy, og utgjør en stor andel av de samlede utgiftene til helse og omsorgstjenestene. Antall sykehusinnleggelser blant den eldre befolkningen har økt de siste årene (se tabell 2). Dette er en indikasjon på tjenesteutfordringene.

| Tabell: 1. Antall innleggelser, gruppert       | 2010            |            | 2011            |            | 2012            |
|--|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|
|  | 2. tertial 2010 | 2010 total | 2. tertial 2011 | 2011 total | 2. tertial 2012 |
| Kreftsykdommer                                 | 556             | 935        | 600             | 955        | 549             |
| Sykdommer i hjerte og blodårer                 | 242             | 374        | 302             | 449        | 264             |
| Sykdommer i nervesystemet inkl hjerneslag      | 432             | 640        | 361             | 570        | 386             |
| Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassa    | 277             | 464        | 289             | 397        | 325             |
| Lungebetennelse og andre sykdommer i luftveier | 234             | 370        | 278             | 417        | 293             |
| Sykdommer i nyrer, urinveier, prostata         | 221             | 296        | 183             | 267        | 300             |
| Smerter i buk/bekken                           | 75              | 114        | 90              | 125        | 72              |
| Sykdommer i fordøyelsessystem                  | 231             | 231        | 274             | 412        | 253             |
| Sykdom i muskler og ledd                       | 199             | 329        | 168             | 273        | 253             |
| Diabetes                                       | 35              | 52         | 28              | 42         | 42              |
| Akutt skade hofte/lår                          | 7               | 13         | 16              | 24         | 15              |
| Innleggelser totalt                            | <b>5607</b>     | 8515       | <b>6201</b>     | 9483       | <b>6785</b>     |

Kilde: Helsedirektoratet

#### 6.2.4.2 Eldre med behov for medisinsk behandling og pleie

Den demografiske utviklingen utfordrer helsetjenestene fordi eldre mennesker naturlig nok har en høyere sykkelighet og et større pleie- og omsorgsbehov enn befolkningen for øvrig. Kommunen skal etablere tjenester som forebygger og forhindrer sykehusinnleggelser og som sikrer at de utskrivningsklare pasientene får et minst like godt tilbud etter at de er utskrevet fra sykehuset. Det er nødvendig å gi retning på hvordan kommunen skal kunne ta hånd om eldre mennesker som har behov for medisinsk behandling.

Ved en gjennomgang av sykehusinnleggelser i 2011 fant man at en høy andel av de pasienter som ble lagt inn i sykehus var over 65 år. Sett i forhold til alderssammensetningen er dette viktig. Tabellen under gir en oversikt over aldersfordeling ved sykehusinnleggelse. Den viser også økningen i totalt antall innleggelser pr år.

| Tabell 2<br>Aldersfordeling<br>ved innleggelse | 2010               |               | 2011                 |               | 2012               |
|--|--------------------|---------------|----------------------|---------------|--------------------|
|  | 2. tertial<br>2010 | 2010<br>total | 2. tertial<br>I 2011 | 2011<br>total | 2. tertial<br>2012 |
| Innleggelser totalt                            | 5607               | 8515          | 6201                 | 9483          | 6 785              |
| 0 – 17 år                                      | 423                | 635           | 250                  | 633           | 435                |
| 18-66 år                                       | 2778               | 4 244         | 3184                 | 4 982         | 3 540              |
| 67-79 år                                       | 1492               | 2 278         | 1665                 | 2 408         | 1 602              |
| 80-89 år                                       | 774                | 1 153         | 781                  | 1 244         | 1 055              |
| 90 år +  | 141                | 205           | 149                  | 216           | 153                |

Kilde: Helsedirektoratet

Det finnes ikke tilgjengelige tall for hele 2012, derfor gir tallene for 2. tertial det beste grunnlag for sammenligning.

Erfaringer med samhandlingsreformen så langt er at innleggelsestiden på sykehuset er blitt kortere og kommunens ansvar for den utskrivningsklare pasienten er blitt tydeligere. Inn og utskrivingspraksis kan tyde på at pasienten ikke alltid får riktig behandlingstilbud. Dette kan vi bla se ved at flere pasienter innlegges og utskrives samme dag eller dagen etter innleggelse. Videre er det slik at mange problemstillinger krever en kort innleggelse for diagnostiske avklaringer før det er medisinsk forsvarlig å overføre pasienten tilbake til kommunen. De fleste av pasientene som skrives ut fra sykehus overføres til hjemmesykepleien, til forsterket sengepost på Bråset, døgnerhabilitering eller palliativ enhet. Oppgaveglidningen som her skjer er en ønsket utvikling men stiller krav til både kapasitet, kompetanse og samhandling.

De kommunale tjenestene til kronikergruppen og de eldre medisinske pasientene utvikles nå i retning av at den spesialiserte sykepleie og rehabiliteringstjenestene i kommunen styrkes. Det er videre viktig for disse tjenestene å ha kvalifiserte legetjenester tilgjengelig. Med utgangspunkt i en ny kommunerolle og utvikling av en endret tjenesteprofil utfordres derfor kommunen på en styrket akuttberedskap, både i form av ambulante sykepleie – og rehabiliteringstjenester, forsterkede institusjonsplasser, ø-hjelp døgntilbud og andre avlastningstilbud.

### 6.2.5 Omsorgstjenester for eldre

«Omsorgstjenester for eldre 2015 – 2030», utvalgssak 71/12, ble vedtatt av Asker kommunestyret i august 2012. Planen angir retning for utviklingen av omsorgstjenester til eldre de neste 15-20 årene og inngår som en temaplan til denne planen. Planen skisserer en tjenesteprofil med økt satsning på forebyggende tjenester, hjemmebaserte tjenester, korttidsplasser, velferdsteknologi og boligbygging. De foreslåtte innsatsområdene og dimensjonering av heldøgnsomsorg forutsetter en dreining av tjenesteprofil slik det foreslås i dette dokumentet. Rehabiliteringsideologien blir i så henseende en sentral suksessfaktor.

### 6.2.6 Demensomsorg

Asker kommune har i flere år prioritert demensomsorgen og kan vise til en økning i både pårørendeskoler, dagaktivitetstilbud, opplæringstiltak og kartlegging, diagnostisering, utredning og oppfølging av personer med demens. Imidlertid mangler Asker kommune en plan for arbeidet framover. Hensikten med å utvikle en plan for demensomsorg å kartlegge og beskrive dagens satsing på demensomsorg i Asker kommune, analysere framtidige behov og utarbeide temaplan for 2013-2016 som blir den delplan av denne planen.

## 6.2.7 Mennesker med behov for rehabilitering og habilitering

Rehabiliterings- og habiliteringstjenestens (heretter rehabilitering) faglige tilnærming vil prege fremtidens utforming av helse og omsorgstjenestene. Selve arbeidsformen krever samarbeid og samhandling og rehabiliteringens grunnide er å bistå den enkelte bruker til å oppnå best mulig funksjonsnivå eller mestringsevne der det er mulig.

### 6.2.7.1 Rehabilitering til brukergrupper med kronisk sykdom og grupper som trenger opptrening

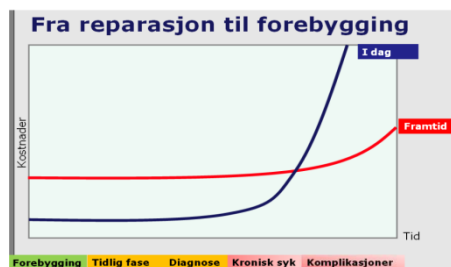
Som beskrevet i kapitlet over utfordres kommunen til å tilrettelegge for rehabilitering til av brukergrupper med kronisk sykdom som har vært under behandling i spesialisthelsetjenesten. Så lenge det er en økning i antall innbyggere som behandles på sykehuset for kroniske sykdommer og for ortopediske problemstillinger vil vi på mange områder se en tilsvarende vekst i antall innbyggere som har behov for gjenopptrening og rehabilitering. Gode og riktige rehabiliteringstilbud til brukere med kroniske sykdommer har stor effekt på forbruk av spesialisthelsetjenester på samme måte som det også kan redusere forbruket av andre sosiale ytelser. Også innen dette området vil det skje en oppgaveoverføring som krever spesialisering.

Lærings og mestringstilbud i kommunen er eksempel på tiltak som vil kunne sikre tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling. Disse har en bred tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt og kan sikre at brukere over tid kan tilegne seg verktøy til å håndtere hverdagen på en god måte.

Tiltak rettet mot å utvikle lærings og mestringsstrategier og bruk av telemedisinske løsninger kan også bidra til at brukere vil ha mindre behov for å ha kontakt med sykehuset. Vestre Viken Helseforetak har vedtatt «Områdeplan rehabilitering og habilitering» som var til høring i komité for helse og omsorg i september 2012 (utvalgssak 25/12). Planen skal i utgangspunktet definere ansvars- og funksjonsområder mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Kommunens «nye» rolle i et rehabiliteringsforløp, bla funksjonsfordeling og roller knyttet til Lærings- og mestringssentrene, skal gå fram av en slik plan. Den vedtatte områdeplanen er utydlig på disse funksjonsdelingene. Dette er utfordrende i dialogen med helseforetaket i utviklingen av de kommunale lærings- og mestringstjenestene.

### 6.2.7.2 Hverdagsrehabilitering

I helse og omsorgstjenesten skjer nå et paradigmeskifte hvor innsatsen går fra passiv hjelp og omsorg til en aktiv rehabiliterende innsats i brukers egen bolig eller nærmiljø. Målet er å gripe minst mulig inn i brukers liv og legge forhold til rette for egenmestring (minsteinngrepsprinsippet). Brukerne skal bli mest mulig selvhjulpne slik at de kan leve selvstendige liv. Rehabilitering er også her sentrale tiltak i arbeidet med å endre fokus fra reparasjon til forebygging. Målrettet rehabilitering er ut fra et slikt perspektiv en bedre løsning for brukeren enn det tradisjonelle tilbudet om pleie og omsorg. Hensikten er å utsette og forkorte brukers behov for ressurskrevende helse og omsorgstjenester. Figuren under illustrerer dette.



Kilde: Helsedirektoratet

## 6.2.8 Psykisk helse og rus

Psykiske plager og lidelser er en av de største helseutfordringene her i landet. De vanligste lidelsene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. Cirka en fjerdedel av befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet. Psykiske lidelser er en viktig årsak til for tidlig død, og en viktig årsak til uførhet, sykefravær og nedsatt livskvalitet. Gruppen av barn og unge med psykiske lidelser har økt kraftig de senere årene.

Psykiske lidelser henger ofte sammen med alkohol- og stoffmisbruk. Utredning, behandling og oppfølging av personer med rusproblematikk kombinert med vold og aggresjon, og samtidig psykisk lidelse gir kommunene en ekstra utfordring. Når disse brukere defineres som utskrivningsklare skal de overføres til kommunale hjelpetiltak. Kommunale tjenester baseres på at den enkelte er villig til å ta i mot hjelp. Det finnes i dag ikke lovverk som hjemler tvangstiltak overfor psykisk syke i kommunen. I forhold til innleggelse av rusmiddelavhengige etter tvangsbestemmelsen i helse og omsorgsloven har kommunen en egen vurderingsplikt, og kan også fatte vedtak om tvangsinnleggelse i institusjon der det vurderes å være nødvendig med strakstiltak. Det finnes imidlertid ikke egne plasser til innleggelse i Vestre Viken helseforetak når slike vedtak fattes.

Helsedirektoratet har vedtatt "Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse" (ROP-lidelser) Formålet med retningslinjen er å gi kunnskapsbaserte anbefalinger som skal bidra til et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester inkludert NAV, psykisk helsevern, rustjenesten og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen er alle målgrupper for retningslinjen.

Det er mangel på egnede boliger til personer innenfor denne gruppen som kunne klare seg med ambulant bo-oppfølging fra tjenestene. Uten basis i en trygg bolig er det ikke mulig å sette inn hjelpetiltak. Omfanget av søknader til omsorgsbolig med heldøgntjenester er størst blant personer med samtidig rus og psykisk lidelse.

Det er lite fokus på tidlig intervensjon i forhold til lidelser som depresjon og angst og terskelen for å få hjelp er for høy og tilgjengeligheten er begrenset. Hovedinnsatsen innen psykisk helse er i dag rettet inn mot de dårligste med psykiske lidelser og alvorlig psykoseproblematikk. Rustjenesten har hovedfokus på unge, personer i legemiddelassistert rehabilitering og rusavhengige med behov for oppfølging i bolig. Det er en utfordring at det er mangelfullt tilbud til psykisk syke etter ordinær arbeidstid. For å imøtekomme intensjonen om « før – i stedet for og etter» prinsippet vil det være nødvendig å innrette tjenestene slik at de er tilgjengelige i en tidlig sykdomsfase, umiddelbart etter sykehusopphold og gjennom hele døgnet. Psykisk helsetjenestene har vært og er fortsatt i store endringer. Andelen pasienter som blir innlagt i sykehus har sunket betydelig. Liggetiden i sykehus er redusert og behandlingen er i dag mer ambulant. Forutsatt at kommunen har et faglig forsvarlig tjenestetilbud skrives pasientene raskere ut enn tidligere. Dette stiller nye krav til det kommunale tilbudet. Kommunalt medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenester og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter utredes på nasjonalt nivå. Sannsynligheten for at det innføres en finansieringsordning innen psykisk helse og rusfeltet i planperioden er stor.

Det er behov for å videreutvikle og styrke kapasitet og kompetanse innen rusarbeid og psykisk helse.

## 6.2.9 Legetjenester

Oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten og tjenestens endrede profil medfører at brukergruppen har mer komplekse medisinske problemstillinger, både blant institusjonsbrukere, brukere som bor i omsorgsbolig og i eget hjem. Legebemannning er en av faktorene som påvirker kommunens bruk av spesialisthelsetjenester og de

beskrevne endringene vil utfordre de kommunale legetjenestenes kapasitet og medisinskfaglige kompetanse. Det vil være behov for en styrking av legetjenesten til brukere av kommunale tjenester, i institusjon, boliger og hjemmeboende, både i et forebyggende og behandlende aspekt.

Både i Samhandlingsreformen og i det nye lovverket understrekes det at en styrking av kommuneoverlegefunksjonen er en viktig forutsetning for at kommunene skal kunne løse pålagte oppgaver innen helsesektoren. Kommunen får nå ansvar for et mer omfattende folkehelsearbeid med stor vekt på forebyggende tiltak. Som beskrevet er det behov for å utvikle egne behandlingstilbud, og det skal legges særlig vekt på et bedre og mer omfattende rehabiliteringsarbeid.

Kommuneoverlegens hovedfunksjoner beskrives som både lokal helsemyndighet og som medisinskfaglig rådgiver.

Innføring av ny fastlegeforskrift vil kreve en økt administrativ innsats for å følge opp fastleger og - tjenesten. Fastlegetjenesten vil i mindre grad bli berørt av en oppgaveglidning til kommunen, men vil oppleve økt behov for samhandling med bl.a. hjemmesykepleien. Kommunen plikter å tilrettelegge samarbeidet med fastlegene på en best mulig måte.

## 6.3 Aktiv brukerrolle

### 6.3.1 Brukermedvirkning og brukerinnflytelse

Brukermedvirkning er viktig for å heve kvaliteten på helsetjenestene. For den enkelte bruker innebærer dette å ta konkret ansvar for sine deler av arbeidet mot et bedre liv. Det innebærer å delta i valg, utforming og anvendelse av de tjenestene som er tilgjengelig. Brukere av kommunale tjenester er kunnskapssterke, bevisste sine rettigheter og tar i økende grad ansvar for sin egen helse. Nyere forskning viser at brukere både kan og vil involveres i beslutninger om egen helse.

De praktiske konsekvenser av en aktiv brukerrolle fører til at fagpersonell i større grad må gå inn i en veilederrolle med åpenhet for dialog omkring brukernes situasjon, behov og forslag til løsninger. Fagpersonell må endre sin rolle fra å være ekspert til å bli en person som arbeider sammen med bruker. Målet er at bruker selv kan skaffe seg nødvendig innsikt, kunnskaper og ferdigheter. Dette stiller krav til fagpersonells evne til både dialog og kommunikasjon og til å vise ydmykhet og respekt. Først da oppnår vi reel brukermedvirkning.

Motivasjon, støtte og kunnskapsoverføring for å styrke brukere ved sykdom, skade eller funksjonstap er viktig for at brukerne kan delta aktivt i prosessen for å bli frisk eller oppnå best mulig funksjon. fagpersoner skal øve på nye roller. Oppgavene endres fra «å hjelpe til å trene». I stedet for å si: «Dette gjør jeg, fru Andersen» skal fagpersonen lære opp og trene fru Andersen til selv å ivareta de oppgaver hun kan mestre. Forebygging sett i dette perspektivet er å legge til rette for en tjeneste som bygger på prinsippene om selvstendighet.

Et særlig kraftfullt virkemiddel for brukerinnflytelse er fritt brukervalg. Det betyr at den enkelte tjenestemottaker selv velger hvilket leverandør som skal gi hjelpen. Er man som tjenestemottaker ikke fornøyd med tjenesten kan vedkommende velge en annen leverandør.

Organisering av BPA (brukerstyrt personlig assistanse) er eksempel på en måte å organisere praktisk bistand på som nettopp inkluderer bruker og brukers ressurser. Bruker velger selv sine personlige assistenter og benytter disse fleksibelt innenfor de rammene som er gitt.

### 6.3.2 Pårørende som ressurs

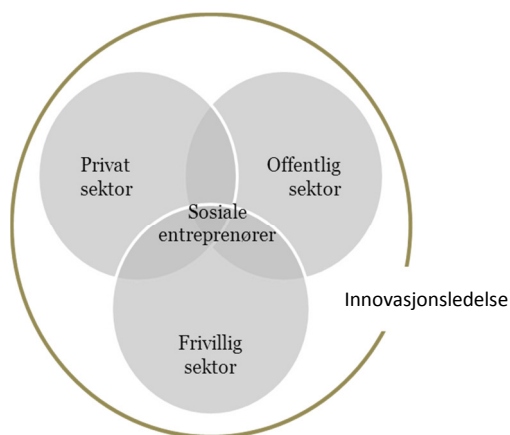
To av fremtidens største utfordringer vil være knapphet både på arbeidskraft og frivillige omsorgsyter. Familieomsorgen er i dag en «usynlig» omsorg som utgjør en høy årsverksinnsats. I framtiden vil dette utgjøre en mindre andel av den samlede omsorgen. Samfunnet er avhengig av den familiebaserte omsorgen og forholdene må legges til rette for at det er mulig for pårørende å utøve nødvendig omsorgsarbeid. Dialog og samarbeid med pårørende er viktig for å avklare og tilpasse rett tjenestetilbud. Dette forutsetter at pårørende gis nødvendig kunnskap slik at de kan være en reell ressurs. En samlet og mer helhetlig pårørendepolitikk kan på kommunalt nivå blant annet innebære opplæring, støtte og veiledning. Avlastningstilbud som dagaktivitetstilbud og korttidsopphold er andre aktuelle tiltak. Sosiale medier og ny kommunikasjonsteknologi er også gode virkemidler som kan benyttes både for å gi trygghet, veiledning og oppfølging.

### 6.3.3 Partnerskap med frivillige og private aktører

Frivillige organisasjoner inkluderer blant annet stiftelser og organisasjoner med allmennyttige formål, pasient og brukerorganisasjoner, organisasjoner innen kultur- og fritidsfelt og trossamfunn. Organisasjoner drives som en kombinasjon av frivillig innsats og betalt arbeid. Frivillige organisasjoner er viktige samarbeidspartnere for kommunen og gjør en stor innsats ved å organisere frivillige og drive institusjons- og tjenestetilbud.

For å skape realistiske, gjennomførbare og levedyktige løsninger på samfunnsutfordringene må det etableres målrettet samarbeid på tvers av sektorer.

Dette forutsetter ledere som kan, tørr og vil.



Tverrsektorielt samarbeid

#### 6.3.4 Frivillig arbeid

Det er et økende behov for frivillig arbeid i helse og omsorgstjenesten. Mye av dette arbeidet er knyttet til frivillighetsentralen. Det er i dag mange friske pensjonister i Asker som er en uutnyttet ressurs. Vi utfordres likevel med manglende rekruttering til frivillig arbeid.

#### 6.3.5 Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner har kompetanse som er nyttig for helse og omsorgstjenestene, og kan ofte være et viktig korrektiv. Partnerskapsavtaler mellom kommunen og private organisasjoner om konkrete prosjekt blir mer utbredt. Dette gjelder spesielt frivillig innsats innenfor de kommunale tjenesteområdene, slik som kultur/fritid og helse og omsorg. Partnerskapsavtale mellom Asker kommune og NaKuHel og Den Norske turistforening om å utvikle Nasjonalt vitensenter for folkehelse er eksempel på et slikt samarbeid.

#### 6.3.6 Private aktører

En sterk offentlig sektor er avhengig av private aktører. Asker kommune har lang erfaring med private tjenesteytere som driftere av institusjons – og omsorgstjenester på oppdrag og etter avtale med kommunene.



## 6.4 Kvalitet og kunnskap

Utfordringene i helse- og omsorgstjenesten er knyttet til nye brukergrupper og en aldrende befolkning. Brukernes behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging og mangel på sosial kontakt og aktivitet i dagliglivet, er andre viktige utfordringer. Demografiske endringer vil kreve utvidet kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. Nye yngre brukergrupper med nedsatt funksjonsevne krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på tjenestetilbudet. Samtidig blir det knapphet både på helse- og sosialpersonell og frivillige omsorgsytere.

Manglende medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens brukere og mangel på sosial, kulturell og fysisk aktivitet blir pekt på som de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud. Et viktig element er å hjelpe folk til å mestre sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Graden av egen mestring i hverdagen avhenger av den enkeltes mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

### 6.4.1 Nye oppgaver – ny kunnskap

Utvidelsen av kommunale oppgaver vil kreve økt rekruttering av kvalifisert personell og styrking av kompetanse hos eget personell i kommunen. Tjenesten utfordres ved nye oppgaver som stiller nye faglige krav til personalet. Endring i tjenesteprofilen krever ny tilnærming og andre måter å løse oppgaver på. En tjeneste med god kvalitet kjennetegnes av høy etisk kompetanse og at kunnskapsbasert praksis (KBP) legges til grunn i det daglige arbeid. Systematisk kvalitets- og utviklingsarbeid er en forutsetning for gode og sikre tjenester. For å oppnå kontinuerlig forbedring må det være en sammenheng mellom fagkunnskap og forbedringskunnskap.

Samtidig som utdanningskapasiteten på høyskoler og universitet styrkes og innrettes mer mot kommunale oppgaver vil det økte kommunale engasjementet i utdanningene kreve økt samhandling med utdanningsinstitusjonene og økte ressurser i kommunene.

Gjennom Asker kommunes arbeidsgiverpolitiske plattform er følgende målbilde definert:

Asker kommune er en kunnskapsbedrift hvor medarbeiderne utgjør den viktigste ressursen. En god arbeidsgiverpolitikk skal være et verktøy for rådmannen for å møte fremtidens utfordringer mht å skaffe kvalifisert arbeidskraft, angi kurs og retning for lederskapet i Asker kommune, utvikle medarbeidernes kompetanse og bygge en felles organisasjonskultur.

Følgende mål legges derfor til grunn:

1. Asker kommune er en attraktiv og foretrukket arbeidsgiver i et stadig skjerpet arbeidsmarked
2. Asker kommune er en fremtidsrettet, dynamisk og lærende organisasjon
3. Asker kommune er innovativ og tar i bruk ny teknologi, nye organisasjons- og samhandlingsformer som understøtter samfunns- og tjenesteutvikling

### 6.4.2 Forskning, opplæring og utvikling

FOU – enheten i Asker ble etablert 1. januar 2012 med mål om å utvikle et robust kompetansemiljø som bistår virksomhetene slik at de står godt rustet til å møte utfordringene. FOU - enheten er en overordnet koordinerende enhet for kunnskaps- og kvalitetsutvikling innen Helse og omsorg skal bidra til å samordne utviklings- og opplæringsaktivitetene innenfor tjenesteområdene og bidra til effektiv ressursutnyttelse og kompetanseutvikling ved å utnytte kunnskaper og erfaringer på tvers.

Sentrale mål for arbeidet er å være

1. Pådriver og tilrettelegger for fag- og tjenesteutvikling innen definerte satsningsområder.
2. Pådriver og tilrettelegger for systematisk kvalitetsarbeid.
3. Pådriver for satsning på velferds- og helseteknologi.



4. Pådriver og tilrettelegger for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter.
5. Pådriver og tilrettelegger for kompetanseutvikling hos ansatte.
6. Tilrettelegger for kunnskapsutvikling og forskning i helse- og omsorgstjenestene.

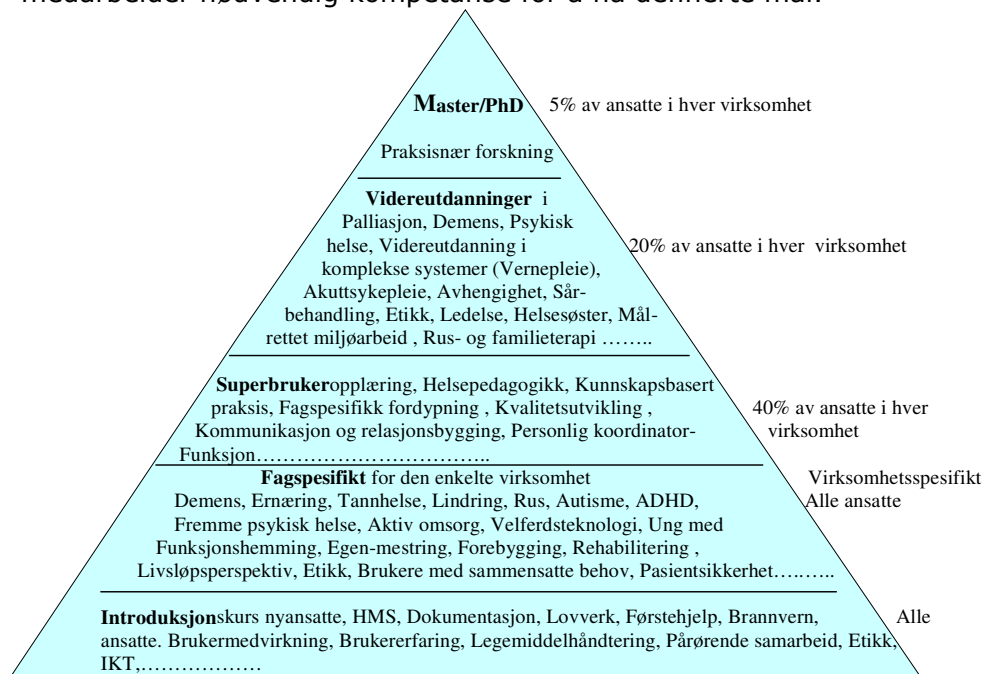
Av konkrete tiltak som er iverksatt kan nevnes:

#### 6.4.2.1 Ethos – etisk refleksjon

Medarbeideres evne til etisk refleksjon over egen praksis er en viktig forutsetning for å ta gode beslutninger i praksis. Kompetanseheving innen etikk og etisk refleksjon er grunnleggende i arbeidet med innføring av kunnskapsbasert praksis. Etikk, kommunikasjon og samhandling er grunn- elementer for å bygge lærende organisasjoner med fokus på verdier som fremmer livskvalitet, trygghet og respekt. Ethos prosjektet er i så henseende et viktig tiltak.

#### 6.4.2.2 Strategisk kompetanseutvikling

Ledergruppen i helse og omsorg vedtok i september 2011 plan for strategisk kompetanseutvikling. Kompetansepyramiden er et godt verktøy for å planlegge, gjennomføre, evaluere og fornye tiltak for å sikre virksomheten og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse for å nå definerte mål.



#### 6.4.2.3 IKT - Elektronisk samhandling

Skal brukerne brukere oppleve møtet med tjenestene som et helhetlig forløp er IKT og elektronisk samhandling avgjørende. Velfungerende IKT-verktøy gjør helse og omsorgstjenestene til moderne arbeidsplasser, bidrar til økt pasient- og informasjonssikkerhet og forenkler det daglige arbeidet. Riktig bruk av verktøyene bidrar både til økt kvalitet og effektivitet ved å frigjøre ressurser til behandling og pleie. IKT planen for helse og omsorg definerer flere utviklingsområder som nå er i prosess, bla «Meldingsløftet» som sikrer elektronisk informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, mellom kommunehelsetjenesten og fastlegene.

#### 6.4.3 Velferdsteknologi

Ny helse- og velferdsteknologi er på full fart inn i omsorgstjenestene; både i forvaltningen og som støtte til brukerne. Velferdsteknologien kan understøtte utviklingen i helse og omsorgstjenesten som ligger til grunn for denne planen og være et av flere

tiltak for å endre tjenestens innretning. Nye krav til kvalitet og effektivitet utfordrer kommunen til å finne nye og smarte løsninger som kan bidra til en effektiv ressursutnyttelse. Teknologien kan aldri erstatte menneskelig omsorg, men kan fungere som en støtte både til brukere, pårørende og ansatte.

Økt bruk av velferdsteknologi kan gi mennesker en bedre og tryggere hverdag i eget hjem, og kan i tillegg bidra til at helse- og omsorgssektoren kan frigjøre tid til andre oppgaver. Det vil gjøre det enklere å legge til rette for «hjelp til selvhjelp», selvstendighet, sosial deltagelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering.

Velferdsteknologi kan svare på mange av de nye brukergruppenes behov og være tilpasset nye seniorgenerasjoners behov.

Det fremmes egen sak om helse- og velferdsteknologi i Asker kommune ila våren 2013.

#### **6.4.4 System for ressursstyring**

For å sikre en helhetlig produksjonsstyring vil rådmannen etablere et system for oppfølging, kontroll og rapportering med fokus på pasientstrømmer, økonomi og eventuelle kvalitetsavvik. Løsningen er basert på en videreutvikling av den IKT-baserte datavarehusløsningen for virksomhetsstyring, Bicon. Målet er å sikre

- God virksomhetsstyring i Helse og omsorg
- Effektiv ressursutnyttelse i Helse og omsorg
- Økt kvalitet i tjenesteproduksjonen i Helse og omsorg

## 6.5 Personell

En bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenestene forutsetter god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving og må sees i sammenheng med utfordringer beskrevet i foregående kapittel. Personell – og kompetanseprofilen i helse og omsorgstjenesten må utvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen og i tråd med oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten. For å sikre tilstrekkelig antall fagpersoner, må det ses på muligheten for ny fordeling av arbeidsoppgavene mellom yrkesgruppene.

Kommunens arbeidsgiverpolitiske plattform synliggjør de overordnede strategivalg for å opprettholde og videreutvikle en serviceinnstilt og effektiv organisasjon. Tilstrekkelig, riktig og god kompetanse er avgjørende for å sikre god kvalitet på tjenestene, tjenesteutvikling, innovasjon og effektiv ressursutnyttelse. Dette er faktorer som bidrar til å skape godt omdømme og som sikrer at kommunen er en god og attraktiv arbeidsgiver. Kompetansekartlegging må derfor ligge til grunn for en målrettet rekrutteringsstrategi for å sikre riktig og nødvendig kompetanse.

Behovet for nyskapning og tilpasning til omgivelsene vil øke. Dette innebærer også nye krav til ledelse. Ledere må evner å tenke helhetlig og ta del i prosesser for å få til endringer og fornyelse. Tonivåmodellen forutsetter myndiggjorte medarbeidere. Dette er en forutsetning for å lykkes med innovasjons og utviklingsarbeid tilpasset en ny tid.

Tjenesten utfordres ved

- Å benytte tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten annerledes enn i dag
- Å arbeide med fagpersonalets holdninger og kompetanse
- Å rekruttere og beholde fagpersonell
- Øke personellkapasitet
- Tilstrekkelig lederkraft som sikrer myndiggjorte medarbeidere, god kvalitet i tjenestene og effektiv bruk av personellressurser
- Å styrke nærværsfaktorene

## 7 Hvordan møte utfordringene

Gjennom visjonen: "Asker - mulighetenes kommune" uttrykkes et mål om at det skal være godt å bo i Asker i alle livssituasjoner, også om helsa og økonomien svikter. Kommunens visjon og verdier er en rettesnor og et tydelig kjennetegn for våre ledere og ansatte og utgjøre en integrert del av vår arbeidskultur. De skal også virke samlende, utviklende og gi inspirasjon til å levere gode tjenester hver dag. Tjenestens kvalitet måles i møte med den enkelte bruker og preges av disse verdiene: åpenhet, troverdighet og gjensidig respekt.

### 7.1 Helse og omsorgstjenestens visjon

Helse og omsorgstjenestens visjon «*Sammen gjør vi det mulig!*» viser retning for utvikling av tjenesten. I tillegg til bruker og medarbeiderfokus tar visjonen opp i seg følgende føringer fra handlingsprogrammet:

- Forebygging og tidlig innsats
- God helhet og samhandling
- God kvalitet
- Nødvendig kompetanse

### 7.2 Endret tjenesteprofil – en innovativ løsning

Denne planen forutsetter at alle mennesker har et grunnleggende ønske om å være selvstendige og aktive hele livet. Helse og omsorgstjenesten i Asker vil videreutvikle en mobiliseringskultur rundt egenomsorg og brukermedvirkning som tilrettelegger for helserelatert kompetanse, trygghet og selvfølelse hos brukerne slik at de selv kan vurdere og igangsette relevante og nødvendige tiltak relatert til egen helse. Der bruker ikke er i stand til det skal fagpersonell iverksette kompensierende tiltak slik at brukers grunnleggende behov for helse og omsorgstjenester blir ivaretatt.

Eldreplanen og Trendanalysen viser hvordan tjenesteprofilen i Asker kommune de siste årene gradvis er endret. Dette er i seg selv starten på en innovativ løsning og helse og omsorgsplanen legger opp til en ytterligere endring av profilen ved at tidlig innsats og forebygging skal gjennomsyre all tjenesteutforming gjennom minsteinngrepsprinsippet. Dette gjelder alle tjenester.

Tjenestens hovedoppdrag er å støtte og bistå brukerne til å kunne leve aktive og selvstendige liv ut fra den enkeltes forutsetning. For å få dette til må vi legge til rette for at brukeres møte med tjenesten er enkel, tilgjengelig og overkommelig og at tjenestene oppleves helhetlige og koordinerte.

En endring i tjenesteprofil innebærer også at ressurser flyttes dit hvor tjenestene skal styrkes og utvikles. Dette betyr at Helse og omsorgstjenesten må ha en utforming og organisering som ivaretar en slik utvikling.

Hovedstrategien er å sette de 5 innsatsområdene i en helhetlig sammenheng. Forebyggende helsetjenester og forebygging i tjenestene fordrer en aktiv brukerrolle. Det forutsetter videre tilstrekkelig, kompetent personell som evner å motivere, støtte og veilede brukere slik at de kan leve meningsfulle, selvstendige liv. Fagpersonell må med bakgrunn i faglige vurderingen se når de må kompensere for brukers helsesvikt og manglende funksjonsevne. Tjenestene skal være riktig dimensjonert, skreddersydde og sømløse. Dette forutsetter at organiseringen av tjenestene er hensiktsmessig og ivaretar helhetlige samhandlingsforløp.

## 8 Strategiene

Planen definerer 5 overordnede og helhetlige hovedstrategier som peker på sentrale utviklingsområder og tiltak som er nødvendig å iverksette for å sikre at befolkningen får nødvendige helse og omsorgstjenester i årene som kommer.

Følgende hovedstrategier er definert:

1. Styrke, videreutvikle og samle de forebyggende helsetjenestene med spesiell oppmerksomhet på helhet og tilgjengelighet
2. Styrke, videreutvikle og samle helse og omsorgstjenestene med et «Medisinsk senter» som hovedbase
3. Fremme aktiv brukerrolle fra tidlig alder
4. Sikre kvalitet, kompetanse og innovasjon
5. Sikre tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse

Konkretisering av hovedstrategiene går fram i det følgende.

### 8.1 Styrke, videreutvikle og samle de forebyggende helsetjenestene med spesiell oppmerksomhet på helhet og tilgjengelighet

Forebyggende arbeidet er sentralt for å påvirke de grunnleggende årsakene til at sykdom og dårlig helse utvikles. Samtidig vet vi at trygge, gode og sunne liv er viktig grunnlag for å forhindre at sykdom oppstår og for å forebygge forverring av sykdom. De viktigste forebyggende helsetjenestene er rettet mot barn og unge. Det er videre av sentral betydning å legge til rette for gode levevaner. Dette påvirkes av det sosiale miljøet og henger bla sammen med levekår og sosioøkonomisk status. Tilsvarende vet vi at faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, arbeids- og bomiljø skaper sosiale ulikheter i helse og levekår.

Kommunestyret har vedtatt flere temaplaner med konkrete tiltak knyttet til flere av disse utfordringene, slik som: Handlingsplan for bekjempelse av fattigdom, Handlingsplan mot vold i nære relasjoner og Ruspolitisk handlingsprogram. Disse iverksettes og rulleres slik vedtakene forutsetter.

#### Strategier:

1. Sørge for at svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet til gravide, barn, ungdom og unge voksne mellom 0 – 24 år
2. Sørge for at skolehelsetjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud plassert på skolene med regelmessige, daglige åpningstider
3. Styrke tilbudet til alle barn og unge med sammensatte behov gjennom koordinerte tjenester bygget på
  - Tett samarbeid med pårørende
  - Tverrfaglig samarbeid på tvers av virksomhetsområder
  - Etablering av gode samarbeidsrutiner internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.
  - Samarbeid med fylkeskommunen for å forebygge frafall fra videregående skole
4. Utarbeide temaplan for folkehelse innen tjenesteområdet helse og omsorg med bla fokus på å
  - etablere oppfølgingstilbud for endring og mestring av levevaner til personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer/ utfordringer

knyttet til fysisk og psykisk helse. Jfr. «Veileder for kommunale frisklivssentraler»

- styrke det forebyggende og helsefremmende arbeid innen psykisk helse og rus
- sikre samhandling mellom tjenester som tradisjonelt tilbyr forebygging og de som tilbyr behandling gjennom et utviklingsarbeid (se.

5. Utarbeide temaplan for å inkludere flyktninger og innvandrere i samfunnsliv, skole og arbeid og gjøre det lettere å samordne tiltak og tjenester (jfr. Kommunestyrevedtak, utvalgssak 83/12: Handlingsplan for bekjempelse av fattigdom.)

## 8.2 Styrke, videreutvikle og samle helse og omsorgstjenestene med et «Medisinsk senter» som hovedbase

Oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten utfordrer Helse og omsorgstjenestene. Nye brukergrupper og nye oppgaver setter tjenestene under press og krever en endret utforming og organisering av tjenestene. Parallelt med at nye tjenester etableres, endres tjenesteprofilen slik at tidlig innsats og forebygging skal gjennomsyre all tjenesteutforming gjennom minsteinngrepsprinsippet.

Kommunestyret har vedtatt følgende temaplaner: Omsorgstjenester til eldre, 2015 – 2030 og Trendanalysen – Tjenesteutvikling til mennesker med nedsatt funksjonsevne med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er temaplaner knyttet til helse og omsorgstjenestene og iverksettes og rulleres i henhold til vedtak.

### Strategier

#### Organisering og styring

1. Styrke og samle funksjoner knyttet til tjenestetildeling, (- både helse og omsorgstjenester og tjenester av sosialfaglig karakter) med særskilt fokus på
  - Innbyggerdialog
  - Tilgjengelige, helhetlige og koordinerte tjenester
2. Sikre koordinerte bruker – og samhandlingsforløp
  - Ved å sørge for at inngåtte avtaler mellom helseforetaket og kommunen følges opp, evalueres og revideres
  - Ved en hensiktsmessig tjenesteorganisering
3. Sikre nødvendig kapasitet og riktig dimensjonering av tjenestene ved tilgang til og riktig bruk av styringsinformasjon.

#### Tjenesteutvikling

4. Utvikle en fleksibel tjenesteordning for barn med funksjonsnedsettelse og deres familier i form av miljøarbeidertjeneste som yter praktisk bistand i hjemmet og faglig veiledning av foreldre etter behov.
5. Utvikle omsorgstjenester til eldre slik at tjenesten i større grad støtter brukere i å leve lengst mulig i eget liv.
  - Koordinert tidlig innsats
  - Tilrettelegging, trening og rehabilitering i hverdagen
  - Teknologi
6. Utvikle temaplan innen demensomsorg (2013 – 2016) i henhold til nasjonale føringer
7. Opprettholde, videreutvikle og styrke kapasitet og kompetanse innen rusarbeid og psykisk helsearbeid gjennom utarbeidelse av temaplan om tjenester til mennesker med psykiske lidelser (HP 2013 - 2016).
  - Gradvis innføring av kommunal medfinansiering på psykisk helse- og rusfeltet.
  - Styrke tilbudet til eldre med psykiske og/eller rusrelaterte problemer
  - Se innsatsen på fagfeltet psykisk helsearbeid og rusarbeid i sammenheng med folkehelsearbeid
8. Styrke og videreutvikle ambulante team som i større grad sikrer at kompetanse flyttes til bruker, (psykososialt team, samhandlingsteamet, miljøarbeiderteam, booppfølgingsteam, forsterket sykepleieteam, ambulant team demens, ambulant team palliasjon, forsterket innsatsteam og rehabiliteringsteam).

9. Utrede tjenester knyttet til utvikling av Helsehus, Søndre Borgen, (Kommunestyrevedtak, utvalgssak 71/12: Omsorgstjenester til eldre) med særskilt fokus på:
  - Lokalmedisinske tjenester
  - Helsestasjon for eldre
  - Lærings- og mestringssenter
  - Kommunalt fastlegekontor
  - Lokalt vitensenter
  
10. Utrede, etablere og drifte tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra 1.1.2016 i tråd med nasjonale føringer
  
11. Videreutvikle legetjenestene i kommunen med fokus på kapasitet, kompetanse, organisering og samhandling i tråd med nasjonale føringer.
  
12. Forbedre samhandling mellom privatpraktiserende fysioterapeuter med avtalehjemmel og kommunalt ansatte fysioterapeuter for å sikre en bedre ressursutnyttelse knyttet til oppgaver før – etter og i stedet for sykehusinnleggelse og for å møte behov for opptrening/rehabilitering (se s. ).



### 8.3 Fremme aktiv brukerrolle fra tidlig alder

Brukere ønsker å være mer aktive og ta større ansvar for egen helse. Dette fordrer et samspill mellom helsepersonell og brukere som sørger for at forholdene legges best mulig til rette for egenomsorg. Nye seniorgenerasjonene har bedre helse, bedre utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og mer erfaring med bruk av teknologiske verktøy. Dette gir et mulighetsrommet som kan brukes til å ta nye innovative grep.

Behovet og potensialet for å ta nye innovative grep og finne nye løsninger sammen med brukere og lokalsamfunn er stor. Samhandlingsflate mot familie og samfunn må vies økt oppmerksomhet og rommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn kan utfordres på nye måter.

#### Strategier:

1. Brukermedvirkning som et grunnleggende prinsipp i tjenesteutøvelsen videreutvikles gjennom holdningsskapende arbeid slik at
  - fagpersonell endrer sin rolle fra å være ekspert til i samarbeid med bruker etablere god dialog omkring brukernes situasjon, behov og forslag til løsninger.
  - brukerkompetanse økes slik at de kan bli friske eller oppnå best mulig funksjon lengst mulig i eget liv
2. Styrke det holdningsskapende arbeidet gjennom opplysningsvirksomhet, motivasjonsarbeid, stimulere til fysisk aktivitet, sunt kosthold og sosiale og kulturelle aktiviteter samt deltagelse i samfunnet
3. Utvikle og legge til rette for en samlet om mer helhetlig pårørendepolitikk som synliggjør, verdsetter og styrker den innsatsen som familie, venner og naboer yter.
4. Styrke og videreutvikle samarbeidet med frivillighetsentralen
5. Styrke og videreutvikle partnerskap med frivillig sektor
6. Styrke og videreutvikle samarbeid med private aktører

## 8.4 Sikre faglig kvalitet, kompetanse og innovasjon

Tjenesten utfordres ved nye oppgaver som stiller nye faglige krav til personalet. Endring i tjenesteprofilen krever ny tilnærming og andre måter å løse oppgaver på. Kommunen er pålagt å sørge for at egne ansatte som utfører tjenester nødvendig opplæring og utdanning. Videre er kommunen pålagt å medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Ledergruppen i helse og omsorg har i 2012 vedtatt modell for kvalitetsarbeid i helse og omsorg og plan for strategisk kompetanseutvikling. Disse gjennomføres i henhold til vedtak og ut fra den enkelte virksomhets behov.

### Strategier:

1. Følge opp tiltak i plan for strategisk kompetanseutvikling i henhold til kompetansepyramiden (s21.).
2. Videreutvikle arbeidet med etisk refleksjon (ETHOS) i virksomhetene
3. Implementere forskningsbaserte metoder i tjenesteutøvelsen
4. Videreutvikle det systematiske kvalitets og forbedringsarbeid i henhold til lov og forskrift for å oppnå kontinuerlig forbedring.
5. Utvikle kvalitetsindikatorer innen definerte områder
  - Medikamentadministrasjon
  - Fall
  - Ernæring
  - Helhetlige forløp
6. Innføre nasjonale retningslinjer for tjenesteutøvelse innen områdene:
  - Ernæring
  - Barselomsorg
  - ROP (utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse)
7. Fortsette arbeidet med å sikre god forankring og kompetanse for å bedre og kvalitetssikre IPLOS data
8. Iverksette prosjekt innen velferdsteknologi som øker brukers trygghet og bevegelsesfrihet
9. Fullføre arbeidet med innføring av elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak.

## 8.5 Sikre tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse

Utvidelsen av kommunale oppgaver vil kreve økt rekruttering av kvalifisert personell og styrking av kompetanse hos eget personell i kommunen. En bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenestene forutsetter god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving og må sees i sammenheng med kvalitet og kunnskap. Samhandlingsreformen utfordrer kommunen til å tenke nytt både når det gjelder bemanning, kompetanse og måter å organisere tjenester og kompetanse på.

Tilstrekkelig, riktig og god kompetanse er avgjørende for å sikre god kvalitet på tjenestene, tjenesteutvikling, innovasjon og effektiv ressursutnyttelse. Dette er faktorer som bidrar til å skape godt omdømme og som sikrer at kommunen er en god og attraktiv arbeidsplass.

### Strategier

1. Kompetansepyramiden og Kompetanseforvaltningssystemet brukes systematisk i rekrutteringsøyemed
2. Styrke kompetanse i aktiv omsorg (hverdagsrehabilitering) og arbeide for en økt faglig bredde i tjenestene i henhold til brukerbehov
3. Kontinuerlig vurdering av ressursutnyttelsen gjennom styringsdata hentet fra Bicon (se s. 23).
4. Følge opp kommunens rekrutteringsstrategi (jfr. Asker kommunes arbeidsgiverpolitikk)
5. Øke satsning på arbeidskvalifisering gjennom språkopplæring
6. Sikre tilstrekkelig lederkraft ved å styrke lederkompetanse som utvikler myndige og kvalifiserte medarbeidere gjennom organisering, rekruttering og videreutvikling av lederskolen
7. « Styrke nærværsfaktorer og følge opp vedtak i kommunestyresak 102/12: Fra sykefravær til økt tilstedeværelse - kunnskap om årsaker og mulige tiltak».

## 9 Referanser

Lov om helsepersonell mv (Helsepersonelloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Meld. St.16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg

Prop.90L (2010-2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Prop.91L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Rundskriv IS-1/2012. Nasjonale mål og prioriterte områder 2012 og 2013.

St.meld.nr.25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

St.meld.nr.25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer

St.meld.nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

NOVA rapport nr. 2/21. Bærekraftig omsorg?

Helsedirektoratet. Velferdsteknologi. Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013 – 2030.

Asker kommunes kommuneplan 2007-2020

Asker kommunes handlingsprogram 2013-2016

Asker kommunes arbeidsgiverpolitisk plattform 2011-2014

### Vedtatte temaplaner:

- Omsorgstjenester for eldre 2015 – 2030. Utvalgssak 71/12.
- Tjenesteutvikling til mennesker med nedsatt funksjonsevne med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Utvalgssak 83/11
- Handlingsplan for bekjempelse av vold i nære relasjoner. Utvalgssak 82/12.
- Handlingsplan for bekjempelse av fattigdom 2013 – 2016. Utvalgssak 83/12.
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2012 – 2015. Utvalgssak 15/12.
- Boligsosial handlingsplan 2010 – 2013

Helse og omsorgstjenestens plan for strategisk kompetanseutvikling. September 2012.