

# PLAN FOR PLEIE OG OMSORGSTENESTA TIL ELDRE

I SOGNDAL KOMMUNE

2008 - 2011

MANDAT OG PROSESS.....	2
1. INNLEIING .....	3
2. STATLEGE FØRINGAR .....	6
3. OM SOGNDAL KOMMUNE .....	11
4. KOMMUNALE PLANAR .....	12
5. PLEIE – OG OMSORGSTENESTA - STATUS.....	13
6. MÅL, STRATEGI OG TILTAK .....	19

18.04.08

Vedlegg 1	Innspel til plan for pleie- og omsorgstenesta til eldre i Sogndal kommune, skriv dagsett 04.04.08. frå Rådet for funksjonshemma og Sogndal eldreråd.
” 2	Synspunkt på eldreplanen, skriv dagsett 04.04.08 frå Fagforbundet.
” 3	Kopi av samarbeidsavtale mellom Helse Førde og Sogndal kommune.

#### Uprenta vedlegg

St.meld. nr. 25 ( 2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening.

Omsorgsplan 2015, særtrykk av St.prp.nr.1 (2007-2008), Helse og omsorgsdepartementet.

Delplan til Omsorgsplan 2015 ” Den gode dagen”.

.

## MANDAT OG PROSESS

Utviklingskomiteen gjorde i sak 05/07 i møte den 15.03.07 følgjande vedtak :

Utviklingskomiteen set ned slik sakskomite:

*Komitemedlemar: Jarle Aarvoll (AP), Gerd Karin Torstad (SP), Gerd Kvam (H), Margrete Haug (KrF), Sigurd Sætre.*

*Saksordfører: Jarle Aarvoll.*

*Mandat:*

*Komiteen skal vurdere eksisterande mål og verkemiddel når det gjeld kommunen sine pleie- og omsorgstilbod i lys av langsiktige mål og strategiar, slik dei er trekte opp i St.meld. nr 25 og andre relevante styringsdokument.*

*Komiteen skal vurdere dei utfordringane kommunen står overfor, og særleg leggja vekt på satsingsområde, strategi og tiltak.*

*Sakskomiteen skal involvere tenesta og brukarrepresentantar, gjennom rådet for funksjonshemma og eldrerådet, i arbeidet.*

*Resultatet av arbeidet og framlegg til nye tiltak skal leggjast fram innan 1. februar 2008.*

Seinare er fristen forlenga til 01.04.08.

I mandatet er det sagt at sakskomiteen skal involvere tenesta og brukarrepresentantane i arbeidet. Det har skjedd slik: Arbeidet med planen starta opp med eit dagsmøte i oktober 2007 der fokusområda var

- Status for pleie og omsorgstenesta i Sogndal kommune
- Eldreomsorga for framtida
- Korleis kan kommunane møta utfordringane knytt til auka behov for eldreomsorg

Møteinvitasjonen gjekk til eldrerådet og rådet for funksjonshemma, Frivilligsentralen, Røde Kors si besøksteneste, tillitsvalde, administrative leiarar, fagtenesta og til styringsgruppa i kvalitetskommuneprogrammet. I alt deltok 24 personar på møte.

Seinare har sakskomiteen hatt eit eige møte med leiinga i pleie og omsorgstenesta, der fokuset var på status og framtidige utfordringar.

Planen har vore sendt på høyring til brukarrepresentantane, her representert ved eldrerådet og rådet for funksjonshemma, og til yrkesorganisasjonane. I høyringsperioden vart rådet for funksjonshemma og eldrerådet invitert til eit møte med sakskomiteen der føremålet var å orientera om planen, og svara på spørsmål som råda måtte ha. På møte kom det opp at ein ønska å forlenga høyringsfristen, og det var semje om at ei forlenging frå 01. til 04. april var tilfredsstillande. Rådet for funksjonshemma og eldrerådet har gitt felles høyringsuttale. Fagforbundet har og gitt ein uttale. Begge uttalane ligg som vedlegg til planen.

## 1. INNLEIING

Forlenga levealder og store fødselskull frå 1945 til 1960 fører til at talet på eldre vil bli vesentleg høgare i åra som kjem. I 1950 var 8 prosent av befolkninga 67 år og eldre, i dag utgjer dei 13 prosent. Etter 2010 vil denne andelen som er 67 år og eldre auka endå meir, til 19 prosent i 2030 og 22 prosent i 2050. Veksten i tal eldre i aldersgruppa 80 – 89 år vil særleg skje rundt 2020. Denne utviklinga peikar mot at aldersgruppa 80 – 89 år vil stiga tilsvarande sterkt fram mot 2030, og det betyr at det er først frå 2025 til 2035 at vi får dei største eldrekkulla. For gruppa 90 år og eldre skjer det alt ein kraftig vekst dei næraste åra.

Aldersbereevne viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (16-66 år) og den eldre delen av befolkningen (67 år og eldre), og er av stor interesse for finansiering av pensjonar, velferdstilbod og helse- og sosialtenestene. I år 2000 var det 4,7 personar i yrkesaktiv alder pr eldre, i 2030 vil talet for aldersbereevne vera redusert til 3,5 og i 2050 til 2,9.<sup>1</sup>

I 2005 var den forventta levealderen på vel 80 år, som er mellom dei høgaste i verda. Auken i andelen eldre skuldast ikkje berre at vi lever lenger, like viktig er dei låge fødselstala. Når andelen eldre i høve til samla folketal slår mindre sterkt ut i Noreg enn i mange andre europeiske land, skuldast det at fødselsraten er relativt høg her i landet, kvar kvinne føder i gjennomsnitt 1,9 barn i løpet av livet, og at innvandrarane er unge.

<sup>1</sup> St.meld. nr.25 Mestring, muligheter og mening, side 49.

Den høge levealderen heng i stor grad saman med at færre døyr av hjarte- og karsjukdomar og låg dødsrate blant spebarn. Nye helseutfordringane er at stadig fleire vert overvektige, og at fleire får alvorlege sjukdomar knytt til levevanar, som kreft, diabetes type 2 og kols, kronisk obstruktiv lungesjukdom. Innafor området psykisk helse er det også store helseutfordringar.

Det er i dag i underkant av 70 000 personar som har demens<sup>2</sup> her i landet. Det er Alzheimer sjukdom som er den vanlegaste årsaken til demens, og om lag 2/3 av dei som har demens har Alzheimer sjukdom. Aldring er den viktigaste risikofaktoren for Alzheimer sjukdom. Ein kjenner ikkje til nokon spesifikk enkeltårsak til sjukdomen, men mest truleg er det eit samspel mellom genetiske faktorar, miljøfaktorar og aldring.

Det ser ut til at det er fleire eldre enn yngre som får psykiske lidningar. Dette heng først og fremst saman med at depresjon i stor grad er knytt til hendingar og kjenneteikn som heng saman med høg alder. Angst og depresjon er sterkt relatert til fysisk helse, og det er kanskje her det største potensialet ligg for å redusera omfanget av depresjon. Depressive sjukdomar hjå eldre vert ofte forveksla med sjølv aldringsprosessen eller med somatiske sjukdomar.

Det har vore ein auke i hjarte- og karsjukdomar, men behandling gjer at færre døyr av hjerteinfarkt no enn tidlegare. Rundt 15 000 vert ramma av hjerneslag kvart år, av dei døyr om lag 5 000. To tredjedeler av alle som vert ramma av hjerneslag, er over 70 år, og desse utgjer ein stor del av eldre med funksjonshemming av både mental og fysisk karakter.

Kols er ein av dei nye store folkesjukdomane. Kols er ein kronisk sjukdom som gradvis vert verre, og plagene er avhengig av kor langt sjukdomen har utvikla seg.

Risikoen for å få kreft aukar med alderen, og om lag 80 % av tilfella rammar menneske over 55 år. Med aukande gjennomsnittsalder i befolkningen vil vi om nokre år stå i ein situasjon der mange kan vera sterkt invalidiserte, enten på grunn av kreft eller at dei tidlegare har hatt ein kreftdiagnose.

I dag trur ein at det er rundt 60 – 70 000 pasientar med Parkinsons sjukdom her i landet. Sjukdommen er invalidiserande, og mange treng hjelp til daglege gjeremål. Alder er ein risiko, noko som har ført til ein auke i tal tilfelle dei siste åra.

Økonomisk utgjer omsorgstenestene om lag 40 prosent av kommuneane sine samla utgifter. I perioden 1995 – 2005 auka talet på årsverk med 27 000. Tenesta har i dag over 200 000 brukarar. Tal frå Statistisk sentralbyrå viser at i løpet av dei seinare åra har talet på brukarar under 67 år auka sterkt, og dei utgjer no om lag ein fjerdedel av tenestemottakarane.

Demografiske endringar saman med endringar i helsetilstand og funksjonsevne har betydning for korleis det framtidige omsorgsbehovet utviklar seg. Regjeringa oppsummerer i *St.meld.nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening* dei fem viktigaste framtid utfordringane på omsorgsfeltet slik:

- Nye brukargrupper.
- Ein aldrande befolkning.
- Knapp tilgang på fagpersonell og frivillige omsorgspersonar.
- Medisinsk og tverrfagleg oppfølging.
- Aktiv omsorg.

Regjeringa sin hovudstrategi for å møte dei framtidige omsorgsutfordringane, er å bruka den demografisk sett relativt stabile perioden fram til 2020 – 2025 til ei gradvis utbygging av tenestetilbodet, og til å planleggja og førebu for den raske veksten i omsorgsbehovet som skjer etter 2020. Alt no er det mogeleg å starta ei gradvis utbygging og investera i førebyggjande tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemiddel, og universell utforming både i private heimar og i det offentlege rom.

Kort oppsummering av komiteen sine tilrådingar

Befolkningsframskrivingar for kommunen vår viser minst like rask vekst i andelen eldre som for landet sett under eitt. I kva grad kommunen vil få ein relativt stabil periode fram til 2020 – 25 når det aldersgruppa 80 – 89 eller om veksten i andelen 80 – 89 år vil koma tidlegare enn forventa på nasjonalt nivå, er usikkert. Uvisse knytt til folketalsutvikling og aldersfordeling, tilseier at eldreplanen bør ha ei hovudrulling minst kvart 4.år.

---

<sup>2</sup> Demens er eit samleomgrep for ei gruppe hjernesjukdomar som ein gjerne får i høg alder og som svekkar tankemessige funksjonar, og som gir psykiske, motoriske og åtferdsmessige symptom

Talet på omsorgsbustader og institusjonsplassar sett i høve til dei som er 80 år og eldre, viser at kommunen i dag har ein høg dekningsgrad sett i høve til den nasjonale målsetjinga om ein dekningsgrad på 25 prosent<sup>3</sup>. Sjukeheimsdelen ved Sogndal omsorgssenter har eit stort behov for oppgradering og modernisering til ein moderne institusjon, m.a. med inndeling i avdelingar for ulike brukargrupper. Det er og viktig å få avklart om det er mogeleg å utvida bygningsmassen innafør tomtegrensene på omsorgssenteret eller om ein i eit tidsperspektiv fram mot 2020 må planleggja ut frå ei anna lokalisering. Det skal lagast eit forprosjekt som skal greia ut korleis sjukeheimen kan oppgraderast, og som skal vera grunnlaget for ein søknad om statleg investeringstilskot.

Det er behov for å styrkja bu-, pleie og omsorgstilbodet innafør demensomsorga. Den sentrale målsetjing om 10 000 nye årsverk innan 2009 er ikkje fullført. Ein evn. auke i rammetilskotet som følgje av opptrappingsplanen skal vurderast i høve til demensomsorga.

For å sikra både meistring og livskvalitet for eldre, er det viktig å ha eit godt tilbod mot diagnostisering, behandling og rehabilitering. Det føreset god legedeking og gode samhandlingsrutinar mellom lege- og omsorgstenesta, og mellom primær- og spesialisthelsetenesta.

For å styrkja tilgangen på fagpersonell, er det viktig at det vert fokusert på systematisk opplærings- og rekrutteringsarbeid og tiltak som kan redusera bruken av uønska deltid. Det er særleg viktig å sikra tilstrekkeleg personell med relevant kompetanse i høve til demensomsorga, og i høve til rehabiliteringsområdet.

Auka satsing på helsefremjande og førebyggjande innsats skal hjelpa innbyggjarane til å meistra eigne liv og utfordringar.

Utvikling av tenestetilbodet skal skje i nær dialog med tilsette, brukarar, pårørande og samarbeidspartar. Brukarmedverknad og samarbeid med pårørande må vidareutviklast, m.a. ved hjelp av individuell plan for brukarar med omfattande og langvarig pleie- og omsorgsbehov.

Kultur og aktivitetstilbod for eldre må sikrast og vidareutviklast både internt i tenesta og i samarbeid med frivillige lag og organisasjonar.

---

<sup>3</sup>) Dei årlege budsjettløyvingane gjev ikkje rom for å nytta sjukeheimskapasiteten fullt ut.

## 2. STATLEGE FØRINGAR

Omsorgstenestene skal alltid ystast i samsvar med dei krav som følgjer av lover, sentrale forskrifter og retningslinjer. I tillegg skal tenestene vera i samsvar med nasjonale og lokale målsetjingar og visjonar. Dei nasjonale føringane er gitt i form av stortingsmeldingar, NOU-ar, rundskriv m.m. frå fagdepartement og fagdirektorat. I *St. meld. nr. 25 Mestring, muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer* gir regjeringa ein oversikt over dei framtidige hovudutfordringane og fastlegg strategiar for å møte desse.

### 2.1 Lovgiving

Pleie og omsorgstenester vert ytt med heimel i sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova med forskrifter. Kommunen er og pliktig til å oppfylle krava i ei eiga kvalitetsforskrift som er heimla i begge lovene. Vedtak om tildeling av tenester etter desse lovene er enkeltvedtak etter reglane i forvaltningslova. Dette gjeld tildeling av praktisk bistand, støttekontakt, plass eller teneseter i sjukeheimen, bustad eller anna buform med heildøgns pleie og omsorg. For begge lovene gjeld i all hovudsak reglane i forvaltningslova og ikkje-lovfesta forvaltningsrettslege prinsipp, m.a. at usakleg forskjellshandsaming ikkje skal finna stad.

Ein viktig intensjon i kommunehelsetjenestelova er m.a. garanti for nødvendig helsehjelp og krav til individualitet i vurdering og tildeling av bistand, og at hjelpa skal innrettast slik at ho byggjer opp under den einskilde sine ressursar til å meistre eige liv. I formålkapitlet i sosialtenestelova er det påpeika at tenester gitt med heimel i lova skal vera med å gjera det mogeleg for den enkelte til å leva og bu sjølvstendig og ha eit aktiv og meningsfullt liv i fellesskap med andre

Formålparagrafen har vore styrande for viktige reformer dei siste 15 åra, m.a. innanfor HVPU-reforma, innafør psykiatrien, ordninga med brukerstyring gjennom BPA (Brukerstyrt personlig assistanse) og for utbygging av ei heimebasert omsorgsteneste i mange kommunar.

### 2.2 Val mellom tenester i heimen eller i institusjon

Eit viktig rettsleg spørsmål er om den einskilde har rett til å velja mellom tenester i heimen eller på institusjon. Hovudregelen er at kommunen har stor valfridom i å velja tilbod så lenge det ligg på eit forsvarleg nivå. Dessutan er det ei uttalt politisk målsetjing om at den einskilde skal ha rett til å bu heime så lenge som mogeleg dersom vedkomande sjølv ønskjer det.

### 2.3 Kvalitetskrav

Kvalitetsforskrifta framhevar ein del viktige verdiar knytt til at personar som er avhengig av tenester, kan ha sjølvstendig styring av eige liv. Dette kan skje m.a. gjennom at:

- Tenestemottakar får dekkja sosiale behov, som samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet ut frå egne ønske og føresetnader, og ro og skjerma privatliv når ein ønskjer det.
- Tenestemottakar har ein rimeleg valfridom i høve til mat, med eit variert og helsefremjande kosthald.
- Tenestemottakar med stort behov for hjelp til praktiske gjeremål kan følgja ein normal livs- og døgnrytme.
- Einskilde grupper som har vanskeleg for å gjera greie for sine behov, t.d. demente, får tilrettelagde tilbod.

### 2.4 Internkontroll og tilsyn

Statens helsetilsyn fører tilsyn med helsevesenet og alt helsepersonell, og fylkesmannen har den same tilsynsfunksjonen i høve til tenester som er heimla i sosialtenestelova. Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtenesta pålegg alle verksemder som yter helse- og sosialtenester å ha eit internkontrollsystem. Dessutan har forskrifta prosedyrekrav som skal sikra tenestemottakarane sine grunnleggjande behov vert ivaretekne.

### 2.5 Betalingsreglar

Det gjeld ulike regelsett for betaling av helsetenester. Vederlagsforskrifta gjeld m.a. for sjukeheimar. For langtidsopphald tek betalinga utgangspunkt i kva inntekt den enkelte har, og bebuaren betalar ein vesentleg del av inntekta si for opphaldet, men beløpet kan ikkje overstiga dei reelle opphaldsutgiftene. Korttidsplass i sjukeheim vert mest vanleg brukt i samband med rehabilitering og opptrening, og for denne type opphald kan kommunen krevja eigenbetaling, som no er kr 118 pr døgn i inntil 60 døgn i kalendaråret.

Etter sosialtenestelova vil personar med særleg tyngande omsorgsarbeid ha rett på avlastningstiltak. Det er i stor grad vere opp til kommunen korleis avlastninga vert lagt til rette, og avlastning for eldre blir vanlegvis gitt ved opphald i sjukeheim. Avlastningsopphald er gratis.

Vederlagsforskrifta gjeld ikkje for omsorgsbustader. Dei som bur i omsorgsbustader er sett på som heimebuande, og leigetilhøvet er regulert av husleigelova. Desse personane beheld fastlegen sin, dei kjem inn under retningslinene for tak på eigenbetaling for helsehjelp og i tillegg gjeld kapittel 8 i forskrift til sosialtenestelova, m.a. om avgrensningar i retten t til å ta betaling for ei rekkje tenester.

Heimesjukepleie, omsorgstenester som krev helsefagleg kompetanse i høve til personleg stell, eigenomsorg og støttkontakteneste skal vera gratis, medan det , innan visse grenser, kan krevjast betaling for heimehjelpstenester. I Bernt-utvalet si innstilling<sup>4</sup>, er det tilrådd at kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova vert erstatta med ei felles lov om sosial- og helsetenester i kommunane, som skal regulera kommunane sitt ansvar, krav til tenestene, mottakarane sine rettar, vedtaksprosess og klagerett.

## 2.6 Nye reglar for personar utan samtykkekompetanse

Det er vedteke endringar i lov om pasientrettar som gjeld helsehjelp til myndige personar som ikkje har samtykkekompetanse. Føremålet med endringane er å klargjera det rettslege grunnlaget for å gje helsehjelp i dei situasjonar der pasienten manglar samtykkekompetanse, og til å avgrens bruk av makt mot personar med demens.

## 2.7 Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer

Det er dei framtidige omsorgsutfordringane og brukarane av dei kommunale helse- og sosialtenestene som står i fokus i *Stortingsmedling nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer*. Dei siste 20 år har desse tenestene gjennomgått fleire store reformer som vedkjem både eldreomsorga og brukargrupper med ulike typar funksjonshemming. Gjennom handlingsplan for eldreomsorga vart det teke eit krafttak både for å auka kapasiteten og rusta opp kvaliteten på tenestetilbodet. Samtidig, som følgje av reforma for psykisk utviklingshemma, HVPU-reforma, og opptrappingsplan for psykisk helse, er talet på brukarar av det kommunale omsorgstenestene nær dobla dei siste 10 år. Dei nye brukargruppene stiller krav til nye arbeidsformer og endra kunnskap, og veksten i talet på eldre vil gjera det nødvendig å byggja ut tenestetilbodet.

Med meldinga vil regjeringa gje ein oversikt over dei framtidige hovudutfordringane i omsorgstenestene<sup>5</sup> og fastlegg både strategiar og konkrete tiltak fram mot år 2015. Tiltaka i meldinga er oppsummerte i *Omsorgsplan 2015* og *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Demensplanen er med å målretta dei generelle verkemidla som ligg i *Omsorgsplan 2015*, og tiltaka for å betra demensomsorga må difor sjåast i samheng med dei andre satsingsområda i omsorgsplanen.

Rettsleg er omgrepet omsorg brukt både i kommunehelsetenestelova, sosialtenestelova og barnevernslova. I st.meld. nr. 25 vert omgrepet i hovudsak nytta som eit samleomgrep for ulike former for heimetenester, heimesjukepleie, omsorgsbustader, aldersheim og sjukeheim, med støtte frå allmennegetenesta og dei andre helse- og sosialtenestene.

Regjeringa vil føra ein politikk som byggjer på fellesskapsløysingar og ønskjer ikkje ei kommersialisering av helse- og sosialtenesta. Regjeringa vil styrkja det offentlege sitt ansvar og den rollen det offentlege skal ha i høve til velferdsoppgåver, og samtidig støtta og leggja til rette for frivillig engasjement. Utgangspunkt deira er at sterkt fellesskap er det beste grunnlaget for personleg tryggleik enten ein er ung eller gamal, og det er desse grunnleggjande verdiane som skal leggjast til grunn for utforminga av omsorgstenestene.

Det vert lagt vekt på at eit velferdssamfunn byggjer på at alle yter, og regjeringa utfordrar den einskilde til å ta eit medansvar. Dette betyr klare forventningar til aktiv deltaking frå alle, særleg i høve til den veksande

<sup>4</sup>NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten- Samordning og samhandling i kommunale sosiale og helsetjenester.

<sup>5</sup> ). Organisatorisk er omsorgstenestekompetansen knytt til dei tenestene som låg til tidlegare helse- og sosialetat eller slik som vi er organiserte i dag, til tenesteproduksjonen i tenesteeining helse, sosial og pleie og omsorg.

seniorbefolkninga med store ressursar, både når det gjeld helse, økonomi og utdanning, i høve til kva som har vore vanleg tidlegare.

Regjeringa sin hovudstrategi for å møta dei framtidige omsorgsutfordringane er å bruka den demografisk sett relativt stabile perioden fram til 2020 – 2025 til ei gradvis utbygging av tenestetilbodet, og til å planleggja og førebu for den raske veksten i omsorgsbehovet som skjer etter 2020. Dei overordna strategiane er førebyggjande arbeid, å auka utdanningsnivået i omsorgstenestene, ny teknologi, tekniske hjelpemiddel, og universell utforming både i private heimar og i det offentlege rom.

Personalet i omsorgstenesta utgjer den grunnleggjande ressursen for tenesta der nesten alle tiltak er menneskeleg innsats. God omsorg oppstår i samspelet mellom personell, og mellom personell og brukar. Kvaliteten vert bestemt av personalet sine kunnskapar, haldningar og personlege eigenskapar. Omsorgstenestene er difor sårbar for svingar i personelldekning, kvalifikasjonar og samarbeidstilhøve. Tenesta er kjenneteikna ved å ha ein høg andel personell utan helse- og sosialfagleg utdanning. Avgangen av personell frå omsorgstenesta er om lag 12 prosent årleg. Dette skuldast til dels naturleg avgang knytt til alderspensjon, men er og resultat av langtidssjukefråver og uføretrygding. Det er omfattande bruk av deltid, i 2005 arbeidde berre 33 prosent av personalet over 30 timar pr veke. Utfordringane krev løysingar knytt til at ein aukar kapasiteten, hevar kompetansen og at ein i mindre grad nyttar deltidsstillingar.

Denne utviklinga gir utfordringar både i høve til verdiskaping, rekruttering og familieomsorg. I omsorgsmeldinga er utfordringane skildra slik:

*Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikkje overlates til helse- og sosialtjenestene alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnsfaktorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement frå familie, organisasjoner og lokalsamfunn.*

Utfordringane vil først og fremst vera knytt til :

### **Nye brukargrupper**

På grunn av utvikling av medisinsk teknologi og behandlingsevne, ser vi ein vekst i yngre brukarar med nedsett funksjonsevne og eit større spekter av helsemessige og sosiale problem. Resultatet kan bli fleire yngre innbyggjarar som vil ha livslangt behov for kommunale helse- og omsorgstenester. Desse brukargruppene krev ein anna fagleg kompetanse og eit heilskapleg livsløpsperspektiv på omsorgstilbodet.

### **For få omsorgsytarar**

Som følgje av at alderssamansetninga i befolkningen endrar seg, skjer det liten eller ingen auke i tilgangen på arbeidskraft og potensielt frivillige omsorgsytarar. Dersom vi legg til grunn at familieomsorga er stabil, betyr det at det offentlege må dekkja heile den forventa behovsveksten.<sup>6</sup>

### **Tenester til personar med demens og til deiras pårørande**

Ein av dei største utfordringane vi står framfor som følgje av auka levealder og endra alderssamansetning i befolkningen, er at talet på menneske med ulike demenslidningar truleg vil bli fordobla i løpet av 35 år<sup>7</sup>. Den sterkaste veksten vil skje om 10 – 15 år. Ein som vert ramma av demenssjukdom, vil bli dårlegare og dårlegare og til slutt heilt hjelpelaus. Det finst ikkje noko form for behandling som kan stoppa sjukdomen. I aldersgruppa 65-69 år reknar ein at det i underkant av 1 prosent som har demens, i aldersgruppa 80 – 84 er denne prosentatsen auka til 17,6, og frå 90 år og oppover reknar ein med at 40,5 prosent utviklar ein demenssjukdom.

Utviklinga av demenssjukdom kan delast inn i 6 trinn på med basis i funksjonsevne.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> På landsbasis er rundt 20 prosent av mennene og 10 prosent av kvinnene barnelause ( i alderen 40 – 79 år), og stadig fleire av dei eldre er skilde. Ein stor del av familieomsorga kjem frå ektefelle/ sambuar, statistisk sett er dette hjelp frå den kvinnelege partnaren. Forskning viser systematisk skildnad mellom menn og kvinner som yter omsorg til partnaren sin. Menn som yter hjelp til hjelpetrengande ektefelle, får tildelt langt meir ressursar. Skilde eldre har mindre kontakt med og mindre hjelp frå born/eigen familie enn dei gifte har. På gruppenivå synest barnelause og/eller skilde menn å vera ei marginalisert gruppe, utan hjelp frå familie og med lita utdanning og låg inntekt. Morgondagens eldre kan kanskje i større grad vera ”moderne” og ta del i huslege syslar og familiære oppgåver.

<sup>7</sup> Delplan til Omsorgsplan 2015 – Demensplan 2015 ”Den gode dagen”

<sup>8</sup> Den såkalla Berger skalaen

1. Klarar seg sjølv . Gløymer og avbryt ofte aktivitetar i dagleglivet
2. Kan utføra vanlege aktivitetar, men pasienten er ofte forvirra
3. Kan klara seg i kjende omgivnader og situasjonar, men har store minneproblem. Pasienten er ofte initiativlaus
4. Pasienten har handlingssvikt og språkvanskar
5. Kan ikkje kommunisera verbalt på ein meningsfull måte
6. Motoriske funksjonar er sterkt nedsette, og pasienten må difor ofte sitja i ein stol eller liggja til sengs.

### **Aktiv omsorg**

Mange undersøkingar peikar på at det er dagaktivitetstilbodet som er det manglande mellomleddet i omsorgskjeda. Demensplanen har som mål at dagaktivitetstilbod skal bli eit sentralt ledd i omsorgskjeda for personar med demens. I samheng med arbeidet med ny felles kommunal helse- og sosiallovgiving vil Regjeringa utgreia spørsmålet om å lovfesta eit dagtilbod til demente.

### **Endringar i haldningar og verdiar**

Endringar i verdiar og haldningar i samfunnet vil ha betydning for omsorgstenestene i framtida. Kort kan dette skildrast slik:

- Auka individualitet, fokus på forbruk og retten til å velja
- Omsorgstenesta vil møta tenestemottakarar som er mindre beskjedne, som vil bestemma og som er vande til å stilla krav.
- Framtidige eldre vil leggja meir vekt på individuelle verdiar, opplevingar og prestasjonar enn på kollektive verdiar.

Dette vil påverka forventingane til tenesta, både når det gjeld fagleg innhald, grad av individualitet og tenestnivå . Rein framskriving av behov bygd på utviklinga av alderssamansetninga kan vera ein tvilsam aktivitet. I følge forskarar som har fokusert på dette , omgir me oss med ein del mytar når det gjeld eldre<sup>9</sup>. Det er ulike oppfatningar i fagmiljøa m.o.t. om behovet for omsorgstenester vil auka eller ikkje, men dei fleste fagmiljø legg til grunn at behovet vil bli aukande i og med at talet på eldre vil stiga vesentleg.

### **Strategiar**

Regjeringa sin strategi for å møta dei framtidige omsorgsutfordringane er å nytta den demografisk sett stabile perioden vi har framfor oss til ei gradvis utbygging av teneste-tilbodet, og til å planleggja og førebu for den raske veksten som skjer frå omkring 2020.

I *Omsorgsplan 2015* har regjeringa utarbeidd ei rekkje konkrete tiltak basert på fem langsiktige strategiar for omsorgstenestene i framtida. Strategiane er:

#### *1. Kvalitetutvikling, forskning og planlegging*

Regjeringa og KS er samde om å leggja vekt på tverrfagleg kompetanseheving, lokalt utviklingsarbeid, kommunal planlegging og organisasjons- og leiingsutvikling for å gje eit tenestetilbodet med høgare kvalitet og ein meir aktiv omsorgsprofil.

#### *2. Kapasitetsvekst og kompetanseheving*

Regjeringa har styrkja dei frie inntektene, og dette legg m.a. til rette for at omsorgstenesta ut frå nivået i 2004 skal styrkjast med 10 000 årsverk innan utgangen av 2009. Det er føresett at kommunane nyttar denne veksten til å utvida tenestetilbodet i sjukheimar og heimetenester ut frå lokale behov og prioriteringar.<sup>10</sup>

Kompetanseløftet 2015 har som mål å skaffa tilstrekkeleg personell og nødvendig fagkompetanse. Dei 4 første åra er det m.a. lagt vekt på følgjande tiltak:

- Aksjon helsefagarbeider er eit lærefag med to års undervisning og to års læretid. Det føreset at det vert oppretta nok læreplassar frå 2008.

<sup>9</sup>) Sjå heimesida til Helse- og omsorgsdepartementet, Tema/Fagleg innlegg på Helse- og sosialdepartementet sine dialogkonferansar i mars 2005.

<sup>10</sup>) Det er vanskeleg å vita kva dette betyr for oss. Som eit anslag kan vil ta utgangspunkt i talet på dei som er 80 år og eldre i vår kommune i høve til alle 80 år og eldre i landet. Gitt det same forholdet når det gjeld stillingar, så tilsvarar det 14,4 stillingar.

- Tilpassa praksis- og opplæringsløp over 1-2 år for vakse slik at dei kan ta fagprøve som helsfagarbeider. Føresetnaden for å få tilskot til denne type opplæring er at kommuneane har behov for denne type arbeidskraft og kan tilby tilsetjing i heil stilling etter at opplæringa er fullført.
- Vidare- og etterutdanning for høgskuleutdanna personell m.a. i aldring og geriatri, demenslidningar, rettleiing og rehabilitering
- Auka stillingsbrøkar og fleire på heiltid
- Gode leiarar er av sentral betydning for å sikra gode tenester. Leiarar i omsorgs-tenesta har ansvar for tre gonger så mange tilsette som leiarar i utdanningssektoren. Det vil bli utvikla ei ny leiarsatsing.
- Forbetring av arbeidsmiljø
- Undervisningssjukeheim – regjeringa vil støtta og vidareutvikla dette arbeidet og ønskjer at desse sjukeheimane skal spela ein aktiv rolle i praksisnær forskning.
- Omsorg ved livets slutt og lindrande behandling - regjeringa ønskjer å styrka omsorga ved livets slutt og lindrande behandling utafør sjukehus. Dei vil prioritera prosjekt som sikrar ei utvikling gjennom fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi.

#### Samarbeid om etikk

Satsing på etisk kompetanseheving inngår som ein del av strategien for å styrka omsorgstenesta, og kommunane bør leggja til rette for at alle tilsette i omsorgstenesta får opplæring i grunnleggjande etiske prinsipp for å utøva yrket, og at denne opplæringa vert halde vedlike og oppdatert gjennom undervisning og rettleiing.

#### *3. Investeringsstilskot til sjukeheim og omsorgsbustader*

Tilskotet vil leggja til rette for langsiktig planlegging og investering i den kommunale omsorgstenesta. Tilskotet skal styrkja kommunen sitt tilbod om m.a. korttidsplassar i sjukeheim og butilbod for eldre og personar med nedsett funksjonsevne med behov for omfattande omsorgstenester både i sjukeheim og omsorgsbustad, dette gjeld og personar med psykisk sjukdom, utviklingshemming og rus. I perioden 2008 – 2015 vert det gitt 12 000 investeringstilskot til sjukeheimplassar og omsorgsbustader.

#### *4. Samhandling og medisinsk oppfølging*

Målet med tiltaka i demensplanen er at den einskilde skal oppleve livskvalitet, tryggleik og mening i kvardagen, trass i alvorleg sjukdom og funksjonssvikt. Til grunn for demensplanen ligg ei erkjenning av at omsorgstenesta i for liten grad er tilrettelagd for menneske med demens. Det betyr at det dei næraste år er naudsynt med endringar både i høve til kva kompetanse som er i omsorgstenesta, organisering og fysisk utforming. Planen vektlegg tiltak som kan setjast i verk før det er aktuelt med eit heildøgnsstilbod og set fokus på å letta dei pårørande sine omsorgsoppgåver. Strategiane for å nå dei overordna måla for denne brukargruppa er :

- Gi pårørande og brukarar god informasjon om tenestetilbodet i kommunen.
- Individuell tilrettelegging av tilboda
- Utvikla ei variert og fleksibel tiltakskjede både for pasientane og dei pårørande.
- Sikra god samhandling mellom dei som gir tenester i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetenesta
- Organisera tenesta slik at det blir eit avgrensa tal stabile og kompetente personar rundt brukaren både heime og i institusjonen.

Nasjonal standard for legetenesta i sjukeheim

Tilskot til NOKLUS, (Norsk kvalitetsforbetring av laboratoriumsverksemd utafør sjukehus) for å styrkja kvaliteten på det medisinske tilbodet på sjukeheimane.

Det er laga sentrale retningsliner for å fastsetja lokal norm for legedekning.

Legeårsverk er innført som kvalitetsindikator i KOSTRA (KOMMune, STAT, RAPportering)

Omsorg på slutten av livet og lindrande behandling

Regjeringa vil auka kompetansen for omsorg ved livets slutt. Tiltaka må sjåast i samheng med ein ny nasjonal kreftstrategi, der kompetanse og kapasitet til å følgja opp pasientar i omsorgstenesta står sentralt.

#### *5. Aktiv omsorg*

Regjeringa presiserer det ansvaret kommunane har etter sosialtenestelova § 3.1 om å etablera velferds- og aktivitetstiltak for eldre personar med nedsett funksjonsevne og andre som har behov for det. Sterkare fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak krev større tverrfagleg breidde i omsorgstenesten med større rom for faggrupper som aktivitør, ergoterapeut, fysioterapeut, sosialarbeidar og pedagog. Regjeringa peikar på at 10 000 nye årsverk gir grunnlag for å utvida den faglege breidda i omsorgstenesta.

Helse- og sosialdepartementet og Kultur- og kyrkjedepartementet har inngått samarbeid om å etablera den Den kulturelle spaserstokken. Tiltaket er forankra i Kultur- og kyrkjedepartementet, og målet er at tiltaka skal stimulera til auka samarbeid.

Regjeringa vil ta initiativ til forskning og brukarundersøkingar for å evaluera erfaringane med ulike produksjonsmåtar, og setja fokus både på kosthald og dei sosiale funksjonane som ligg rundt måltida. Som del av ein ny seniorpolitikk føreslår statens seniorråd å tilsetja kulturarbeidarar på alle sjukeheimar.

#### 6. Partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Administrasjonsdepartementet har sett i verk eit arbeid som skal sjå på permisjonsreglane i arbeidslivet og leggja tilhøva betre til rette og sikra visse rettar til familie, pårørande og frivillige som tek på seg eit omfattande omsorgsansvar.

Regjeringa tilrår kommunane å samarbeida med brukarorganisasjonar og frivillige organisasjonar. Frivilligsentralar, eldresenter, dagtilbod og andre tiltak som fungerer førebyggjande og utløyser og koordinerer frivillig innsats kan styrkjast innafør dei 10 000 årsverka til omsorgstenestene.

Regelverket rundt individuell plan kan vera eit godt verktøy for å sikra samhandling mellom tenestemottakar, familie/ pårørande og offentlege helse- og sosialtenester. Frivillige og familiemedlemmar sin innsats bør synleggjerast og avgrensast, slik at det er til å leva med for dei som tek på seg oppgåver.

## 3. OM SOGDAL KOMMUNE

### Demografi

Tabell : Folkemengda pr.01.01. 2006 og 2007 og framskriving til 01.01. 2010, 2015, 2020 og 2025. Kjelde:SSB.

Aldersgrupper	2006 – faktiske tal	2007- faktiske tal	2008- faktiske tal	2010 – framskriving	2015 – framskriving	2020- framskriving	2025 - framskriving
0 - 19 år	1 879	1 868	1 898	1 935	1 893	1 876	1 857
20-66 år	4 109	4085	4 119	4 231	4 274	4 308	4 382
67-79 år	556	555	563	568	733	874	956
80 - 89 år	239	251	263	245	251	252	312
90 år +	53	63	56	60	61	65	68
Personar i alt	6 836	6 822	6 899	7 039	7210	7 377	7 576

SSB lagar framskrivingar av folketal og aldersfordeling kvart 3 år. Den siste framskrivinga er frå 2005. For oss er det særleg interessant å sjå utviklinga er i dei eldste aldersgruppene. Tabellen viser at ved inngangen til 2008 har vi like mange innbyggjarar over 80 år som vi i følgje framskrivinga først skulle ha hatt etter 2020. Det indikerer at det framskrivingsalternativet vi har nytta, det såkalla MMM-alternativet, ikkje dekkjer den faktiske utviklinga. Folketalsveksten er lægre enn framskrivinga viser, og veksten i dei eldre aldersgruppene er høgare.

På 2 år, frå 2006 til 2008, auka aldersgruppa 80 år og eldre med 27 personar eller 9,2 prosent. I den same perioden auka samla folketal med 63 personar eller 0,9 prosent. Vi går ikkje meir inn på tala no, men viser til at den neste framskrivinga frå SSB kjem i løpet av mai.<sup>11</sup>

<sup>11</sup>) Levealderen har dei seinare åra auka raskare enn kva som har vore lagt til grunn i framskrivingar. I følgje info på SSB sine heimesider er det ikkje noko som tyder på at tempoet i auken av levealderen har slakka av.

### Geografi

Sogndal kommune er liten i utstrekning. På eit kvarter kan ein nå dei ulike delene av kommunen, bortsett frå Fjærland og Fimreite, dit tek det vel ein halv time med bil. Det er difor relativt enkelt å kunna nå dei fleste brukarane med tenester i eigen heim.

### Generell bustandard

Dei aller fleste bur i einebustader eller småhus, og den delen av befolkningen som bur i bustad bygd etter 1961 er høgare enn gjennomsnittet både for fylket og landet. Ein del av bustadmassen ligg i brattlendt terreng, slik at tilkomst kan vera vanskeleg for eldre og funksjonsehemma. Dei seinare åra har det vore aukande tilbodet på mindre og lett drivne husvære i blokk og liknande i sentrumsnære området.

### Levekår

Indeks for levekårsproblem byggjer på statistikk knytt til viktige velferdsordningar, og seier noko om sosiale problem i samfunnet vårt. Her ligg kommunen godt under gjennomsnittet for landet, noko som kan forståast slik at generelle levekåra i samfunnet vårt er gode.

## 4. KOMMUNALE PLANAR

*Kommuneplan 2005 – 2015 Mål og retningslinjer* trekkjer opp kommunen sine visjonar og verdiar for framtida. Visjonen er: *Fleire innbyggjarar og auka trivsel i Sogndal Kommune.*

Kommuneplan 2005 – 2015 er delt i tema som tek føre seg sentrale sider ved kommunen. Mellom desse er:

Trygge bu og levekår – hovudmålsetjing

*I Sogndal skal det vera godt å bu, leve og veksa opp, med tilrettelagde bu- og aktivitetstilbod for alle innbyggjarar*

*Dette skal vi oppnå mellom anna ved at:*

- *Alle bustadområde skal ha tilgjenge til uteareal for sosiale og fysiske aktivitetar*
- *Arbeida for eit variert butilbod til grupper med særskilde behov*
- *Arbeida for mangfaldige bumiljø med omsyn til etnisk bakgrunn, sosial og fysisk tilrettelegging og aldersspreiing*

*Viktige strategiar er m.a. å*

- *fremja førebyggjande helse gjennom Folkehelseprogrammet og leggja til rette for auka fysisk aktivitet*
- *styrkja brukarmedverknaden i helse-, sosial og omsorgstilbodet.*

### Økonomiplan 2008 – 2011, årsbudsjett 2008.

I planperioden skal fornyingsarbeidet i kommunen vidareførast m.a. gjennom deltaking i kvalitetskommuneprogrammet, og kommunen skal ta i bruk eit elektronisk basert internkontrollsystem i løpet av 2008.

I høve til opphøveleg budsjett 2007<sup>12</sup> er budsjettet styrka med 1,648 mill kroner i 2008, og denne auken ligg inne i heile planperioden.

Plan for folkehelsa skal reviderast som ein del av plan for idrett og friluftsliv.

<sup>12)</sup> Som følgje av fleire eldre over 90 år fekk kommunen auka rammetilskotet, og deler av denne auken vart tilført tenesteeininga, jmf. orientering i 2.tertial 2007.

## 5. PLEIE OG OMSORGSTENESTA - STATUS

Slik tenestene våre er organiserte, yter både tenesteeining sosial og tenesteeining pleie og omsorg omsorgstenester, praktisk bistand og aktiviseringsoppgåver. Tenesteeining sosial har hovudansvaret når det gjeld psykisk utviklingshemma, brukarar som kjem inn under psykisk helsevern og rus. Tenesteeining pleie og omsorg sine brukarar er eldre, teneste-mottakarar under 67 år med ulike somatiske sjukdomar og fysisk funksjonshemma.

Tenesteeining pleie og omsorg omfattar drift av Sogndal omsorgssenter (SOS), omsorgsbustader i Fjærland, Leighgota 3 og Fossatunet 1 B, rehabilitering og aktivisering, heimesjukepleie og heimehjelp. Eininga har stillingsheimlar tilsvarende om lag 100 årsverk, og i underkant av 150 fast tilsette.

Så langt i dokumentet har vi nytta omgrepet *omsorgsteneste* som eit samleomgrep for mange typar tenester. Ein måte å konkretisera omgrepet på er å visa kva konkrete omsorgsoppgåver tenesteeining pleie og omsorgstenesta yter:

### Sjukeheim

- Dag/ natt opphald.
- Heildøgnsopphald.
- Rehabiliteringsopphald.
- Dagtilbod for eldre

### Heimebaserte tenester:

- Heimesjukepleie
- Praktisk bistand
- Omsorgsløn
- Bringing av mat.
- Tryggleiksalarm.

### Rehabilitering :

#### Ergoterapi teneste

- Uprøving/ tilpassing av hjelpemidlar.
- Rehabilitering.

#### Fysioterapi teneste

- Rehabilitering
- Fysikalsk behandling enkeltvis, gruppevis og rettleiing.

### Omsorgsbustader

Tenesta har interne støttfunksjonar knytt til kjøkken, reinhald, vaskeritenester, hår- og fotpleie.

### 5.1 Tverrfagleg samarbeidsgruppe

TSG – Tverrfagleg SamarbeidsGruppe- har ei koordinerande rolle i høve tenesteproduksjonen mellom pleie og omsorg og tenester knytt til tenesteeining sosial. TSG handsamar søknader om heimehjelp, heimesjukepleie, støttekontakt, omsorgsløn, personleg assistent, alarmtelefon, matombringning, transportordning, parkerings- og fylgjekort, tildeling av omsorgsbustader og opphald i institusjon.

### 5.2 Verdigrunnlag

Tenesta arbeider etter eit verdigrunnlag med fokus på tryggleik, respekt og kvalitet. Kjennteiknet på kvalitet skal vera: individuelt tilpassa tenester i eigen heim og i fellesskap, og tenesta skal vera tilgjengeleg, påliteleg, heilskapleg og fleksibel.

Det er eit overordna prinsipp i tenestetildeling og tenesteproduksjon at det skal skje etter Lågast EffektiveOmsorgsNivå (LEON-prinsippet). I omgrepet effektiv vert det lagt avgjerande vekt på kva som er økonomisk effektivt. Det betyr at tenester som kan tilby brukarane same innhald, på eit anna tenestnivå, til ein lågare kostnad, skal tilbydast på dette nivået.

### 5.3 Heildøgns pleie og omsorg - omsorgsbustader og institusjonsplassar

Den tidlegare nasjonale handlingsplan for eldreomsorga hadde som retningsgivande mål at tal plassar med heildøgns pleie og omsorg i omsorgsbustader og institusjon skulle utgjera 25 % av talet på dei som er 80 år og eldre.

I år 2000 vart det laga ein rapport som gjekk inn i saksgrunnlaget for å velja utbyggingsmodell for pleie og omsorgstenesta, og kommunestyret valde å satsa på ein heimetenesteorientert modell.<sup>13</sup> I ein heimetenesteorientert modell vil tilgjengeleg institusjonsplassar i hovudsak nyttast til medisinske behandling eller korttidsplassar for avlastning, behandling, observasjon og opptrening, og ikkje som bustad over lang tid. I perioden 2000 – 2006 vart det investert om lag 93 millionar kroner i omsorgsbustader her i kommunen.

Omfanget av sjukeheimplassar og omsorgsbustader med heildøgns pleie og omsorg er i dag slik:

SOS – sjukeheimsdel		33 einingar <sup>14</sup>
fellesskapsbustader		32 ”
andre omsorgsbustader	15 ”	
Fjærland		4 ”
Fossatunet 1 B	12 ”	
Leighgota 10		10 ”
<u>Stedjevegen 27 – 29</u>		<u>10 ”</u>
SUM		116 einingar

Det gir ein bygningsmessig dekningsgrad på 37,0 prosent, dvs at kommunen har ein bygningsmessig kapasitet tilsvarande 37 prosent av alle som er 80 år og eldre.<sup>15</sup> Når det gjeld bruken, vert det vist til punkt 5.4 side 18.

I omgrepet omsorgsbustad ligg det at bustaden må tilfredsstillast ei rekkje krav til fysisk utforming når det gjeld kvalitet og tilgjenge. Det er dessutan ein føresetnad for å etablera omsorgsbustader, at kommunen kan tilby heildøgns pleie og omsorgstenester.

Omsorgsbustadane i omsorgssenteret ligg tett opp til basen for heimetenestene. Med unntak for omsorgsbustadane i Fjærland er avstanden til omsorgsbustadane relativ kort, og samla har kommunen eit variert butilbod som møter ulike behov.

På landsbasis er dekningsgraden slik:

Samla dekningsgrad institusjon og omsorgsbustader 2006, Kjelde:SSB, KOSTRA:

Kommunar med:	Tal kommunar
Låg dekning (under 25 %)	48
Middels dekning ( 25 – 30 %)	93
Høg dekning (30 – 40 %)	193
Svært høg dekning (over 40 %)	98

Sjukeheimsdelen på SOS har 33 rom, 4 av desse kan nyttast til dobbeltrom. Pasientane som er på institusjonen kan grovt delast inn slik:

- Dei som bur fast ved institusjonen over lenger tid.
- Dei som er inne for medisinsk behandling, rehabilitering eller terminalpleie.
- Dei som er på avlastning.

Eit anslag er at avlastning i rulling utgjer i snitt 3 plassar, medisinsk oppfølging m.m ca 13 plassar og resten har institusjonen som bustad.

Institusjonen vart opna i 1983, og etter opninga har det skjedd lite, både når det gjeld tilpassingar i høve til endra behov og når det gjeld generelt vedlikehald. Det er lite eller inga skjerming mellom ulike brukargrupper,

<sup>13</sup>) Det har vore gjennomført fleire undersøkingar som viser lægre kostnader ved ei heimeorientert teneste samanlikna med ei institusjonsorientering av pleie og omsorgstenestene. Forklaring er dels at eit driftsopplegg der ressursane er meir tilpassa summen av individuelle behov, dels at ved å gje det i same tenestnivå i institusjon vil kommunen måtta betala utgifter som i heimetenesta vert dekkja av statlege instansar (i hovudsak trygdesystemet og Husbanken).

<sup>14</sup>) Dekningsgraden for institusjonsplassar, 33 plassar, er 10,5 prosent.

<sup>15</sup>) I tillegg kjem trygdebustadane i Skulevegen 9, i alt 15 einingar. Det er og private tilbod i kommunen.

t.d dei som bur meir langvarig ved institusjonen og dei som er inne på korttidstilbod, og det ligg ikkje til rette for å skjerma urolege pasientar.

Det er eit stort behov for å oppgradera/renovera institusjonen. Samtidig med at ein planlegg ei slik oppgradering, bør det og gjerast ei vurdering av om det utbyggingspotensiale innafor området på SOS, eller om kommunen må planleggja andre løysingar når behovet er forventa å auka rundt år 2020.

**Butilbod for personar med demens**

På 90 –talet var det ei eiga demensavdeling på institusjonen, og erfaringar derifrå vart lagt til grunn ved utforming av omsorgsbustadane i Skulevegen 7 C. Lokale erfaringar tilsa at inndeling i mindre grupper med eit fellesareal er ei god driftsform, også for andre brukarar enn demente. I Skulevegen 7 C er det 4 avdelingar, kvar avdeling har plass til 8 bebruarar, har eige kjøkken, stove og aktivitetsrom. Her ligg det godt til rette for bukollektiv der bebruarane kan delta i daglegdagse gjeremål og andre tilpassa aktivitetar.

Det er og behov for betre tilbod til demente med særleg krevande og /eller truande åferd, t.d. skjerma tilbod i mindre grupper enn elles, grupper på 4 er nemnt som passande i ulike dokument. Bygningsmessig ligg det ikkje til rette for å kunna dekkja dette behovet i Skulevegen 7 C.

## 5.4 Nøkkeltal

Tabell 5.4.1. Institusjonen, talet på liggjedøgn omrekna til gjennomsnittleg tal plassar, År 2004 – 2007:

År	Gjennomsnittleg tal plassar
2004	29
2005	28
2006	28
2007	33

Tabellen viser gjennomsnittleg tal plassar som har vore i bruk i institusjonen dei fire siste år.

Når det gjeld omsorgsbustadane, har det i Fossatunet og Leighgota vore ledig husvære i kort tid i tilknytning skifte av leigetakarar. I dei andre bustadane har det vore full kapasitetsutnytting.

Eininga har over fleire år hatt eit overforbruk i høve til budsjettet, slik var det og i 2007. Når det gjeld budsjettet for 2008, tilsvarar det eit gjennomsnittleg forbruk på 25 plassar, pluss ein auke i ramma på 1,648 mill kroner som er om lag det det kostar å drifta 2 plassar.

Tabell 5.4.2. Heimesjukepleie og hjelp i heimen. Tal personar som har motteke tenester, fordelte på alder og kjønn. År 2004, 2005 og 2007.

År	< 16-66	67-79	80 +	Sum K	< 16-66	67-79	80+	Sum M	Sum K+ M
2004	32	42	97	171	24	15	33	72	243
2005	22	33	105	160	15	15	31	61	221
2007	52	37	137	226	39	31	50	120	346

I 2007 var det om lag 350 personar som mottok omsorgstenester i form av heimesjukepleie og hjelp i heimane. Den store auken frå 2006 til 2007 skuldast ein sterk auke i talet på personar mellom 16 og 66 år og over 80 år som har motteke tenester.

Tabell 5.4.3. Diverse KOSTRA-tal, år 2006<sup>16</sup>.

<sup>16</sup>) Rapporteringa i Kostra er styrt av strenge krav til standardiserte opplysningar og oppstillingar. I rapporteringa er det fokus på *funksjon* (ikkje organisering), det vil seia kva behov i befolkninga som skal dekkast, og rapporteringa skjer pr. funksjon. Netto driftsutgifter pr innbyggjar i pleie og omsorg omfattar difor tenester både frå tenesteeining sosial og tenesteeining pleie og omsorg. Kommunen har hatt ein praksis der for mange utgifter har vore førde på funksjon 234 - aktivisering medan dei skulle ha vore på funksjon 254. Praksisen vil bli endra frå år 2008.

Nøkkeltal, alle tal i heile kroner	Sogndal	Gj.snitt kommunegr.08	Gj.snitt Sogn og Fjordane	Gj.snitt landet
Nto.dr.utg. pr. innbyggjar, pleie og omsorgstenesta	9 314	9 771	12 891	10 512
Korr. bro.dr.utg. pr heimetenestemottakar	138 338	141 775	147 937	142 420
Korr. bro.dr.utg. institusjonen	744 250	663 625	667 925	666 138

Tabellen viser at driftsutgifter pr innbyggjar i pleie- og omsorgstenesta i 2006 ligg under gjennomsnittet både i kommunegruppa, fylket og landet. Det same gjeld korrigererte bruttodriftsutgifter. Kostnaden pr. institusjonsplass ligg over kommunegruppa, fylket og landet.

Regjeringa har ei målsetjing om 10 000 nye årsverk i omsorgstenesta ut frå nivået i 2004 innan utgangen av 2009. Eit aktuelt spørsmål er kor mange av desse nye årsverka er det som tilfell Sogndal kommune, og har kommunen styrka tenestene slik det er føresett frå sentral hald? Det finst ikkje eit nøyaktig svar, men det går an å gjera eit resonnement. Ved å ta utgangspunkt i talet på dei som er 80 år og eldre i vår kommune i høve til alle 80 år og eldre i landet, og leggja til grunn det same forholdstallet når det gjeld stillingar, så betyr den nasjonale satsinga 14 – 15 stillingar for Sogndal kommune sitt vedkomande. Midlane vert fordelte dels gjennom rammetilskotet og dels som øyremerka midlar. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunen i perioden 2005 – 2008 fått tildelt 2,6 millionar kroner. I 2006 vart pleie og omsorgstenesta styka med 2,5 faste stillingar finansiert av frie kommunale midlar, og i 2007 auka den økonomiske ramma for pleie og omsorg med 1,648 mill kroner, finansiert på same måten som i 2006. Gitt ein gjennomsnittskostnad pr. stilling på kr 400 000 tilsvarar summen av øyremerka og frie midlar 13 årsverk (av dette 6,5 til eldreomsorga). Resonnementet gir grunnlag for å seia at kommunen så langt har følgt opp satsinga frå sentralt hald.

## 5.5. Stillingar og kompetansesamansetning i pleie og omsorgstenesta

Tabell 5.5.1. Årsverk fordelt etter utdanningsnivå i institusjonen og i heimebaserte tenester

	Årsverk, absolutte tal	Årsverk i %
<b>Institusjonen</b>		
Assistent	6,0	17,0 %
Hjelpepleiar, fag-og omsorgsarb.	16,5	46,7 %
Sjukepleiar	10,4	29,5 %
Andre	2,4	6,8 %
SUM	35,3	100 %
<b>Open omsorg</b>		
Assistent	21,1	30,2 %
Hjelpepleiar, fag-og omsorgsarb.	27,2	38,8 %
Sjukepleiar	17,1	24,5 %
Andre <sup>17</sup>	4,5	6,5 %
SUM	69,9	100 %

Tabellen viser årsverk i institusjonen og i heimebaserte tenester fordelt etter utdanning.

Oversikten viser at det er god basiskompetanse både i institusjonen og i open omsorg, i institusjonen utgjer hjelpepleiarar og fag og omsorgsarbeidarane høvesvis 46,7 og 29,5 prosent av alle årsverk. I open omsorg er utgjer hjelpepleiarar og fag- og omsorgsarbeidarar 38,8 prosent av alle årsverk medan 24,5 prosent av årsverka er sjukepleiarar. Den gode tilgangen på fagpersonell viser att i det daglege ved at det er sjukepleiar og anna helsepersonell på alle vakter. Sjølv om vi no har god fagkompetanse, ser vi at det vert stadig vanskelegare å rekruttera til ledige stillingar. Dette gjeld både ved utlysing av faste stilling, til ferieavvikling og når det gjeld læringplassar. Tenesta vil i løpet av dei neste 5 – 10 åra få stor utskifting i personalgruppa på grunn av

<sup>17</sup>) Andre: Kontorpersonale.

aldersutvikling. Rekruttering av personell, særleg for gruppa hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar vil bli ei aukande utfordring. Erfaringa er og at det i langt vanskelegare å rekruttera ferievikarar no enn tidlegare.

Det er om lag 150 tilsette i pleie og omsorgstenesta, og det gir ein gjennomsnittleg stillingsstorleik på om lag 70 prosent. Det er grunn til å streka under at eit gjennomsnitt dekker over at det er store variasjonar i stillingsstorleikane.

Det vert ofte sagt at det ligg ein arbeidskraftreserve i den faste arbeidsstokken fordi det er mykje ufrivillig deltid i omsorgstenesta. Vi veit ikkje kor stor denne reserven er, men det er sett i gang eit arbeid mellom anna for å kartleggja uønska deltid, og resultatet frå dette arbeidet kan kanskje gje oss ein peikepinn på dette. som kanskje

### Legetenesta

I sjukeheimen er det institusjonelegen som er pasientane sin medisinsk ansvarlege lege. Frå 2008 er stillinga auka frå 8,5 til til 10 timar pr veke. Denne endringa er gjort i samsvar med kriterier for å fastsetja ei lokal norm for legedekning i sjukeheimar. Omsorgstenesta har inngått avtale med Helse Førde med det føremål å styrka kvaliteten på laboratorieverksemda på sjukeheimen, NOKLUS.

Legetimar knytt til institusjonen er frå i år vorte ein kvalitetsindikator i Kostra. Landsgjennomsnittet er på 0,28, gjennomsnittet for Sogn og Fjordane 0,22 og for Sogndal 0,37<sup>18</sup>. Kommunen har dessutan ei deltidsstilling på 6 timar pr veke som tilsynslege for omsorgstenester, rus, psykisk helsevern og heimesjukepleien. Det er ikkje eit sentralt krav at kommunen skaql ha ei slik stilling.

For brukarane av omsorgstenestene er det fastlegen som dekkjer dei medisinske behova.

## 5.6 Aktiv omsorg

### Støttekontakt

Ved utgangen av 2007 er det 30 personar over 67 år som har innvilga støttekontakt. Dei fleste har mellom 2 og 4 timar, men nokon har opptil 8 timar. Om lag 20 av desse har tilbod innan pleie og omsorg. Det kan vere anten i omsorgsbustad eller heildøgns plass på SOS.

### Dagtilbod

Tabell 5.6.1. Dagtilbod til eldre og funksjonshemma, tal brukardagar. År 2004, 2005 og 2007.

År	Frå institusjonen	Dagopphald	Sum
2004 <sup>19</sup>	142	1880	2022
2005	259	2388	2647
2007	427	2006	2433

Dagtilbodet omfattar fleire ulike aktivitetar, t.d. arbeidsstove 3 dagar i veka, ulike trimtilbod, andakt, mimregupper m.m. Tabellen viser at dei som bur på institusjonen i stadig større grad nyttar seg av dagtilboda, medan det er mindre endringar i talet på dei som er inne på dagopphald.

Mat og måltid er for mange viktige sosiale aktivitetar. I fellesskapsbustadane i Skulevegen 7 C ligg det fysisk til rette for å delta i førebuingaktivitetar når det gjeld mat, og måltida kan skje i fellesskap. Dei som bur i omsorgsbustader på SOS og som vel å få ferdige måltid,

<sup>18</sup>) Rekna ut frå eit pasientgrunnlag på 27.

<sup>19</sup>)Drifta starta opp att i mars, etter å vore stengt pga ombygging.

kan delta i fellesmåltid i matsalen. På institusjonen ligg det bygningsmessig ikkje til rette for felles aktivitetar rundt mat og måltid.

### **Aktivitet og rehabilitering**

Pleie og omsorgstenesta har ergoterapeut-, fysioterapeut- og aktivitørstilling som er sentrale i førebyggjande arbeid og rehabilitering, faggruppene utgjer 3,5 stillingar. Ein stor del av ergoterapeuten sitt arbeid er retta mot utprøving, tilpassing og formidling av hjelpemiddel innafor IKT, syn, høyrsel og kognitive hjelpemiddel. Auka bruk av hjelpemiddel frå hjelpemiddelsentralen gjer at for mykje av ergoterapiressursen går med til å praktisk arbeid rundt dette arbeidet, og auka vaktmeisterressursen kunna ha avlasa ergoterapeut.

Sidan i fjor har fysioterapitenesta hatt eit tilbod om trening og sosialt samvere om ettermiddag på SOS. Tilbodet kom i stand som eit prosjekt under folkehelseprogrammet, og er no eit fast tilbod.

### **5.7 Partnerskap med familie og lokalsamfunn**

Tenesta har eit nært og godt samarbeid med fleire lag og organisasjonar, m.a. Frivilligsentralen, Røde Kors Besøksteneste, Frelsesarmeen, ulike bygdakor og musikklag. Frivilligsentralen fungerer som ein møte – og koordineringsplass for frivillige aktivitetar, og ei av hovudoppgåvene er å rekruttera nye frivillige og samarbeida med frivillige lag og organisasjonar og med det offentlege.

Frivilligsentralen har ansvaret for mimregruppe og songgruppe, og organiserer frivillige til matombringning til private heimar. Røde Kors si besøksteneste har songgruppe på omsorgssenteret, og i sommarhalvåret er bebruarane med ut.

Der har vore relativt lett å rekruttera til utkøyring av mat om kvardagane, men i helg og høgtid har det vore visse vanskar. Den generelle utviklinga er likevel at det er vanskelegare no enn tidlegare å rekruttera til frivillig aktivitet.

### **5.8. Rammeavtale med Helse Førde**

For å sikra meistring og livskvalitet hjå dei eldre, er det viktig med godt tilbod når det gjeld diagnostisering, behandling og rehabilitering. Dette er ei felles utfordring for kommunen og spesialisthelsetenesta. Hausten 2007 inngikk kommunen ein rammeavtalen med Helse Førde. Avtalen har som føremål å betra samarbeidet om pasientar og brukarar som treng både kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester. Avtalen er ny, og framover vert det viktig å få til underavtalar og samhandlingsprosedyrar.

### **5.9. Kvalitet på tenestene - tilsyn og brukarundersøkingar**

Pleie og omsorgstenesta har som resultatkrav at gjennomsnittlege tal for kor nøgde brukarane og dei pårørande er skal liggja minst på landsgjennomsnittet. Det er gjennomført brukarundersøkingar i 2002, 2004 og 2006. Brukarundersøkinga i 2006 syner ein mindre tilbakegang i brukartilfredsheit samla sett, men ein relativt større tilbakegang på institusjonen samanlikna med 2004. I høve til landsgjennomsnittet låg brukartilfredsheita like under snittet.

Revisjon av internkontrollsystema skjer jamnleg, både i eigen regi og ved ekstern hjelp.

Tenesta har inngått avtale med Helse Førde om bistand og rådgiving innafor smittevern både når det gjeld institusjonen og heimetenestene.

## 6. MÅL, STRATEGI OG TILTAK

### Overordna mål

Alle eldre som har behov for bistand for å meistra eigen kvardag skal få naudsynte førebyggjande tenester, behandling, pleie og omsorg av god kvalitet.

### Delmål

Alle 75 åringar skal få informasjon, råd og rettleiing gruppevis for å fremma helse og eiga meistring.

Fysioterapitenesta/rehabiliteringstenesta skal vera med å gje auka motivasjon og forståing for at eldre tek vare på eiga helse. Informasjon /foredrag til pensjonistlaget og interessegrupper skal prioriterast.

Aktivitets- og rehabiliteringstilbodet må styrkast og utviklast vidare, t.d. ville ei styrking av vaktmeistertenesta kunna ha frigjort ressursar for ergoterapitenesta.

Alle som har behov for nødvendige pleie- og omsorgstenester som kan ytast forsvarleg i eigen bustad / omsorgsbustad, skal få det.

Sjukeheimen dekker funksjonar som langtidsbutilbod for brukarar med omfattande pleie og omsorgsbehov og korttidsopphald i form av etterbehandling etter sjukehusopphald, rehabilitering, avlastning for pårørande og omsorg ved livets slutt. Vi ser at det skjer endringar i funksjonsdelinga mellom 1. og 2.linjetenesta, og på sikt vil sjukeheimen få utvida funksjonsområde til å gjelda meir medisinsk behandling og pleie ved akutt sjukdom, utgreiing og observasjon, medisinsk behandling og korttidsopphald for kronisk sjuke og personar med komplekse og samansette behov, og tryggleiksplassar. Andre tenester, som legetenesta, må styrkast og vidareutviklast i tråd med sjukeheimen si utvikling.

Bu-, pleie og omsorgstilbodet for personar som har demens skal utviklast i fellesbustadane i Skulevegen 7. Bemanninga må styrkast med utgangspunkt i sentrale føringar både når det gjeld fleire stillingar og kompetanseheving.

Dagtilbodet må utviklast både for dei som har demens og for andre eldre.

Det skal lagast ein opplærings- og rekrutteringsplan .

### Overordna strategiar

Overordna strategi for å nå desse måla vil vera å vidareutvikla helse-, pleie- og omsorgstenesta i Sogndal med vekt på heimebaserte tenester og tiltak for å få ein meir funksjonell sjukeheim.

For å nå mål og delmål må vi utvikla m.a. følgjande strategiar:

Helsefremjande og førebyggjande innsats skal hjelpa innbyggjarane å meistra eige liv og utfordringar.

Sikra samarbeid og samordning innan pleie og omsorgstenesta, med andre aktuelle kommunale og eksterne instansar – inkl. frivillig lag og organisasjonar.

Sikra nødvendig personell med nødvendig kompetanse særleg gjeld dette i forhold til demens og innan rehabilitering. Eigne planar må utarbeidast for å utvikla desse tenestene.

Sjukeheimen skal oppgraderast til ein moderne institusjon tilpassa vår modell for pleie- og omsorgstenesta m.a. med inndeling i avdelingar. Det er og behov for å avklara om det er mogeleg å utvida bygningsmassen innafor tomtegrenesne på SOS. Det vert sett i gang eit forprosjekt på dette område.

Utviklinga av tenestetilbodet skjer i dialog med tilsette, brukarar, pårørande og samarbeidspartnarar.

Kultur og aktivitetstilbod for eldre må sikrast og vidareutviklast både internt i tenesta og i samarbeid med frivillige lag og organisasjonar.

Brukarmedverknad og samarbeid med pårørande må vidareutviklast m.a. ved hjelp av individuell plan for brukarar med omfattande og langvarige pleie- og omsorgsbehov.

## **Framlegg til tiltak i perioden 2008 – 2011**

### **Økonomi**

Økonomiplan viser korleis dei økonomiske ressursane er prioriterte mellom ulike kommunale oppgåver. For perioden 2008 – 2011 er det ikkje noko økonomisk styrking av pleie og omsorgstenesta.

Den sentrale målsetjing om 10 000 nye årsverk innan 2009 er ikkje fullført. Auke i rammetilskotet som følgje av opptrappingsplanen skal vurderast i høve til pleie og omsorgstenesta.

Ansvarleg : Rådmannen, i samband med rullering av økonomiplan.

### **Deltaking i kvalitetskommuneprogrammet**

Vidareføring av fornyingsarbeidet, m.a. ved deltaking i kvalitetskommuneprogrammet og ved å ta i bruk eit elektronisk basert internkontrollsystem, er mellom dei 10 høgste prioriterte utviklingsområde for kommunen i planperioden 2008 – 2011.

Målet for kvalitetskommuneprogrammet er at gjennom endringsarbeid vil vi søkja å auka kvaliteten og effektiviteten i pleie og omsorgstenesta gjennom konstruktivt samarbeid mellom dei folkevalde, leiarar og tilsette slik at brukarane merkar ei endring. Grunnlaget for kvalitetskommuneprogrammet er ein sentral avtale om samarbeid mellom staten, KS og yrkesorganisasjonane. Målet er at innbyggjarane i deltakarkommunane skal merka at kvaliteten på tenestene vert betre. Skal vi lukkast med ein slik strategi, er det tre element som er gjennomgåande:

1. Fagleg gode tenester
2. Levert på ein menneskeleg sett god måte
- 3 I eit system som fremjar heilskapstenking og samordning.

Det er sett i verk ei rekkje delprosjekt, m.a.:

- Fleire nøgde medarbeidarar i høve til stillingsstorleik
- Det er oppretta ei partssamansett arbeidsgruppe som skal kartleggja kor stort omfanget av uønska deltid er og koma med framlegg til tiltak for å redusera omfanget av uønska deltid.
- Det skal lagast ein opplærings- og rekrutteringsplan.
- Fokus på nærver og betre arbeidsmiljø – aktivitets- og trivselstiltak, gjennomgang av fråversrutinane
- Sjukeheimen deltek i eit landsomfattande kvalitetsforbetringsprosjekt der den sentrale prosjektorganisasjonen gir rettleiing og oppfølging for å planleggja og gjennomføra forbetring i institusjonen.
- Forbetring av tilbodet til demente. Ei gruppe er i ferd med å vurderer kva som må til for å gje eit forbetra tilbod til demente med utgangspunkt i Skulevegen 7 C. Ei anna gruppe fokuserer på ernæring.
- Internkontroll- og internkontrollsystem er sentrale verkemiddel i kvalitetsarbeidet. Heile organisasjonen skal ta i bruk KERBAS, eit elektronisk basert internkontrollsystem i løpet av 2008

### **Seniorpolitikk**

Det er utarbeidd ein eigen plan for kommunen sin seniorpolitikk, framframlegget har vore til høyring, formannskapet og kommunestyret skal handsama planen i april.

### **Folkehelseprogrammet**

Sentrale verdiar i folkehelseprogrammet er å satsa på fysisk helse ved å påverka levevanar og –kår og psykisk helse ved å ha fokus på meistring, tryggleik, respekt og synleggjering. Kommunen sin *Plan for folkehelse* seier at i 2007 og 2008 skal ein prioritera eldre, kronisk sjuke og vaksne som er lite mobile. Eit av prosjekta som vart prioritert i fjor, var Frisklivssentralen. I løpet av juni 2008 vil det liggja føre ein evalueringsrapport for dette prosjektet, og då vert det teke stilling til korleis tiltaket skal vidareførast.

- Det skal arrangerast årlege samlingar for alle 75 åringar i kommunen der eldre si helse og førebyggjande helsearbeid skal stå i fokus.

### **Prioriteringar**

Dersom tenesta får tildelt nye ressursar, er prioriteringa slik:

Det er behov for å styrkja det samla bu-, pleie og omsorgstibodet til personar med demens. Oppfølging av sentrale føringar vil bety eit behov for å styrkja bemanninga for denne denne brukargruppa.

Styrka aktivitets- og rehabiliteringstilbodet.

Kompetanseutvikling, etter og vidareutdanning til personell for å sikra at organisering og måten vi arbeider på, er i samsvar med behov og krav til høg kvalitet.

### **Investering**

På investeringssida er er oppgradering / utviding av sjukeheimen som er viktig.

Det må setjast i gang eit planarbeid for å oppgradera sjukeheimen til ein moderne institusjon tilpassa vår utbyggingsmodell. Samtidig er det behov for å avklara om det er mogeleg å utvida bygningsmassen innafør tomtegrensene på SOS. I utgangspunktet kan det vera mogeleg å

- Byggja om atriet i sjukeheimsseksjonen
- Byggja ut på parkeringsplassen mot Stien/Ulvahauge.

Resultatet av dette skal danna grunnlaget for ein søknad om investeringstilskot.

Arbeidet bør vera avslutta innan utgangen av året. Det er behov for å leiga inn konsulhjelp, og ei økonomisk løyving vert å vurdere i samband med budsjettrevisjonen.

### **Oppfølging av planen**

Ansaret for å følgja opp planen ligg til rådmannen.

Tiltakslista skal rullerast kvart år i samband med rullering av økonomiplan. Alle tiltak som føreset nye løyvingar, må vurderast i det årlege budsjett- og økonomiplanarbeidet.