



Strategiplan for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester

2006-2016



FORORD

Plan for pleie-, omsorg- og rehabilitering ble første gang utarbeidet i 1995 og vedtatt av kommunestyret 28.02.96. En rullering av planen ble foretatt i 1998 og vedtatt av kommunestyret samme år – ”Handlingsplan for eldreomsorgen i Oppegård kommune 1998 – 2010”. Sistnevnte plan ble begrenset til å gjelde eldreomsorgen i kommunen og har i all hovedsak vært styrende for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Videre ble Plan for utvikling av det medisinske rehabiliteringstilbudet i Oppegård kommune 1999 – 2002 vedtatt i 1998. Innholdet i eksisterende planverk (fra 1995 og 1998/1999) er blitt noe foreldet, mens andre tiltak som er skissert i planverket er nå realisert bl.a. gjennom bygging av Greverud sykehjem og omsorgsboliger på Bjørkås og Greverud.

Utbygging av kommunens pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester slik at den til enhver tid har tilstrekkelig kapasitet og kvalitet, vil bli en av kommunens mest krevende utfordringer i årene fremover. I forbindelse med budsjettbehandlingen for 2005, ble det vedtatt å utarbeide ”En strategiplan for utvikling av eldreomsorgen i Oppegård kommune”. Planen ble senere justert til å favne mer enn eldreomsorg ved bl.a. også å omfatte rehabilitering og en bredere målgruppe enn eldre.

Den rullerte handlingsplanen for eldreomsorgen i Oppegård kommune har et tidsperspektiv frem til 2010. Strategiplanen strekker seg frem til 2016. Oppfølging av planen skjer gjennom revidering av kommuneplan, handlingsplan, årsbudsjetter og kommunestyrets årsberetning.

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | | |
|----------|---|-----------|
| 0 | MØTEPROTOKOLL – POLITISK BEHANDLING | 7 |
| 1 | SAMMENDRAG | 9 |
| 2 | INNLEDNING | 8 |
| 3 | STATUS PR. 1.JANUAR 2006 | 10 |
| 3.1 | Organisering | 10 |
| 3.2 | Eksisterende tiltak og tjenester | 11 |
| 4 | UTFORDRINGER | 12 |
| 4.1 | Folkehelse og miljø | 12 |
| 4.1.1 | Nedsatt bevegelsesevne – universell utforming | 12 |
| 4.1.2 | Forebyggende innsats | 13 |
| 4.2 | Brukere/innbyggere | 14 |
| 4.2.1 | Befolkningsutvikling | 14 |
| 4.2.2 | Eldre med demens | 15 |
| 4.2.3 | Funksjonshemmede | 15 |
| 4.2.4 | Unge personer med nedsatt funksjonsevne bosatt i sykehjem | 15 |
| 4.2.5 | Kreft | 16 |
| 4.2.6 | Hjerte/kar-lidelser | 17 |
| 4.2.7 | Muskel- og skjelettlidelser | 17 |
| 4.2.8 | Andre lidelser | 18 |
| 4.2.9 | Omsorg for alvorlig syke og døende/palliativ omsorg | 18 |
| 4.2.10 | Flerkulturelt samfunn | 19 |
| 4.2.11 | Brukermedvirkning | 19 |
| 4.3 | Økonomi | 19 |
| 4.3.1 | Økonomiske rammebetingelser | 19 |
| 4.4 | Fornyelse og medarbeidere | 20 |
| 4.5 | Interne prosesser og rutiner | 21 |
| 4.5.1 | Kvalitetsarbeid | 21 |
| 5 | MÅLSETTING | 23 |
| 5.1 | Lover – forskrifter – sentrale retningslinjer | 23 |
| 5.2 | Oppegård kommunes mål | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 6 SATSNINGSOMRÅDER | 25 |
| 6.1 Arbeidsfordelig i helsevesenet | 25 |
| 6.2 De viktigste satsningsområdene i planperioden | 26 |
| 6.2.1 Forebyggende arbeid | 26 |
| 6.2.2 Rehabilitering | 26 |
| 6.2.3 Hjemmebasert omsorg | 26 |
| 6.2.4 Plasser med heldøgns bemanning | 27 |
| 7 FORSLAG TIL TILTAK | 28 |
| 7.1 Innledning | 28 |
| 7.2 Anbefalinger med forslag til tiltak | 28 |
| 7.2.1 Forebyggende arbeid | 28 |
| 7.2.1.1 Eldresentra/aktivitetssenter | 28 |
| 7.2.1.2 Frivillig innsats – nettverksbyggende tiltak | 29 |
| 7.2.1.3 Oppøkende virksomhet | 29 |
| 7.2.1.4 Boliger tilrettelagt med livsløpsstandard og universell utforming | 30 |
| 7.2.1.5 Kommunalt hjelpemiddellager | 31 |
| 7.2.2 Hjemmebasert omsorg | 31 |
| 7.2.2.1 Omsorgslønn | 31 |
| 7.2.2.2 Praktisk bistand i hjemmet | 31 |
| 7.2.2.3 Hjemmesykepleie | 32 |
| 7.2.2.4 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) | 32 |
| 7.2.2.5 Rehabilitering i hjemmet | 33 |
| 7.2.3 Dagtilbud | 33 |
| 7.2.3.1 Dagtilbud til personer med rehabiliteringsbehov | 33 |
| 7.2.3.2 Dagtilbud til demente/somatisk syke | 34 |
| 7.2.4 Tilrettelagte boenheter med bemanning | 34 |
| 7.2.4.1 Yngre brukere | 35 |
| 7.2.4.2 Akutt plasser | 35 |
| 7.2.4.3 Bolig tilknyttet personalbase/boliger med bemanning | 35 |
| 7.2.4.4 Plasser med heldøgns omsorg - sykehjem | 36 |
| 7.2.5 Legetjenester | 38 |
| 7.2.6 Kompetanse | 39 |
| 7.2.6.1 Kompetansehevende tiltak | 39 |
| 8 ØKONOMISKE KONSEKVENSER | 40 |
| 8.1 Investeringer | 40 |
| 8.2 Driftsutvidelser pr. år | 41 |
| 9 VEDLEGG | 43 |

0 MØTEPROTOKOLL – POLITISK BEHANDLING

06/541

Møte i kommunestyret, 29.03.2006 kl 19.00

Møtet ble ledet av ordfører Sylvi Graham.

Følgende hadde forfall:

Unn K. Del Aquila, Ole Rojahn, Vidar Undeli, Peder Haugland.

I deres sted møtte:

Odd Harald Røst, Else Heftye, Espen Jacobsen, Inger-Elisabeth Eriksen.

Kommunestyret talte dermed 31 representanter, medregnet møtende vararepresentanter.

Fra administrasjonen deltok: Rådmann Harald Toft.

Det ble avholdt offentlig spørretid. Det ble ikke stilt spørsmål.

Følgende saker ble behandlet:

Sak **2/06**

STRATEGIPLAN FOR PLEIE-, OMSORG- OG REHABILITERINGSTJENESTENE I OPPEGÅRD KOMMUNE 2006 - 2016

Kommunestyrets behandling 29.03.2006:

Til møtet forelå uttalelse fra Kommunalt råd for funksjonshemmede.

Representanten Herbjørnrød (H) fremmet følgende forslag:

”Kommunestyret ønsker å presisere at tilgjengeligheten på sykehjemsplasser og/eller plasser med heldøgnsomsorg skal ivareta at innbyggere med behov for dette virkelig får det.”

Representanten Johnsrud (Ap) tok opp sine forslag fra formannskapet og fremmet i tillegg følgende forslag 4:

”Rådmannen bes utarbeide en handlingsplan for rekruttering av pleie- og omsorgsarbeidere.”

Representanten Johnsruds forslag 2 endres slik:

”..... et kvalitativt godt og tilstrekkelig tilbud for brukerne.”

Representanten Bjørnstad (V) fremmet følgende forslag:

”Serviceerklæring utarbeides for pleie i sykehjem og omsorgsbolig (der det finnes) samt for hjemmetjenesten, slik at serviceerklæringene kan iverksettes i forbindelse med budsjettet for 2007.”

Møteprotokollen fra Eldrerådet 20.03.06 utdelt under møte.

Innstillingen enstemmig tiltrådt.

Herbjørnrøds forslag forkastet med 17 (V,Ap,SV, Pp,Krf, Frp, Kr.F)
mot 14 stemmer (Uavh,H).

Johnsruds forslag 1 enstemmig tiltrådt.

Johnsruds forslag 2 forkastet med 20 mot 11 stemmer (Ap, SV, Pp)'

Johnsruds forslag 3 forkastet med 19 mot 12 stemmer (Ap, SV, Pp, 1 V)

Johnsruds forslag 4 enstemmig tiltrådt.

Bjørnstads forslag enstemmig tiltrådt.

Etter dette lyder kommunestyrets vedtak slik:

1. Oppegård kommune legger til grunn de satsningsområder, mål og tiltak som fremgår av vedlagte temaplan for å videreutvikle og møte veksten i behovet for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester i kommunen.
2. De enkelte tiltak i planen søkes innpasset i årsbudsjetter og økonomiplan ved de årlige rulleringer av handlingsprogrammet.
3. Administrasjonen bes fremme forslag på aktuelle tomter for nytt sykehjem, slik at tomten er fastlagt når kommunestyret vedtar kommuneplanen.
4. Rådmannen bes i høstens handlingsprogram redegjøre for forsert planlegging og bygging av kommunens neste sykehjem.
5. Rådmannen bes i forbindelse med kommende handlingsprogram utrede prøveprosjekt om etablering av tryggehetsplasser på sykehjem. Oppstart senest sommeren 2007.
6. Nytt dottpunkt side 24, punkt Fornyelse/medarbeidere:
Tjenesten skal bestrebe godt arbeidsmiljø og trivsel for de ansatte.
7. Styringsindikator eldresenter: "andel deltakere på eldresenter" vurderes oppjustert ved neste handlingsprogram.
8. Kommunestyret finner at de nasjonale mål (dekningsprosent 25) må legges til grunn når det gjelder behovet for sykehjemsplasser.
9. Rådmannen bes utarbeide en handlingsplan for rekruttering av pleie- og omsorgsarbeidere.
10. Serviceerklæring utarbeides for pleie i sykehjem og omsorgsbolig (der det finnes) samt
for hjemmetjenesten, slik at serviceerklæringene kan iverksettes i forbindelse med budsjettet for 2007.

1 SAMMENDRAG

Strategiplan for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester 2006 – 2016 har som mål å sette kommunen i stand til å møte veksten i behovet for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester. Antall brukere innen ovennevnte tjenester vil endres i løpet av de neste ti årene. Det vil bli en vekst av eldre og flere pleieoppgaver i hjemmene.

Tidsperspektivet for denne planen er ti år, men utviklingen frem mot 2020 er også med i de vurderinger og forslag til tiltak som planen skisserer.

Kapittel 3 tar for seg dagens organisering og gir en oversikt over eksisterende tiltak og tjenester.

Kapittel 4 omtaler trekk ved mottakerne av tjenestene og de viktigste utfordringene kommunen står overfor. Felles for tjenestemottakerne er at det er mennesker med hjelpebehov i større eller mindre omfang, og som kommunen etter lovverket har plikt til å hjelpe. Hjelpebehovet og årsakene til dette varierer. Eldre, alvorlig syke og døende, og funksjonshemmede er blant målgruppen i foreliggende plan. Utfordringene er store når det gjelder å kunne gi tjenester med god kvalitet i årene som kommer. Dette skyldes både den forventede økningen i antall eldre, og behovet for å utforme tjenester som også kan møte et økt ansvar for ulike tjenestemottakere. Endringer når det gjelder den delen av befolkningen som bor alene, helsetilstand og funksjonsnivå i hele befolkningen og endringer i det forebyggende arbeidet vil være viktige for tjenestebehovet fremover. Videre vil den teknologiske og faglige utviklingen kunne ha innvirkning, samt endringer i de forventninger innbyggerne, fagfolk, brukere og pårørende har til det offentlige hjelpeapparatet med hensyn på kvalitet og omfang av tjenester.

Kapittel 5 angir de mål og retninger kommunen vil gå.

Kapittel 6 spisser ut områder der kommunen anbefales å ha et spesielt fokus. Det understrekes et behov for å satse spesielt på:

- Forebyggende innsats
- Rehabilitering
- Hjemmebasert omsorg
- Plasser med heldøgns bemanning

Kapittel 7 omhandler forslag til tiltak.

Oppegård legger vekt på å være en innbygger- og brukerorientert kommune. Pleie-, omsorg- og rehabiliteringsplanen bygger opp under filosofien der brukernes medbestemmelsesrett, egenverdi og livssituasjon settes i fokus. Det legges vekt på å bygge opp under brukernes egenomsorgsevne og mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Det anbefales å bygge ut tjenestekjeden ved å tilby tilrettelagte bomiljøer med ulike servicetilbud samtidig som det forebyggende og helsefremmende arbeidet prioriteres.

Planen legger til grunn en struktur som gir større fleksibilitet. Kommunens mål om 22 % dekningsgrad (av eldre over 80 år) av plasser tilpasset døgkontinuerlig pleie oppfylles gjennom planen. Plassene blir dels å finne gjennom dagens udisponerte plasser ved kommunens to kommunalt drevne institusjoner og dels ved etablering av nye plasser.

Et dekningsmål for boenheter tilrettelagt for døgnkontinuerlig pleie på 22 % gir et behov for 226 plasser i 2020. Av disse er 162 etablert (Greverud sykehjem med 64 plasser, Høyås bo- og rehabiliteringssenter med 47 plasser, Bjørkås sykehjem med 20 plasser, 17 boenheter ved Bjørkås omsorgsbolig og 14 boenheter ved Greverud omsorgsbolig). Ytterligere 34 udisponerte plasser vil bli tatt i bruk etter som behovet øker (16 plasser ved Høyås bo- og rehabiliteringssenter og 18 plasser ved Bjørkås sykehjem). Det anbefales at det etableres et nytt sykehjem med 30 plasser i 2016. Plassene anbefales tatt i bruk suksessivt utover i planperioden.

Kort oppsummert anbefaler planen følgende nye tjenester og/eller styrking/videreføring av dagens tjenester:

- **Forebyggende innsats**
 - Seniorkontakt/oppsøkende virksomhet
 - Eldresentra/aktivitetssenter
 - Boliger tilrettelagt med livsløpsstandard
 - Kommunalt hjelpemiddellager
- **Rehabilitering**
 - Dagplasser med aktiv rehabilitering
 - Døgnplasser med aktiv rehabilitering
- **Dagtilbud**
 - Dagtilbud til demente
 - Dagtilbud til somatisk syke
- **Hjemmebasert omsorg**
 - Utbygging av hjemmebaserte tjenester
 - Fleksibel bruk av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og hjemmebasert omsorg
- Frie brukervalg
- Rehabilitering i hjemmet (rehabiliteringsteam)
- **Plasser med heldøgns bemanning**
 - Tjenester i ulike boformer
 - Omsorgsboliger
 - Sykehjem
 - Korttidsplasser/"overgangsplasser"
 - Fordeling av plasser mellom:
 - Demente
 - Somatisk syke
 - Palliativ omsorg
 - Rehabilitering
- **Legetjenester**
 - Styrking av legedekningen i sykehjemmene
- **Kompetanse**
 - Kompetansehevende tiltak

Kapittel 8 inneholder en oversikt over de økonomiske konsekvensene. Kapittelet gir et overslag over driftsfølggevirkninger og investeringsbehovet av de tiltak som anbefales i kapittel 7. De mer konkrete budsjettmessige konsekvensene av forslagene vil bli fulgt opp i de ordinære budsjettprosessene.

2 INNLEDNING

I juni 1997 vedtok Stortinget å sette i gang ”Handlingsplan for eldreomsorg” med en satsningsperiode fra 1998 – 2001. Handlingsplanen skulle medvirke til at eldre med behov for pleie og omsorg skulle få leve et mest mulig selvstendig, trygt og verdig liv. En forutsetning for dette var at tjenestetilbudet hadde både kapasitet og kvalitet som gjorde at de eldre følte seg trygge på at de fikk et godt tilbud. Øremerkede tilskudd skulle gå både til drift og investering.

I statsbudsjettet for 2003 ble fokus flyttet fra bygninger og kapasitet til kvalitet innen pleie og omsorgstjenestene. Oppegård kommune bygget i 2004 nytt sykehjem med 64 døgnplasser og 35 omsorgsboliger. Kommunen fortsetter sitt kvalitetsarbeid.

Kommunen har ansvar for å bygge ut, utforme og organisere tjenester til alle innbyggere med behov for pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester uten hensyn til alder, diagnose eller bosted. Et viktig fundament i tjenesteprofilen er å bygge ut en helhetlig tiltakskjede med fokus på trygghet, evnen til egenomsorg og mulighet til å bo i eget hjem lengst mulig.

Planen angir mål og tiltak for å møte behovet for pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester med utgangspunkt i bl.a. befolkningsutviklingen i antall personer over henholdsvis 67 år og 80 år. Planen tar imidlertid også hensyn til at yngre personer med sammensatte problemstillinger vil ha behov for bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet. Mange av disse vil til dels trekke på store deler av pleie-, omsorgs- og rehabiliteringsressursene.

I forbindelse med budsjettbehandlingen for 2005 vedtok kommunestyret at det skulle utarbeides en strategiplan for utvikling av kommunens pleie- og omsorgstjenester. Prosjektbeskrivelsen (vedlegg nr 1) ble vedtatt av kommunestyret 15.06.05. En administrativ prosjektgruppe fikk i oppgave å utarbeide nevnte strategiplan. Rådmannens ledergruppe har vært prosjektets styringsgruppe. Kontakten med politiske organer er ivaretatt med en referansegruppe, bestående av representanter for Utvalg for helse og omsorg, Eldrerådet og Kommunalt råd for funksjonshemmede.

I planarbeidet er det lagt vekt på å utvikle en helhetlig tjeneste for å kunne møte ulike behov. Å ta ut enkeltelementer, som for eksempel forebyggingsaspektet, vil få betydning for kapasiteten i andre deltjenester. Planen har hovedfokus på de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene, men tar også inn utfordringer og tiltak knyttet til rehabilitering, da det anses uhensiktsmessig at det utarbeides egen plan på dette feltet samt at rehabilitering er et viktig element i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene. I styringsgruppen den 22.11.2005 ble det vedtatt at planen også skulle omhandle rehabiliteringstjenester.

Planen beskriver sentrale utfordringer kommunen står overfor innen pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenestene de kommende 10 årene, og inneholder anbefalinger til hvordan kommunen kan møte dem. Planen må forstås som en temaplan som angir mål og retning for utvikling av tjenesten i planperioden. Forslagene i planen forutsettes nærmere vurdert og innpasset i det løpende kommuneplanarbeidet (kommuneplan og handlingsprogram) etter hvert som disse revideres.

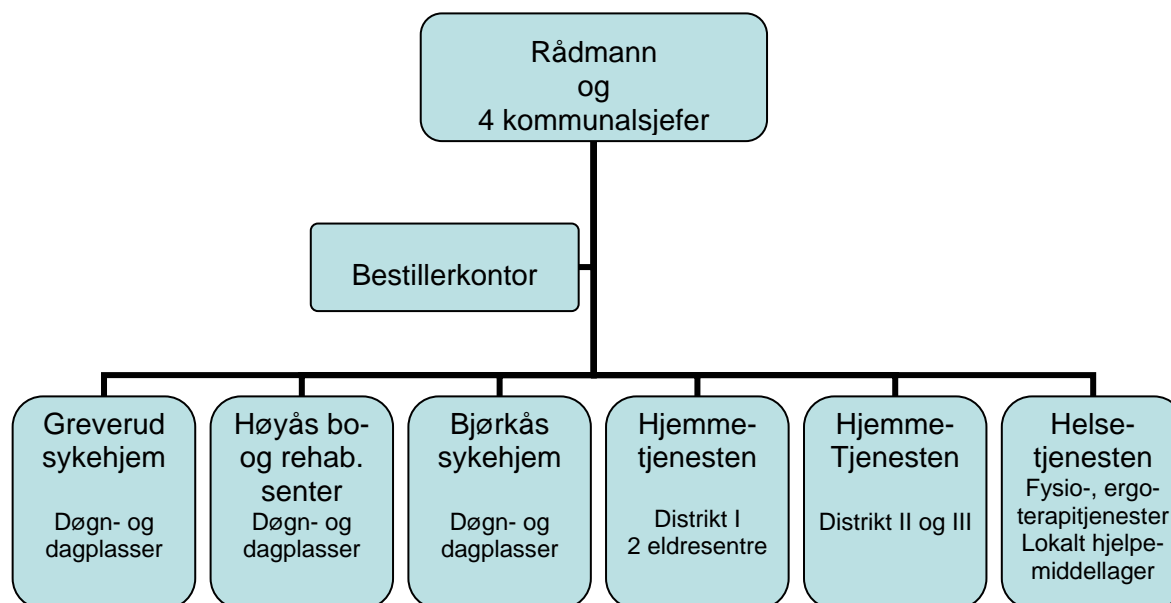
Den foreliggende planen er utarbeidet i tråd med føringene fra statlig hold, men har samtidig berøringspunkter og må ses i sammenheng med øvrig utarbeidet planverk; Handlingsplan for

psykisk helsearbeid i Oppegård kommune 2003 – 2006 (2010) – barn, unge og voksne,
Tiltaksrettet rusplan for Oppegård kommune 2000 – 2004, Boligsosial handlingsplan 2003 og
Plan for funksjonshemmede 2003.

3 STATUS PR. 1.JANUAR 2006

3.1 Organisering

Pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenestene omfatter 6 virksomhetsområder, en konkurranseutsatt institusjonstjeneste og en bestillerenhet.

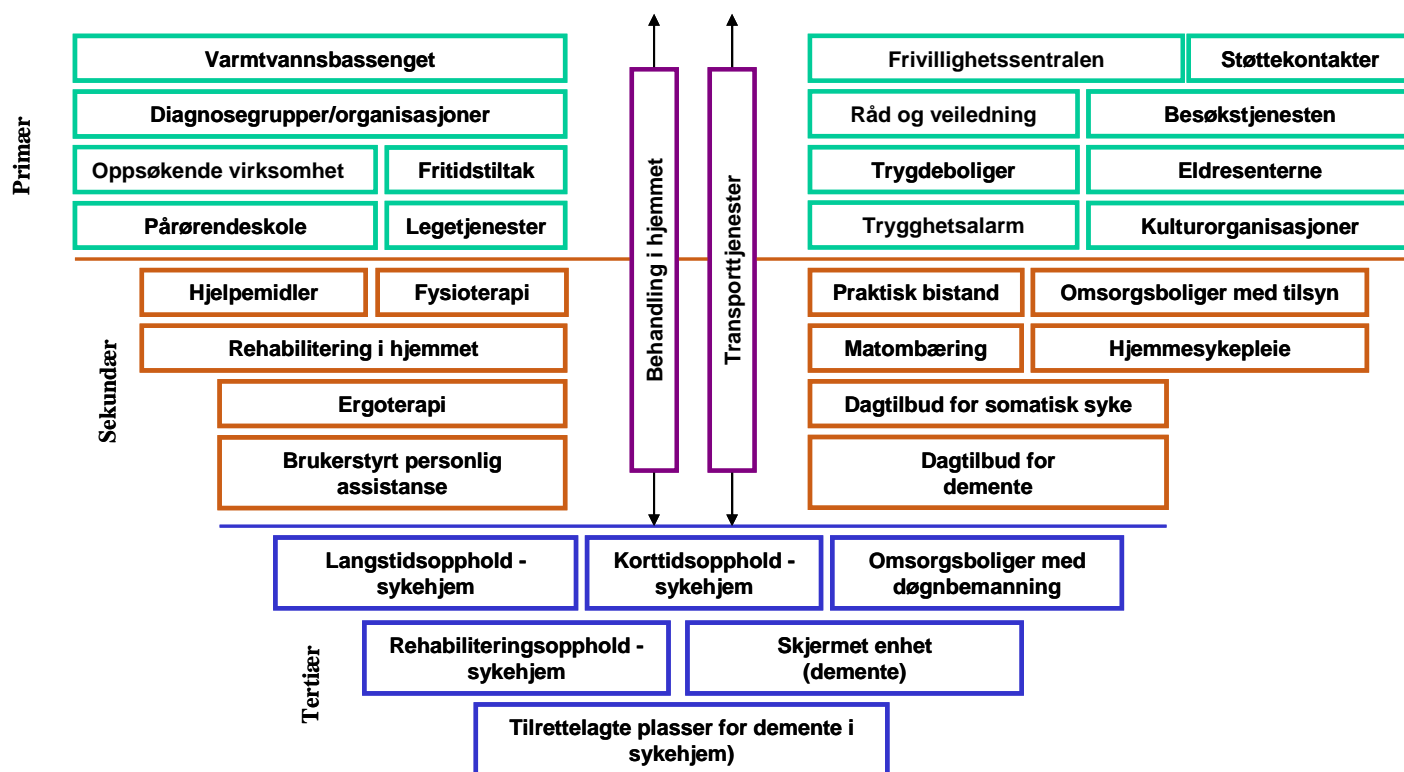


Pleie- og omsorg-, og rehabiliteringstjenestene har 261,13 årsverk, hvorav 143,45 innen institusjonsomsorgen, 98,79 årsverk innen hjemmebasert omsorg, 5,89 årsverk ved kommunens to eldresentra, 9,8 utøvende årsverk innen fysio-/ergoterapitjenestene og 3,2 årsverk innen bestillerenheten.

- Hjemmetjenesten, distrikt I, med 2 eldresentre (32,34 årsverk)
- Hjemmetjenesten, distrikt II/ III, med 2 omsorgsboliger (72,34 årsverk)
- Høyås bo- og rehabiliteringssenter (61,12 årsverk) – med drift av 47 av 63 døgnplasser og 22 dagplasser
- Bjørkås sykehjem (21,69 årsverk) – med drift av 20 av 38 døgnplasser
- Greverud sykehjem (Adecco) (60,64 årsverk)
- Helsetjenesten; ergo/fysioterapitjenester, legetjenester, hjelpemiddellager (9,8 årsverk utøvende personell)
- Bestillerkontoret (Jus & adm) (3,2 årsverk)

Bestillerenheten har ansvar for å utrede behov, tildele ressurser og bestille tjenester. Hensikten med organiseringen er å skille ansvaret mellom beslutningstaker og de som utfører tjenestene.

3.2 Eksisterende tiltak og tjenester



Omsorgstrakten gir en oversikt over de forskjellige tilbudene som finnes innenfor de ulike behovsområdene. Primærnivået inneholder tiltak tidlig i tjenestekjeden. Et tilbud på riktig nivå er ikke ensbetydende med at man skal gå alle trinnene i trakten etter hvert som behovene tilar.

4 UTFORDRINGER

Noen av faktorene som bestemmer utviklingen av pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenestene er bl.a. innbyggernes behov, etterspørselen etter tjenester, lover og forskrifter, nasjonale retningslinjer og mål, kommunale mål, økonomiske rammer, behov for personell og krav til kompetanse samt arbeids- og boligmarkedet.

Utviklingen fremover innbefatter både flere brukere og mer hjelpetrengende brukere som stiller høye og nye krav til virksomhetene og personalets kompetanse. Kortere behandlingstider på sykehusene og den medisinsk-tekniske utviklingen, som gir flere muligheter til at personer kan behandles hjemme, øker kravet til ressurser og kunnskap om behandling. Det faktum at flere velger å dø hjemme øker kravet til kunnskap i palliativ omsorg.

4.1 Folkehelse og miljø

Undersøkelser fra Statistisk sentralbyrå viser at ca. 30 % av befolkningen har et langvarig helseproblem. Hjerte-karsykdommer, kreft og sykdommer fra muskel-/skjellettsystemet er de største diagnosegruppene i befolkningen. Om lag 18 % av befolkningen har en varig og vesentlig funksjonshemming. Av disse vil ca. 30 % ha et hjelpebehov (40 – 50 % av de over 80 år). Dette krever at tjenesten har fokus på bl.a. forebygging i utvikling av en helhetlig tjenestekjede, slik at den enkelte kan opprettholde evnen til egenomsorg og dermed kunne bo lengre i eget hjem.

Det må tilrettelegges for å gjøre innbyggerne i kommunen selv i stand til å delta, dvs. at tjenesten må fokusere på å gi enkeltindivider et godt selvbylde, økt kontroll over eget liv, mestring og integritet i familien, nabolaget eller lokalsamfunnet.

4.1.1 Nedsatt bevegelsesevne – universell utforming

Viktige psykososiale årsaker til funksjonssvikt er sviktende sosialt nettverk, ensomhet, angst og vanskelige boforhold som for eksempel uhensiktsmessig bolig i forhold til funksjonshemming.

Et overordnet mål nasjonalt og lokalt er å gi funksjonshemmede og eldre mulighet til å bo i egnede boliger med trygghet for å få nødvendig hjelp.

I Oppegård kommune bor de fleste i egne boliger/leiligheter, men i noen tilfeller er tilgjengeligheten dårlig. Mange bokomplekser mangler heis, eller heisen er liten og uhensiktsmessig. De fleste boliger som er bygget de senere årene har god planløsning, men med variert tilgjengelighet.

Boligens utforming og beboerens behov for hjelpetiltak er avhengig av om personen kan fortsette å bo i boligen uansett hvilken fase av livet man befinner seg i. Erfaringer viser imidlertid at utbygges tolkning/praktisering av livsløpsstandard/universell utforming ikke gir tilstrekkelig kvalitet sett fra de bevegelsehemmedes side. Det er imidlertid mange enkle grep som kan gjøres for at boligen kan tilpasses en annen livssituasjon uten alt for store og kostbare endringer. Det må gis informasjon til private utbyggere om slike muligheter for å

skape muligheter for selvhjelpenhet innendørs og tilgjengelighet til utearealer/nærmiljø for på den måten å oppnå integrasjon og sosial kontakt med omverden.

Erfaringsmessig er gruppen 50 år og eldre en kjøpesterk gruppe med høy egenkapital gjennom sine nedbetalte boliger, og de ønsker ofte å forbli i sine nærmiljøer. Potensialet for boligbygging med vekt på konsentrert bebyggelse tilpasset denne gruppens behov skulle derfor være stort i årene fremover tatt i betraktning eldrebølgen de neste 10 til 15 årene. Som vist i kapittel 4.2.1 vil økningen av 80 år og eldre i Oppegård øke med 33 % frem til år 2020. Det vil si at antall eldre øker uansett boligbyggetakt.

Å utvikle gode boligmiljøer kan være en nøkkel til å unngå en fremtidig krise i omsorgstilbudet. Boliger som man flytter inn i som 50 – 60 åringer og som er tilrettelagt i tilstrekkelig grad, vil fungere greit både for friske og for de som med tiden får behov for hjelp i større eller mindre grad og i neste runde kunne bidra til å utsette behov for mer omfattende bistand.

4.1.2 Forebyggende innsats

Tjenesteapparatet skal kunne tilby tjenester som oppleves som meningsfulle og attraktive både for eldre uten behov for pleie eller andre type tjenester, så vel som for dem med stort bistandsbehov. Å tilby innbyggerne aktiviteter som motvirker isolering, ensomhet, fysisk form og ernæring og forebygger behov for pleie- og omsorgstjenester er et viktig element i utvikling av tjenestekjeden.

De fleste nordmenn er i god helsetilstand i yngre alder. I høyere alder endres bildet gradvis, fra midten av 70-års alder oppstår et økende antall helseproblemer. Helsefremmende tiltak med sikte på å hindre alvorlig kronisk sykdom og funksjonshemming i alderdommen bør starte som et tiltak for å fremme sunnere livsstil blant yngre individer og grupper.

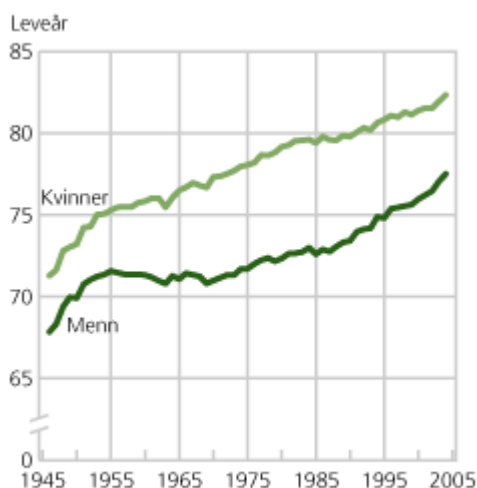
Kommunens eldresentra er et viktig tilbud til pensjonister over 60 år for å skape en arena med helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot eldre. Kommunestyret (sak 62/04, punkt 27) påla ”administrasjonen i samarbeid med pensjonistforeningene å vurdere mulighetene for at driften av eldresentrene kan overdras”.

I forbindelse med foreliggende strategiplan gir referansegruppen, på bakgrunn av kontakt med alle pensjonistforeningene, klare tilbakemeldinger på at kommunen fortsatt skal eie og drive eldresentrene (jfr. referansegruppens innspill, vedlegg 2).

4.2 Brukere/innbyggere

Den forventede levealderen i 2004 er 77,5 år for nyfødte gutter og 82,3 år for nyfødte jenter på landsbasis. Oppegård ligger på landsgjennomsnittet med forventet levealder for menn på 76,6 år og kvinner 82 år.

Forventet gjenstående levetid for nyfødte gutter og jenter. 1946-2004



Dagens og fremtidens 80-åring er sprekere enn før, men til tross for friskere eldre forventes behovet for bistand fra hjelpeapparatet ikke å bli mindre. Levealderen øker og perioden for sykdom og hjelpebehov før døden inntreffer, blir i stedet forskjøvet.

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

4.2.1 Befolkningsutvikling

| Prognoser for befolkningen | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------------|
| Tall pr. 1.1. hvert år | | | | | | | | | | | |
| Alternativ: Ssb høy for 80 + | | | | | | | | | | %-vis økning | %-vis økning |
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2009 | 2010 | 2016 | 2020 | 2006 – 2016 | 2006 – 2020 |
| 0-19 | 6 573 | 6 637 | 6 738 | 6 855 | 6 954 | 7 197 | 7 261 | 7 627 | 8 121 | 11 % | 18 % |
| 0-66 | 20 861 | 20 963 | 21 185 | 21 400 | 21 688 | 22 563 | 22 825 | 23 920 | 25 212 | 12 % | 18 % |
| 67 og eldre | 2 382 | 2 380 | 2 401 | 2 484 | 2 545 | 2 701 | 2 736 | 3 356 | 3 591 | 35 % | 45 % |
| 80 og eldre | 702 | 709 | 720 | 775 | 809 | 864 | 871 | 943 | 1 028 | 22 % | 33 % |
| 90 og eldre | 68 | 65 | 73 | 70 | 79 | 94 | 97 | 157 | 161 | 124 % | 130 % |
| Befolkning | 23 243 | 23 343 | 23 586 | 23 884 | 24 233 | 25 265 | 25 561 | 27 276 | 28 803 | | |

I likhet med andre vekstkommuner har Oppegård en ung befolkning med høy andel barn og unge og relativt lav andel eldre. Faktiske tall viser at Oppegård mest sannsynlig vil få en tilvekst av eldre som er noe mindre enn antatt i tidligere planer (jfr. Handlingsplan for eldreomsorgen 1998). Med utgangspunkt i kommunens byggeaktivitet, flyttemønster og alderssammensetning antas Oppegård likevel å få en vekst av eldre i årene fremover.

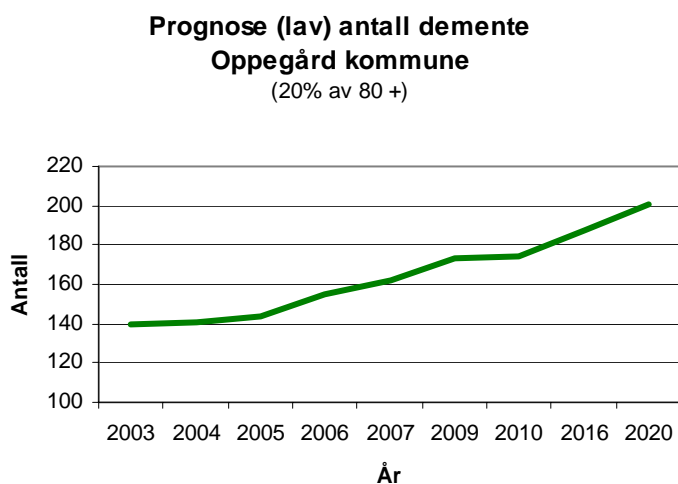
Tabellen viser at aldersgruppen 80 år og oppover vil øke raskere enn de yngre befolkningsgruppene. I planperioden vil gruppen 80 år + øke med 22 %, og med 33 % frem til 2020, mens andelen av de eldste (90 +) vil mer enn dobles.

Pleie- og omsorgstjenesten er inndelt i 3 distrikter. Ut fra dagens fordeling av antall eldre over 80 år (år 2004) forholder fordelingen seg omtrent som vist under:

| | |
|---|--------|
| Distrikt I (Tårnåsen/Ødegården): | 26,2 % |
| Distrikt II (Kolbotn/Svartskog/Sofiemyr): | 44,7 % |
| Distrikt III (Oppegård syd): | 28,9 % |

4.2.2 Eldre med demens

Forekomsten av demens øker med stigende alder. Fra å utgjøre 6% av befolkningen over 65 år og 15 % for aldersgruppen 75 - 79 år, øker forekomsten til 20 % for de over 80 år. For aldersgruppen over 90 år angir prognoser 35 %.



Aldersdemens utvikler seg over tid med stadig sterkere svekkelse av funksjonsnivået. På et tidlig stadium vil hjemmetjenester kombinert med tilrettelagte dagtilbud kunne bidra til at demente fungerer i egen bolig. Ettersom sykdommen utvikler seg vil demente ha behov for heldøgns pleie- og omsorg. I Oppegård vil forekomsten av demens øke med 22% i planperioden sett i forhold til forventet befolkningsutvikling.

4.2.3 Funksjonshemmede

Befolkningsutviklingen fokuserer generelt på de eldre, men pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenesten har også yngre personer med behov for bistand fra tjenesteapparatet. Grupper av disse har omfattende behov. Se for øvrig Plan for funksjonshemmede 2003.

4.2.4 Unge personer med nedsatt funksjonsevne bosatt i sykehjem

Det faktum at hvert individ er unikt med spesielle behov og forutsetninger hindrer ikke at grupper av brukere har felles interesser og er i samme situasjon. Oppegård kommune kan forvente å få en økning i antall yngre ressurskrevende brukere med ulik grad av funksjonshemming i løpet av neste 10-års periode. Kommunen har i dag brukere som har behov for et annet botilbud enn sykehjem.

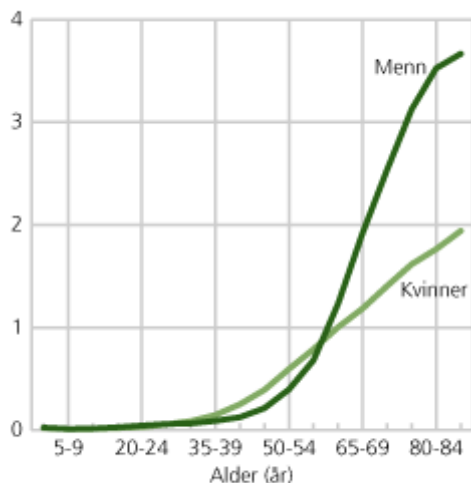
Loven har til hensikt at yngre brukere som selv ønsker det skal få bo på andre tilrettelagte steder enn sykehjem. Personer med funksjonshemninger skal kunne leve et likeverdig liv med sine jevngamle i samfunnet. Det stiller krav til at virksomheten må definere hva anses

som "likeverdig" innenfor de ulike aldersgruppene. Det krever med andre ord tydelighet i hvilke type tjenester det skal satses på og innholdet i aktivitetene.

4.2.5 Kreft

Antall nye tilfeller av kreft årlig. Aldersspesifikke rater. Per 100.000. 1997-2001

Antall i 1 000

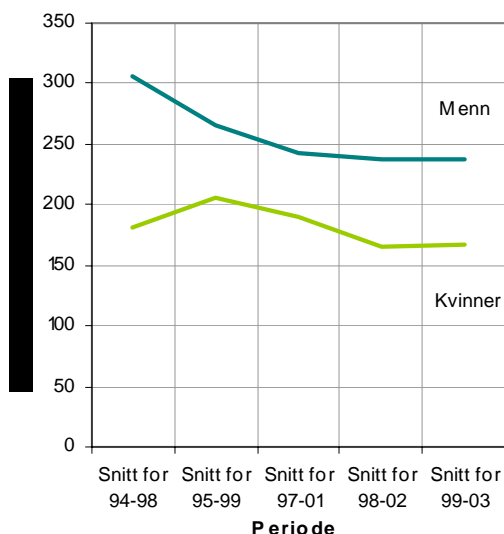


Kilde: Kreftregisteret 2004.

Krefthyppigheten i befolkningen har økt betydelig siden 1970-tallet. Utbredelsen av en del kreftsykdommer øker utover i livsløpet. Forekomsten av nye krefttilfeller har blant annet sammenheng med befolkningens størrelse og alderssammensetning.

Dødelighet, Kreft (Oppegård)

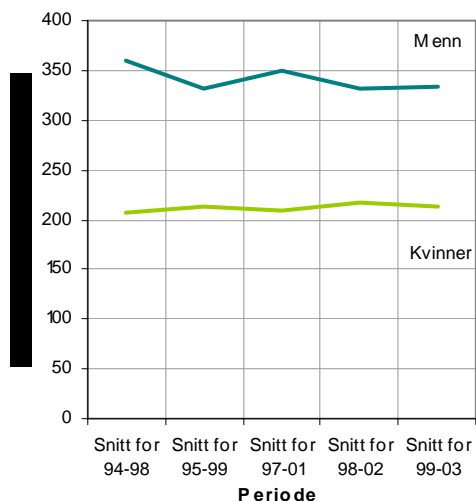
5 års snitt per 100.000 innb



Kreft er hyppigste dødsårsak for de under 80 år, da hjerte- og karsykdommene har gått tilbake blant personer under 80 år. Først etter 80-årsalder er hjerte-/karsykdommene viktigste dødsårsak. Oppegård har hatt en nedgang i dødelighet som følge av kreft de senere årene, men for de som får diagnosen stilles det store krav til tjenesteapparatet både i forhold til ressurser og kompetanse.

4.2.6 Hjerte/kar-lidelser

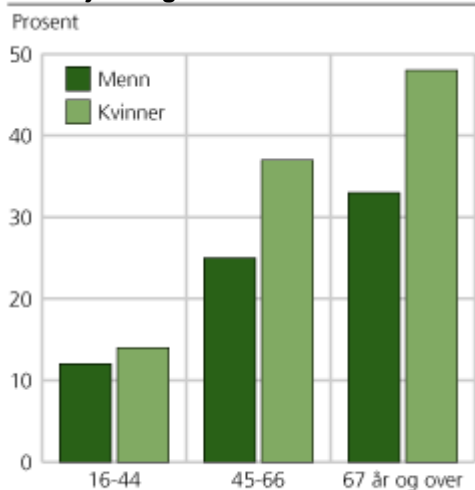
Dødelighet, Hjerte/kar (Oppegård)
5 års snitt per 100.000 innb



Dødeligheten for hjerte/kar lidelsene har holdt seg forholdsvis stabilt de siste årene i Oppegård. Utfordringer ligger bl.a. i hjerneslag som er den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse. 40 nordmenn rammes hver dag av hjerneslag (David Russell, 1999). Slagrammede koster samfunnet mye i ressurser og økonomisk innsats. Rask medisinsk behandling og umiddelbar fysioterapibehandling er svært avgjørende for å minske skadeomfanget og konsekvensene av sykdommen. Informasjon om forebygging av hjerneslag til innbyggerne og helsepersonell, samt oppfølging og rehabilitering er viktig for å stanse utviklingen sett i lys av at tallet vil øke i takt med at befolkningen blir eldre.

4.2.7 Muskel- og skjelettlidelser

Andel med muskel- og skjelettlidelser, etter kjønn og alder. 2002. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

Muskel- og skjelettlidelser er generelt den viktigste årsaken til sykkelighet og funksjonshemming og øker med alderen. 24 prosent av befolkningen over 15 år hadde en muskel- og skjelettsykdom i 2002. Andelen med slike lidelser øker med alder, både for kvinner og menn. Med økende alder øker andelen som har problemer med å bevege seg omkring, utføre daglige ærender eller benytte offentlig transport noe som stiller økte krav til tjenesteapparatet.

4.2.8 Andre lidelser

| Oppegård kommune etter årsak | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Antall døde i alt | 122 | 145 | 141 | 153 | 147 | 160 | 146 |
| Antall døde pga vold ulykke eller selvpåført skade | 2 | 7 | 8 | 7 | 8 | 5 | 7 |
| Antall døde pga selvmord | 1 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 4 |
| Antall døde i vegtrafikken | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| Antall døde pga røykskadet lunge (KOLS) og lungekreft | 10 | 10 | 11 | 10 | 12 | 13 | 7 |

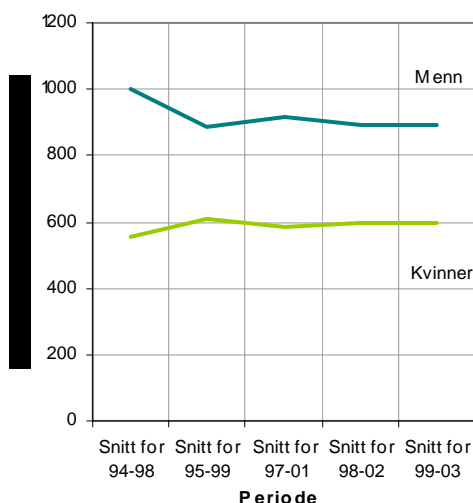
Dødsmeldinger registrert hos kommuneoverlegen og Akershusstatistikk

Videre opplever Oppegård kommune en opphopning i tilfeller av ALS (Amyotrofisk Lateral Sklerose) og MS (Multiple Sklerose). Disse diagnosegruppene rammer ofte yngre mennesker, mens det blant eldre er en høy forekomst av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Fra 1998 – 2004 døde gjennomsnittlig 8 % av innbyggerne i Oppegård som følge av KOLS/lungekreft. Foreløpige tall for 2005 viser en dødelighet av KOLS/lungekreft på 10 %. Det er grunn til å anta at Oppegård følger de nasjonale trendene.

Nevnte lidelser gir et stort bistandsbehov over lengre tid. Sykdommene rammer også nettverket rundt brukeren bl.a. i form av overbelastning på nære omsorgspersoner (barn/foreldre/foresatte). Familieomsorgen utgjør en viktig og verdifull del av pleie- og omsorgsarbeidet. Vekselvirkningen mellom familieomsorgen og bistand fra tjenesteapparatet må sikres for å ivareta den uformelle omsorgen.

4.2.9 Omsorg for alvorlig syke og døende/palliativ omsorg

Dødelighet i alt (Oppegård)
5 års snitt per 100.000 innb



Flere dør hjemme

De senere årene har utviklingen gått i retning av at flere dør i eget hjem. Reduksjon i antall sykehusplasser, endret utskrivningspolitikk og utbyggingen i hjemmebasert omsorg peker i retning av at utviklingen vil fortsette. Flere personer vil velge å dø i eget hjem. Kravet til ressurser for omsorg ved livets slutt forventes derfor å øke.

4.2.10 Flerkulturelt samfunn

Større grad av flerkulturelt samfunn gjør det nødvendig å kartlegge behov hos brukere som har utenlandsk opprinnelse. I mange tilfeller har disse et annet syn på mennesker med funksjonshemninger som følge av deres kultur fra moderlandet. Et flerkulturelt samfunn stiller andre krav til kompetanse og informasjon om hvilken støtte og hjelp som tilbys samt at det blir en utfordring å få integrert personer med annen kulturbakgrunn i norske sykehjem.

4.2.11 Brukermedvirkning

Lover og forskrifter forandres og utvikles i retning av økte krav og ansvar til kommunene. Som bruker har man rett til å være med og påvirke innholdet og utforming av tjenestetilbudet (brukerstyring/brukermedvirkning). Tjenestetilbudet må så langt som mulig utformes i samråd med brukerne, slik lovgivningen forutsetter.

Oppegård Kommune har gjennom sin visjon og sine overordnede målsettinger ambisjoner om å være en innbygger- og brukerorientert kommune. For å leve opp til de uttalte målene og ambisjonene er brukerundersøkelser et virkemiddel for utvikling av tjenestene.

Kommunen har bl.a. system for gjennomføring av regelmessige brukerundersøkelser og har gjennom opprettelsen av kommunalt råd for funksjonshemmede og Eldrerådet etablert et viktig høringsorgan mellom pasienter /brukere og tjenesteapparat. Videre er det opprettet brukerråd ved kommunens to eldresentra og innen psykisk helsearbeid.

Det individuelle behovet er avgjørende for hvilken innsats som er aktuell. Behovet vurderes av bestillerenheten, den enkelte virksomhet (avhengig av hvilken tjenestes det søkes om) i samarbeid med den enkelte bruker ut i fra aktuell lovgivning med hensyn til den enkeltes livssituasjon og ressurser.

4.3 Økonomi

4.3.1 Økonomiske rammebetingelser

I den nasjonale handlingsplanen for eldreomsorgen er det formulert at det sammen med øvrig vekst i kommunens økonomi skal foretas nødvendig utbygging og modernisering av pleie- og omsorgstjenestene. Forutsetningene er at pleie- og omsorgstjenestene organiseres slik at personer med funksjonshemming og eldre så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv, meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det er en viktig forutsetning at yngre funksjonshemmede som ønsker det mottar tjenester i en normal eller tilpasset bolig i et vanlig bomiljø.

Det er en politisk forutsetning at arbeidet med utvikling av pleie-, omsorg- og rehabiliteringstilbudet skal styres av rettigheter og behov og ikke av finansieringsordninger og statlig regelverk.

Fram til 1997-98 hadde kommunen god inntektsvekst. Siden har flere forhold påvirket dette, bl.a. reduksjoner i kommunens andel av skatteøret, bortfall av skatt fra aksjeselskaper og løpende korrigeringer av rammetilskudd.

Perspektivet på den økonomiske situasjonen for kommunen er at en forventer trange økonomiske rammer også i årene som kommer.

Nøkkeltall

| Kostratall Pr 15.06.2005 | Oppeg | Oppeg | Oppeg | Ski | Asker | Gr 13 |
|--|---------|---------|----------|---------|---------|----------------|
| Pleie- og omsorg | 2002 | 2003 | 2004 | 2004 | 2004 | 2004 |
| Netto driftsutgifter, institusjon pr. innbygger 80 + | 100 343 | 102 594 | 103 830* | 104 977 | 95 972 | 105 182 |
| Korr br driftutg kr pr bruker komm pleie og omsorg | 167 457 | 192 348 | 227 261* | 282 908 | 207 154 | 219 981 |
| Korr br driftutg kr pr hjemmetjenestebruker | 75 364 | 98 069 | 104 116* | 177 236 | 123 528 | 132 902 |
| Korr br driftutg kr pr plass komm institusj | 704 962 | 707 260 | 645 000* | 735 184 | 699 398 | 621 807 |
| Andel 80 + i forhold til total befolkning | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | Ikke tilgjeng. |
| Plasser i institusjoner pr. årsverk | .. | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | Ikke tilgjeng. |

Tall med * er kommunens egne korrigerede tall.

Korrigerede brutto driftsutgifter pr hjemmetjenestebruker viser at Oppegård de senere årene har økte utgifter per bruker av hjemmebasert omsorg sammenlignet med tidligere år. Utgiftene er likevel lavere enn sammenlignbare kommuner.

Netto driftsutgifter for institusjonstjenester per innbygger over 80 år viser at Oppegård ligger omtrent på nivå med gruppen med sammenlignbare kommuner og litt lavere enn Ski og Asker.

Oversikten viser at hver kommunal plass i kommunens institusjoner koster i gjennomsnitt kr 645.000 (kommunens eget tall). Dette er litt over gruppen med andre sammenlignbare kommuner, men lavere enn Ski og Asker.

4.4 Fornyelse og medarbeidere

Et vesentlig spørsmål for fremtiden er evnen til å rekruttere nytt personell samt beholde og kvalitetssikre kompetanse hos allerede ansatte. Prognoser for landet viser at mangelen på pleie- og omsorgspersonell kommer til å omfatte nesten alle yrkeskategorier så vel på høgskolenivå som på videregående skole. En plan for rekruttering av personell til helse- og sosialsektoren skal bedre rekrutteringen til utdanning og arbeid generelt, med hovedfokus på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Tilgang på og stabilitet av kvalifisert personell er en forutsetning for å kunne gjennomføre reformer og opptrappingsplaner innen disse tjenestene.

Oppegård har i de to siste årene opplevd en bedring i rekrutteringen, men har fremdeles utfordringer knyttet til rekruttering av visse faggrupper. Om dette er forbigående eller varig er usikkert.

Utviklingen innen pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenestene innebærer høyt kvalifiserte virksomheter med høye krav til medarbeidernes kompetanse. Kravene er høye i hele tjenesteapparatet – fra den forebyggende delen av arbeidet til døgn tjenester. Oppegård har de senere årene satt inn store ressurser på kompetansehevede tiltak og vil fortsette å ha fokus på ulike typer utdanningsformer.

4.5 Interne prosesser og rutiner

I NOU 2001:22 ”fra bruker til borger” pekes det på at møteplasser mellom ledelse av tjenestene, politikere og pasienter/brukere er viktig for å lukke gapet mellom målene for tjenesten og virkeligheten. Pasientrettighetsloven slår fast at det skal være et samspill mellom pasient og tjenesteyter i behandlingen. Alle brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Brukeren har rett til selv å medvirke i arbeidet med egen plan og tjenesteapparatet skal legge til rette for dette.

Sosial og helsedirektoratet laget i 2003 en veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten. Store deler av dette heftet omhandler dokumentasjon. Før 01.01.2001 var det kun enkelte profesjonsgrupper som var pålagt rettslig plikt til å dokumentere tjenesteytingen. Gjennom helsepersonelloven fikk alt helsepersonell som yter helsehjelp på selvstendig grunnlag plikt til dokumentasjon jfr. Helsepersonelloven § 39: Plikt til å føre journal. Med helsehjelp menes ” enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell”.

Dokumentasjonen av den løpende tjenesteyting består i:

- Observasjoner
- Vurderinger
- Beslutninger
- Iverksatte tiltak

Oppegård gikk i 1998 over til elektronisk fagsystem for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenesten der hovedsakelig all dokumentasjon foregår.

Videre satses det fra sentralt hold på IPLOS - en systematisk standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. Registreringen i IPLOS foretas av dokumentasjonspliktige i tjenesten og evt. saksbehandlere. Lokalt blir IPLOS en del av kommunens dokumentasjonssystem og et verktøy for rapportering og statistikk. Alle kommuner er fra 2006 pålagt å rapportere informasjon om brukere i pleie- og omsorgstjenestene. (www.shdir.no)

Koordinering og samordning av tiltak for brukere med sammensatte behov, er viktig både internt mellom kommunale tjenester og mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten.

Individuell plan er et viktig verktøy for å ivareta denne brukergruppen.

4.5.1 Kvalitetsarbeid

For å sikre forutsigbarhet i tjenesteytingen vil det bli utarbeidet serviceerklæringer for hele eller utvalgte deler av kommunens virksomheter.

Gjennom Stortingsmelding 45 (2002-2003) ”betre kvalitet i dei kommunale pleie og omsorgstjenestene” vil regjeringen legge økt vekt på brukeropplevd kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet, for å få en bedre kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

Fra sentralt hold er det satset på opplæring av førstelinjeledere gjennom prosjektet ”flink med folk”, som er en felles, fireårig satsing mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og KS på ledelse om kvalitetsutvikling innenfor helse- og sosialsektoren i kommunene, med fokus på brukerdialog og myndiggjorte medarbeidere.

5 MÅLSETTING

Pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenestene påvirkes og styres av mange faktorer. For å kunne utvikle en tjeneste i riktig retning og treffe gode beslutninger kreves kunnskap om bl.a. lover, forskrifter, nasjonale mål og føringer, demografi, lokale forhold samt god dialog med bruker/pårørende.

5.1 Lover – forskrifter – sentrale retningslinjer

Planlegging av pleie- omsorg- og rehabiliteringstjenester må ta utgangspunkt i nasjonale mål og retningslinjer. De mest sentrale lovene kommunen må legge til grunn ved utviklingen av pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenestene er Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om sosiale tjenester. I nasjonale mål og hovedprioriteringer IS-1/2005 og St. meld.nr. 45 finnes viktige nasjonale mål og føringer der det blir fremhevet at kommunene skal sikre befolkningen et mest mulig likeverdig tilbud, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på offentlige styrte helse, sosial- og omsorgstjenester av god kvalitet. Kommunene skal fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold og være en pådriver i helsefremmende og forebyggende arbeid.

5.2 Oppegård kommunes mål

Strategiplan for pleie- omsorg- og rehabilitering defineres som en temaplan og er forankret i overordnede styringsdokumenter gjennom kommuneplanen. Planen avgrenses og koordineres videre mot følgende andre kommunale planer:

- Plan for psykisk helsearbeid i Oppegård kommune 2003 – 2006 (2010)
- Plan for funksjonshemmede for Oppegård kommune 2003 – 2015
- Tiltaksrettet rusplan for Oppegård kommune 2000 – 2004
- Boligsosial handlingsplan for Oppegård kommune 2003

Gjeldende kommuneplan (2003 – 2015) tar utgangspunkt i følgende visjon:

OPPEGÅRD KOMMUNE
- *effektiv og trivelig* –
- *med innbyggerne i sentrum*

Under visjonen ligger 5 hovedmål. Den første gruppen består av tre hovedmål om Oppegård som lokalsamfunn, kommunens tjenester og kommunen som organisasjon. I arbeidet med å utvikle lokalsamfunnet legges det vekt på en bærekraftig samfunnsutvikling, god forvaltning av arealressurser, et attraktivt og variert botilbud, utvikle tjenester som fremmer trygghet og selvstendighet og at Oppegård skal være en kompetent, lærende og fleksibel organisasjon.

Disse målene og visjonen danner grunnlaget for innretningen på hovedmålene for pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenestene i kommunen:

Folkehelse / miljø

- Tjenestene skal gi tilbud som forebygger ensomhet og isolasjon
- Tjenestene bør legge til rette for riktig ernæring og fysisk aktivitet
- Tjenestene skal ha tilbud om tilrettelagte boliger for aktuelle målgrupper
- I kommunens tilrettelagte boliger bør tas hensyn til universell utforming både innendørs og utendørs

Brukere / innbyggere

- Tjenestene skal dekke nødvendig helsehjelp for pleie, omsorg og rehabilitering
- Tjenestene skal koordinere/samordne tiltakene for brukere som har sammensatte behov, slik at tjenesteytingen oppfattes som helhetlig og samordnet
- Tjenestene skal legge til rette for brukermedvirkning og informasjon i hele prosessen.
- Tjenestene skal legge til rette for brukernes egenomsorg og større bruk av nettverkene. Tjenesteytingen skal legges opp slik at den fremmer selvstendighet hos brukeren og vektlegger brukerens egne ressurser

Økonomi

- Kommunen skal legge til rette for at arbeidsoppgaver og ressurser står i forhold til hverandre, herunder tilstrekkelig kapasitet innenfor de ulike tjenestene.
- Tjenestene må fokusere effektiv ressursutnyttelse

Fornyelse / medarbeidere

- Tjenestene må sørge for at medarbeiderne til enhver tid innehar nødvendig kompetanse (medisinsk, juridisk, etisk med mer) til arbeidsoppgavene
- Tjenestene skal ha gode rutiner for å forebygge sykefravær og for sykefraværsoppfølging

Interne prosesser / rutiner

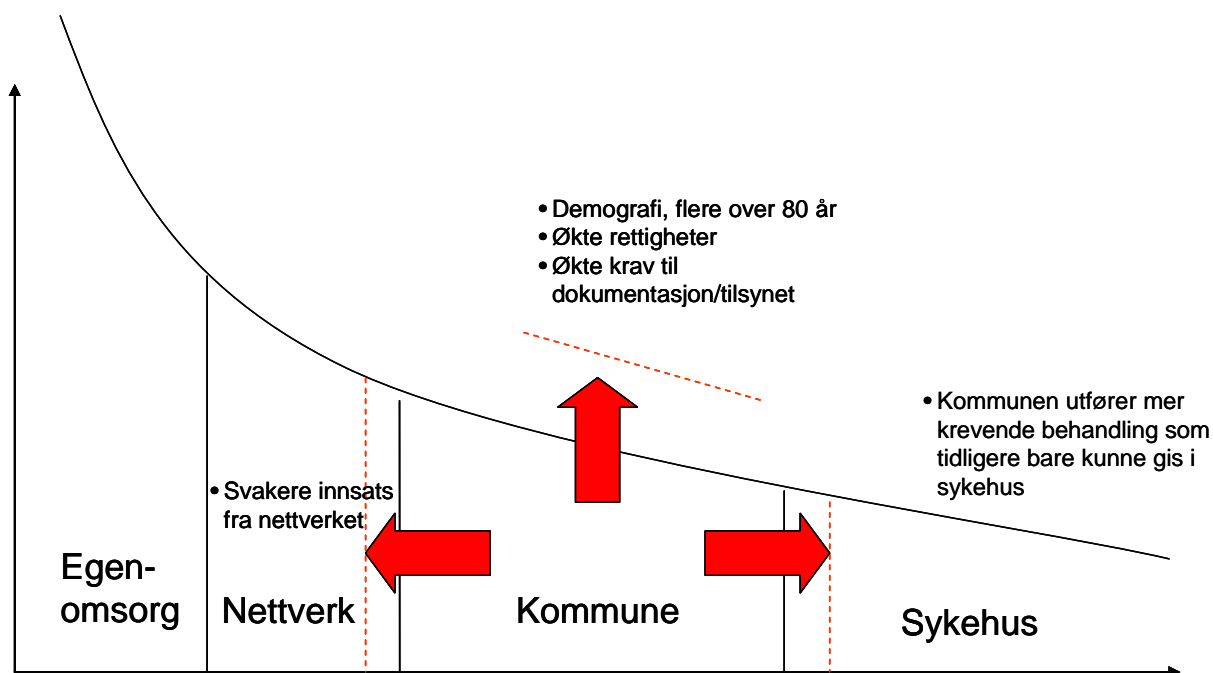
- Tjenestene må legge til rette for tydelige avgrensninger mellom den enkeltes ansvar og det offentlige ansvar, blant annet ved å utarbeide serviceerklæringer
- Tjenestene skal ha gode rutiner for samarbeid/henvisning i forhold til ulike tjenesteytere innenfor og utenfor kommunen

6 SATSNINGSOMRÅDER

6.1 Arbeidsfordelig i helsevesenet

Ulike faktorer gir en forskyvning i arbeidsfordelingen mellom ulike etater og privat omsorg der kommunen får et større nedslagsfelt å betjene enn tidligere:

- Økende antall eldre
- Flere og mer hjelpetrengende brukere
- Endringer i familiestrukturen (mindre nettverk/flere en-personshushold)
- Mer krevende behandling gis på kommunalt nivå som tidligere bare ble gitt i sykehusene
- Endret utskrivningspolitikk med tidligere tilbakeføring til kommunalt hjelpeapparat,
- Økte rettigheter til den enkelte
- Økt krav til dokumentasjon
- Økte ambisjoner i tjenestene med høye krav til kompetanse



Modellen ovenfor illustrerer hvordan volumet og behovet for kommunale tjenester kan øke på bakgrunn av svakere innsats fra nettverket, flere eldre med hjelpebehov, og raskere overføringer fra sykehus/spesialisthelsetjeneste til de kommunale tjenestene.

Oppegård har et differensiert tjenestetilbud (jfr. Status pr. 01.01.06 – vedlegg 3) som også i årene fremover anses hensiktsmessig å videreføre. Tjenesteapparatet må imidlertid videreutvikles og oppdimensjoneres etter hvert som utfordringene øker.

6.2 De viktigste satsningsområdene i planperioden

De mer konkrete tiltakene som foreslås innenfor satsningsområdene, vil bli nærmere presentert i kapittel 7.

6.2.1 Forebyggende arbeid

I planleggingen av fremtidens tjenestetilbud er det viktig å vurdere mulighetene til å forebygge behovet for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester. Mulighet til egenaktivitet gjennom bl.a. deltagelse på **eldresentra** kombinert med **seniorkontakt/opsøkende virksomhet** kan bidra til å ivareta sosiale behov, samt at det gir mulighet til å gripe inn med hjelp og tiltak på et tidlig tidspunkt og dermed redusere behovet for omsorg eller stoppe/begrense en uheldig utvikling.

6.2.2 Rehabilitering

En vesenlig grad av rehabiliteringen foregår i hjemmet, men gjennom styrking av **dag- og døgnplasser til rehabiliteringsformål** vil kommunen legge til rette for at en bruker ved hjelp av egeninnsats oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse og bidra til å gjøre brukeren i stand til å kunne bo hjemme så lenge som mulig. En godt fungerende rehabiliteringstjeneste vil være et bidrag til forebygging av behovet for langvarige og mer omfattende tjenester og dermed gi bedre rammevilkår for pleie- og omsorgstjenestene. For tiden råder det usikkerhet om Helse Øst sin kapasitet når det gjelder rehabiliteringsplasser og etterbehandlingsplasser. Dette kan øke presset på det kommunale tilbudet.

6.2.3 Hjemmebasert omsorg

For å gi brukerne reell mulighet til å velge og kunne bo hjemme, er det viktig at kommunen gir tilbud om heldøgns **hjemmetjenester** i egen bolig. Tilbudet bør utformes slik at tilbudet økes når behovet for tjenester øker, og slik at den enkelte bruker sikres et tilbud som i størst mulig grad er tilpasset behovet. Brukerstyrt personlig assistanse (**BPA**) er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Brukerstyringen vil være et middel til å bidra til bedre ressursutnyttelse, fleksibilitet og kvalitetssikring. Målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming. Videre er **frie brukervalg** av praktisk bistand (innbyggerne velger fritt mellom flere leverandører av praktisk bistand/hjemmehjelpsordninger) godt egnet til å oppnå større valgfrihet for den enkelte bruker og høyere kvalitet på tjenestene. Ovennevnte tilbud er en del av de samlede kommunale omsorgstjenester og en **fleksibel bruk av BPA og hjemmetjenester kombinert med frie brukervalg** vil bidra til god utnyttelse av de samlede ressursene.

- **Forebyggende innsats**
 - Seniorkontakt/opsøkende virksomhet
 - Eldresentra/aktivitetssenter
- **Rehabilitering**
 - Dagplasser med aktiv rehabilitering
 - Døgnplasser med aktiv rehabilitering
- **Hjemmebasert omsorg**
 - Utbygging av hjemmebaserte tjenester
 - Fleksibel bruk av BPA og hjemmebasert omsorg
 - Frie brukervalg
- **Plasser med heldøgns bemanning**
 - Tjenester i ulike boformer
 - Omsorgsboliger
 - Sykehjem
 - Korttidsplasser/"overgangsplasser"
 - Fordeling av plasser mellom:
 - Demente
 - Somatisk syke
 - Palliativ omsorg
 - Rehabilitering

En kvantitativ tilfredsstillende utbygd hjemmetjeneste, vil kunne gi tilstrekkelig trygghet og livskvalitet, slik at behovet for overflytting til plasser med heldøgns bemanning, kan utsettes lengst mulig.

6.2.4 Plasser med heldøgns bemanning

Ved å styrke kapasiteten i hjemmetjenesten og gi tilbud om **omsorgsbolig** til de sprekeste på sykehjemmene og de dårligste hjemme, vil **institusjonsplassene** innrette seg mot brukere med de mest omfattende hjelpebehovene som bl.a. personer med langt fremskreden demens. Ved siden av plasser i **skjermede enheter** og øvrige **langtidsplasser**, vil det være behov for **korttidsplasser (spesielt til demente, men også mentalt friske), rehabiliteringsplasser og ”overgangsplasser/observasjonsplasser”** i forbindelse med utskrivning fra sykehus. Dette medfører behov for en trinnvis økning i antall udisponerte plasser og nye heldøgns boenheter tilpasset behovet.

7 FORSLAG TIL TILTAK

7.1 Innledning

Forslaget til fremtidig omsorgskjede er bygget på LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå). Dette betyr at det tas hensyn til brukerens ønske om å kunne fungere lengst mulig i eget hjem og utnytte sine ressurser optimalt, dvs. et omsorgssystem som bygger opp under evnen til egenomsorg (empowerment).

Under presenteres forslag til utbygging av de deltjenester det anses nødvendig å dimensjonere. Kvantifiseringen er i hovedsak basert på befolkningsutviklingen for målgruppen i perioden. For enkelte deltjenester, som for eksempel rehabilitering, er det dessuten tatt høyde for å dekke inn faktisk underdekning. Videre gjøres oppmerksom på at det ikke er oppdimensjonert for å kompensere for mulig nedgang i privat omsorgsinnsats og økning i en-personshushold, men at det søkes tilrettelagt for å ivareta den uformelle omsorgen gjennom de ulike anbefalingene i planen. Det vises for øvrig til kommentarer under de enkelte punkter.

7.2 Anbefalinger med forslag til tiltak

7.2.1 Forebyggende arbeid

Helsefremmende tiltak er tiltak som har som mål at en person eller en befolkning skal bli bedre rustet til å tåle vanskelige situasjoner eller skadelige påvirkninger, samt oppleve en bedre livskvalitet og helse. *Forebyggende helsearbeid* er å kartlegge og overvåke, fjerne, redusere og beskytte mot faktorer som kan føre til sykdom, skade, psykiske og sosiale problemer hos det enkelte individ, hele eller grupper av befolkningen. Grensen mellom helsefremmende tiltak og forebyggende helsearbeid er flytende og begrepene glir delvis over i hverandre. Det er vanskelig å skille utfordringene innenfor de ulike aldersgruppene tydelig fra hverandre.

7.2.1.1 Eldresentra/aktivitetssenter

Når man blir gammel er det ikke lenger like aktuelt å forebygge sykdommer og problemer som har utviklet seg over lang tid. Det viktigste er å bevare og styrke det friske og forebygge sykdom og funksjonssvikt som kan påvirke livskvaliteten i nærmeste fremtid. Innsatsen bør konsentreres om å redusere behovet for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester.

Hensikten med eldresentrene i kommunen er bl.a. å skape en arena for møteplasser hvor de eldre gis mulighet til å bruke sine evner positivt og på den måten forebygge ensomhet, passivitet og feil-/underernæring. Begge sentrene har kafeteria med tilbud om varmmat (enkelte dager), varierte og tilrettelagte aktiviteter samt trim for å ta vare på de eldres ressurser. Eldresentrene har hatt en økning i antall besøkende de senere årene.

| Balansert målstyring – fokusområdet Folkehelse og miljø | | | | | | | |
|---|--|---------------|---------------|---------------|-----|-----|-------|
| Styringsindikator | Kommentar til indikator/målemetode | Resultat 2003 | Resultat 2004 | Resultat 2005 | Ø | G | Trend |
| Andel deltakere på eldresenter (Kolbotn og Toppenhaug) | Hvor stor del av befolkningen over 67 år som deltar på eldresentrene | 40,5% | 41,3% | 44% | 40% | 35% | |

Med utgangspunkt i den økende eldrebefolkningen i årene som kommer samt at kommunen ser behovet for et dagtilbud til yngre personer med nedsatt funksjonsevne, planlegges et nytt aktivitetssenter på Tårnåsen. Ofte har yngre mennesker med bl.a. kroniske lidelser behov for fellesskap og sosial samvær for å bryte en, i mange tilfeller, isolert tilværelse.

Det er behov for en minimumsressurs av kommunalt ansatte ved hvert senter. Nytt aktivitetssenter på Tårnåsen er lagt inn i Handlingsprogrammet fra 2007 med 1,5 årsverk.

Anbefaling:

Kolbotn eldresenter og Toppenhaug eldresenter viderefører driften som nå. Aktivitetssenteret på Tårnåsen åpner tilbud til alle alderspensjonister og utvider målgruppen til også å gjelde yngre funksjonshemmede.

7.2.1.2 Frivillig innsats – nettverksbyggende tiltak

Nettverksbyggende aktiviteter enten i foreningsregi eller i frivillighetssentralens regi er viktige helseforebyggende tiltak.

Samspill og god kommunikasjon mellom kommunale tiltak og familiebasert omsorg kan utsette utbrenthet og behov for tyngre tiltak.

7.2.1.3 Oppsøkende virksomhet

Gjennom flere år har Danmark hatt en tjeneste der alle eldre over 75 år får tilbud om hjemmebesøk fra helsepersonell. Tilbud om hjemmebesøk gis så hvert annet år. Formålet med tjenesten er å gi informasjon om ulike tilbud og tjenester i kommunen (eldresentra, ulike aktivitetstilbud m.m.) og å informere om ulykkes- og brannforebyggende tiltak i hjemmet. I tillegg tilbys det hjelp med å fylle ut søknader og formidle kontakt med andre tjenesteytere i kommunen. Det kan dreie seg om behov for fysioterapeut, ergoterapeut, økonomisk rådgivning eller hjemmetjenester. I Danmark er denne tjenesten nå lovfestet og anses som et samfunnsøkonomisk lønnsomt tiltak.

I Norge har enkelte kommuner (bl.a. Asker og Ski) prøvd ut et slikt tilbud, etter mønster fra Danmark. Det viser seg at halvparten av målgruppen ønsker et slikt tilbud. Erfaringer fra Asker viser at 0,5 årsverk er i stand til å betjene ca 325 personer i målgruppen (tilsvarer ca 1 årskull 75-åringer) når 50 % takker nei. For gruppen som gis besøk har erfaringene fra Asker vært gode. Det settes pris på besøket, og det avdekkes ofte liten kjennskap om tilbudene til eldre i kommunen. I enkelte tilfeller er det formidlet behov for besøk av ergoterapeut (tilpasninger i hjemmet eller hjelpemidler), fysioterapeut (svekket funksjonsevne), sosialtjenesten (økonomisk rådgivning) og hjemmetjenester (demens hos ektefelle). I forbindelse med budsjettbehandlingen ble det vedtatt i kommunestyre (sak 62/04 pkt. 33) å lage et prøveprosjekt ”der hjemmesykepleien bes om å gjennomføre en strukturert samtale

med hjemmeboende eldre over 75 år. Hensikten er å avdekke helsesituasjonen slik at tiltak og forebyggende tiltak kan tilpasses hver enkelt best mulig.” Da det våren 2005 ble igangsatt arbeid med strategiplan, blir dette punktet tatt inn som en del av anbefalingene til tiltak i planen.

Anbefaling:

Det anbefales at det settes i gang et prosjekt over 4 år (2007 – 2010) med oppsøkende og forebyggende hjemmebesøk til eldre. I prosjektperioden opprettes det 0,5 årsverk som seniorkontakt.

7.2.1.4 Boliger tilrettelagt med livsløpsstandard og universell utforming

Kommunen bør ta i betraktning tilrettelegging for bevegelsehemmede fra starten i enhver planleggingsprosess, for eksempel ved bygging av offentlige bygg, gangveier og etablering av fritids- og friluftstilbud.

Den generelle boligstandard er god, men likevel er deler av boligmassen uegnet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. En del av boligpolitikken er at flest mulig boliger skal bygges slik at de kan være funksjonelle for beboere med funksjonssvikt (livsløpsstandard), jfr. Boligosial handlingsplan 2003. En del av boligløsningene bør utvikles slik at de kan etterspørres av eldre med vanlige inntekter/pensjoner.

Det ligger et potensiale i utbedringer av eksisterende boliger og utnyttelse av Husbankens tilskudds- og låneordninger. Dette krever aktiv innsats fra kommunens side med informasjon og bistand. Samtidig er det viktig å peke på at den enkelte selv har ansvar for å tilrettelegge for et liv som tilpasses funksjonsevnen når det gjelder bosituasjonen.

Det planlegges etablert 19 omsorgsboliger for eldre på Tårnåsen med drift fra 2008. Boligene gir et tilrettelagt botilbud til eldre som føler behov for større trygghet enn å bo i egen bolig. Nærheten til personer med samme behov og aktivitetssenteret i nær tilknytning til boligene kan være et viktig bidrag til fysisk, psykisk og sosial aktivisering. Det bør vurderes å legge til rette for en personalbase slik at boligene senere kan ha tilstedeværende bemanning hele døgnet, men det er foreløpig ikke lagt inn forslag om ressurser til døgnbemanning .

Med den økende eldrebefolkningen, vil det være behov for både nye omsorgsboliger uten fast bemanning, og boliger med livsløpsstandard bygget i regi av foreninger som DES-klubben, lokale Velforeninger etc. Kommunen vil ha en tilretteleggingsrolle i forhold til disse aktørene.

Anbefaling:

Det anbefales at kommunen bygger en enhet med 25-35 omsorgsboliger/ tilrettelagte boliger til eldre og personer med funksjonssvikt, i planperioden. Videre, anbefales det at kommunen legger til rette for å fremskaffe tomter, gi råd og veiledning til interessegrupper samt sikre at det blir bygget tilstrekkelig antall boliger med livsløpsstandard inkludert hensiktsmessig heis og god tilgjengelighet i forhold til utearealer.

Kommunen må sikre en løpende dialog mellom utøvende tjenester (hjemmetjenesten) og planleggere i forbindelse med utarbeiding av reguleringsplaner og inngåelse av utbyggingsavtaler med private utbyggere.

7.2.1.5 Kommunalt hjelpemiddellager

Gjennom økt bruk av utbedringstilskudd og –lån vil boligmassen bli bedre egnet for personer med nedsatt funksjonsevne. Tekniske hjelpemidler og ergonomiske tiltak er også viktig tiltak i denne sammenhengen. På sikt vil flere boliger med livsløpsstandard og bruk av de mulighetene de tekniske hjelpemidler gir, kunne utsette behovet for mer omfattende pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester og utsette behovet for omsorgsbolig og sykehjemsplass.

Anbefaling:

En løpende vurdering av supplerings og fornyelse av utstyret. Styrking av eventuelle personellressurser ses i sammenheng med styrking av hjemmebasert omsorg, jfr. punkt 7.2.2.3.

7.2.2 Hjemmebasert omsorg

Tjenestetilbudet i Oppegård kommune er i stor grad basert på hjelp i eget hjem og heldøgns omsorg i sykehjem. Hjemmetjenestene opplever en økning i antall brukere. I 2003 hadde hjemmetjenestene 568 brukere. I 2004 økte antallet til 622 brukere, en økning på 10 % i løpet av ett år. Behovet for ressurser må ses i forhold til økning i antall eldre og antall demente, samtidig med økte krav til pleieoppgaver i hjemmet og behov for differensierte rehabiliteringstilbud.

7.2.2.1 Omsorgslønn

Omsorgslønn benyttes ved særlig tyngende omsorgsoppgaver der pårørendes hjelp vurderes som best og nødvendig for å ivareta den omsorgstrengende. Omsorgslønn ytes som regel der den omsorgstrengende og omsorgsyter bor under samme tak. Omsorgslønn kan gis i stedet for eller i tillegg til andre kommunale tjenester.

Anbefaling:

Det anbefales at omsorgslønn videreføres på dagens nivå, men at ordningen gradvis bygges ut der den vil kunne erstatte annen bistand eller være forebyggende slik at brukeren kan bli boende hjemme. Ressursene til omsorgslønn må ses i sammenheng med den totale ressursbruken i hjemmetjenestene.

7.2.2.2 Praktisk bistand i hjemmet

Formålet med praktisk bistand og opplæring er å gi praktisk hjelp for å klare dagliglivets gjøremål til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Tjenester omfatter lovpålagte ytelser etter § 4 -2 og § 4 -3 i lov om sosiale tjenester.

Det foreligger i dag et misforhold mellom tildelt mengde tjeneste og ønske om å motta mer. Frie brukervalg er vedtatt innført i Oppegård kommune, men ikke administrativt gjennomført.

Planleggingen og dimensjoneringen av tjenesten må ses i sammenheng med innføring av brukervalgsmodellen.

7.2.2.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er nært knyttet opp til praktisk bistand (jfr. punktet over).

Hjemmesykepleien har de senere årene fått yngre pasienter hvor sykepleieoppgavene er blitt mer spesialiserte og tidsforbruket hos hver enkelt pasient er økende. De største utfordringene i dag er bemanningen på kveld, natt og helg når det er færre ansatte på jobb. De samme brukerne skal også ha tilbud utover normalarbeidstiden. Tjenestene forsøker så langt det lar seg gjennomføre å tilby brukerne valgfrihet og fleksibilitet opp mot tidspunkt for mottak av tjenester. Enkelte brukere må likevel legge seg tidligere enn de ønsker eller stå opp senere.

Anbefaling:

Anbefalt vekst i antall stillinger i hjemmetjenestene (praktisk bistand og hjemmesykepleie), omsorgsboliger og rehabilitering/tilrettelegging i hjemmet:

| | 2005 | -2006 | -2008 | -2010 | -2012 | -2014 | -2016 | -2018 | -2020 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Anbefalt vekst i antall stillinger</i> | 18,5* | 2,5 | 4,5 | 3,0 | 4,3 | 7,0 | 7,2 | 4,4 | 2,6 |

* tilført i 2005. Veksten i antall stillinger er anbefalt ut fra veksten i antall eldre (3 % i forhold til økningen i antall 67 år og oppover).

Styrking av tjenesten er anbefalt ut fra befolkningsutviklingen. Videre må reelle behov og kompleksiteten i brukermassen også vurderes.

I møtet med stadig flere demente hjemmeboende vil hjemmetjenesten ha behov for en koordinerende stilling innenfor demensområdet med kompetanse til bl.a. å kartlegge ferdigheter og funksjonsnivå demente har på ulike områder.

Behovet for fysioterapi tilknyttet hjemmeboende brukere vil øke med økt fokus på rehabilitering av brukere i eget hjem.

En stor del av ergoterapeutenes tid brukes til å tilrettelegge hjelpemidler og hjelpe eldre og yngre funksjonshemmede slik at de kan bli trent opp til dagliglivets gjøremål. Systematisk opptrening vil kreve økt innsats fra begge sistnevnte yrkesgrupper.

Behovet for tilførsel av årsverk i ovenstående tabell må betraktes som en angivelse av det samlede behov i perioden. Fordelingen av de ulike stillingskategoriene forutsettes gjort til gjenstand for en løpende vurdering.

7.2.2.4 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Formålet med BPA er å gi personer med et omfattende og varig hjelpebehov på grunn av sykdom eller funksjonshemming økt frihet og ansvar i forhold til å få dekket grunnleggende behov for praktisk bistand etter lov om sosiale tjenester. Formålet er videre å gi hjelp til selvhjelp slik at brukere kan bo hjemme så lenge som mulig. Ordningen er en del av tiltakene i omsorgskjeden og må ses i sammenheng med bruken av hjemmetjenester.

Det er i dag 16 personer som har vedtak om BPA. Regelverket endres fra 2006. Målgruppen for hvem som kan benytte seg av ordningen utvides til også å gjelde brukere som ikke selv kan ivareta arbeidslederrollen, men få andre til å innta en slik rolle og planlegge hverdagen for brukeren. Det forventes økt søkermengde.

Anbefaling:

Det anbefales å videreføre dagens praksis om tildeling av BPA-ordning, men at bruken av ordningen fortløpende vurderes og ses i sammenheng med ressursene i hjemmetjenestene og tiltak for funksjonshemmede (Tilfu).

7.2.2.5 Rehabilitering i hjemmet

Helhetlig rehabilitering er ikke knyttet mot alder eller diagnose, men handler om personer med behov for omfattende og langvarige tjenester og bistand/tiltak.

Målsettingen for rehabilitering er at brukeren skal få større livskvalitet og bedret funksjonsevne. Hvis det er mulig bør rehabiliteringstilbudet finne sted i hjemmet. Det vil imidlertid være et mindre antall pasienter med behov for tidsavgrenset døgnrehabiliteringsopphold hvor et intensivt opplegg medfører at brukeren kan komme hjem.

Bærum kommune har gjennomført et 3-årig utviklingsprosjekt med hjemmebasert rehabilitering. Prosjektet har ervervet erfaringer og kunnskap ved å prøve ut satsning på hjemmebasert rehabilitering som en strategi for å møte et økende pleie- og omsorgsbehov hos eldre og funksjonshemmede. Det konkluderes med at prosjektet har vært vellykket og det beregnes et anslagsvis årlig effektiviseringspotensiale på 6,3 mill. kroner i en gruppe på 50 brukere.

Anbefaling:

Det anbefales at det opprettes et rehabiliteringsteam i kommunen i 2007 bestående av: 1,0 årsverk fysioterapeut, 1,0 årsverk ergoterapeut og 1,0 årsverk sykepleier. Det forutsettes at det gis kompetanse til teamene for å styrke teamets rolle og bidrag i rehabiliteringsarbeidet.

7.2.3 Dagtilbud**7.2.3.1 Dagtilbud til personer med rehabiliteringsbehov**

Erfaringer fra andre kommuner (bl.a. Asker) viser at flere brukere kunne kommet raskere tilbake til eget hjem dersom de hadde fått tilbud om rehabilitering på et dagsenter. Stortingsmelding nr. 21 anbefaler at rehabiliteringsarbeidet foregår i brukerens hjem. For enkelte brukere vil det ikke være hensiktsmessige treningsforhold i hjemmet og overgangsfasen fra rehabiliteringsenheten til hjemmet vil i enkelte tilfeller bli lettere for brukere og pårørende hvis rehabiliteringen i en avgrenset periode kunne fortsette som et dagtilbud. I tillegg vil det være brukere med behov for rehabilitering som kan bo hjemme i hele rehabiliteringsperioden. Ofte er rehabiliteringspasienter yngre brukere med ektefelle/pårørende som er i jobb. Dagtilbudet bør derfor tilby åpningstider som er tilpasset arbeidslivet.

Anbefaling:

Det anbefales at det legges til rette for økt satsing på habilitering og rehabilitering ved dagavdelingen på Høyås bo- og rehabiliteringssenter. Dagavdelingen foreslås styrket med 2,0 årsverk – tverrfaglig kompetanse.

Rehabilitering i hjemmet krever, foruten fysioterapeuter og ergoterapeuter, en innsats fra hjemmetjenesten i forbindelse med at brukeren skal gjøres klar til opptrening.

7.2.3.2 Dagtilbud til demente/somatisk syke

Tilbudet om dagplasser er ikke en lovpålagt tjeneste. Tilbudet er imidlertid et viktig element i den helhetlige omsorgskjeden og bidrar til å høyne brukerens livskvalitet samt å gi brukeren fysisk, psykisk og sosial aktivisering. Videre virker tilbudet avlastende for nærmeste omsorgsperson. Aktiv bruk av dagtilbud antas å kunne utsette behovet for en institusjonsinnleggelse med inntil ett år. Med tilstrekkelig kapasitet på dagtilbudet, spesielt til demente, vil tjenestene kunne gis på laveste effektive omsorgsnivå.

Oppegård kommune har i dag 64 dagplasser fordelt på kommunens tre sykehjem (Høyås 22 plasser, Bjørkås 12 plasser og Greverud 30 plasser). Etter utbygging av Greverud sykehjem med 30 dagplasser anses kapasiteten på kommunens dagtilbud som tilfredsstillende. 22 plasser er øremerket demente. Det anbefales at det ses på bruken av dagens plasser i forhold eksisterende og kommende målgruppe. Plassene anbefales differensiert i større grad enn i dag i forhold til brukerens funksjonsevne.

Anbefaling:

Det anbefales at det legges til rette for en differensiering av dagplassene. Bjørkås foreslås videreført som tilbud rendyrket til demente. I tillegg foreslås det å legge opp til et klarere skille mellom plassene på Greverud. Høyås foreslås ivareta rehabiliteringsfunksjonen (jfr. punktet over).

I takt med økende antall eldre vil behovet for dagplasser øke. Det legges til grunn at kapasiteten på dagplassene justeres i takt med endret eldrebefolkning. Ved eventuelt bygging av nytt sykehjem utover i planperioden, må det tas høyde for tilførsel av dagplasser. Det anbefales etablert dagplasser i størrelsesorden 1 ny dagplass per 2 nye døgnplasser (jfr. tabell under pkt. 7.2.4.4).

7.2.4 Tilrettelagte boenheter med bemanning

Omsorgsboligenes målgruppe er eldre eller andre med et pleie- og omsorgsbehov. I ”Handlingsplan for eldreomsorgen i Oppegård kommune 1998 – 2010” står det nedfelt at målsettingen med omsorgsboligene er at de skal avlaste sykehjemmene for de sprekeste som i dag har sykehjems plass og de dårligste av hjemmesykepleiens brukere som i dag bor i egen bolig eller trygdebolig.

Gir egen bolig mulighet for et godt hverdagsliv for de som har et pleie- og omsorgsbehov, vil det være i boligen at brukerne mottar hjelp. Når boligen ikke lenger tilfredsstillende endringer i behov for hjelp, må det være tilgjengelige boalternativer som erstatter eventuell for tidlig innleggelse i sykehjem. Alternative boformer mellom egen bolig og sykehjem kan være omsorgsbolig med bemanning.

Omfanget av antall sykehjemsplasser vil være avgjørende for hvilken dimensjonering som skal legges til grunn for andre boformer (omsorgsboliger med bemanning eller andre typer

boliger tilknyttet personalbase). Erfaringer fra andre kommuner tyder på at en velfungerende pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjeneste, med vekt på hjemmebaserte tjenester, forutsetter sykehjemsplasser og boliger med tilbud om døgnkontinuerlig pleie med en dekning på 18 % (av eldre over 80 år). Statlige normer anbefaler 25 % dekning. Oppegård anbefaler å legge til grunn en dekningsgrad mellom disse to estimater; 22 % (av 80 +).

Innenfor de ulike typer døgnbemannede boenheter vil det være en løpende vurdering om hvordan forholdet mellom omsorgsboliger og sykehjemsplasser skal utvikles. Ved bygging av nye enheter bør det planlegges for fleksible løsninger med hensyn til bruken av boenhetene.

7.2.4.1 Yngre brukere

Mangfoldet i behov setter store krav til kommunen når det gjelder å gi tilbud til mennesker med forskjellige hjelpebehov og i ulike livsfaser. For mange eldre vil det være ønskelig å flytte til en bolig med mulighet til sosial kontakt med folk på egen alder, lettvinntilgang på måltider og hjelp. Yngre brukere vil i mange tilfelle ha en bolig som er integrert i vanlig bomiljø. Generelt bør kommunen planlegge utforming, tilrettelegging og lokalisering av boligene slik at den møter behovene til de ulike tjenestemottakerne med tanke på privatliv, sosiale aktiviteter, sosialt fellesskap mv. på en slik måte at tryggheten, medisinske og pleiemessige behov ivaretas for beboerne.

Anbefaling:

Det anbefales at det i planleggingen av boligenheter tas inn fleksible løsninger som kan imøtekomme behov hos yngre funksjonshemmede.

7.2.4.2 Akutt plasser

Bestillerkontoret forsøker til enhver tid å ha minst en sykehjemsplass stående ledig. Denne kan benyttes til akutt plass. På dagtid skal innleggelse skje i dialog med bestillerkontoret. Hjemmetjenesten kan, i visse tilfeller, legge inn en person etter kl. 16.00 på hverdager eller i helgene. I de fleste tilfeller er det gjort avtale med bestillerkontoret i forkant for å avklare om, og for hvor lenge, plassen er ledig.

Akutt forverring av helsetilstand kan være en grunn for å få en akutt sykehjemsplass for en periode.

Anbefaling:

Det anbefales at rutinene vedrørende akutt plasser opprettholdes. Muligheten for å få dette til avhenger av at antall sykehjemsplasser økes i takt med antall eldre mennesker i kommunen.

7.2.4.3 Bolig tilknyttet personalbase/boliger med bemanning

Kommunen har i dag 59 omsorgsboliger som alle ligger i nær tilknytning til sykehjem. Greverud har 35 omsorgsboliger hvorav 14 med bemanning. Bjørkås har 24 omsorgsboliger hvorav 17 boenheter er dimensjonert med bemanning (jfr. kommunestyresak 026/05). I tillegg yter bemanningen i omsorgsboligene bistand til andre brukere både i og utenfor omsorgsboligene.

Øvrige boenheter (28) er uten stasjonær bemanning og betjenes av hjemmesykepleiens ambulerende tjeneste.

Gjennom den avsluttede Handlingsplanen for eldreomsorgen 1998 – 2001 ble det satt et nasjonalt mål om at kommunene skulle ha en dekningsgrad på 25 % av boliger tilrettelagt for døgnkontinuerlig pleie. Dekningsgraden regnes av antall personer over 80 år. Oppegård kommune startet i Handlingsplan for eldre 1998 – 2010 å definere dekningsgrad av døgnplasser. Innenfor begrepet regnes plasser i omsorgsboliger med døgtjenester og sykehjem. Oppegård kommune har i Handlingsplanen fra 1998 lagt opp til en målsetting på 22 % av eldre over 80 år skal kunne få plass i døgnbemannet omsorgsbolig eller sykehjem. I 2004 hadde Oppegård en dekningsgrad på 22,6 % og 22,2 % i 2005. Dekningsgraden regnes ut fra 129 plasser i institusjon og 31 enheter i omsorgsboliger betjent med heldøgns bemanning.

7.2.4.4 Plasser med heldøgns omsorg - sykehjem

| Plasser med heldøgns bemanning | 2006 | -2007 | - 2008 | - 2010 | - 2012 | - 2014 | - 2016 | -2018 | -2020 |
|---|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Prognose 80 + | 775 | 809 | 841 | 871 | 918 | 948 | 943 | 975 | 1 028 |
| Antall plasser med heldøgns bemanning* | 162 | 162 | 162 | 162 | 162 | 162 | 162 | 162 | 162 |
| Behov for plasser ut fra 22 % av eldre 80 + | 170 | 178 | 185 | 192 | 202 | 209 | 207 | 215 | 226 |
| Over-/underdekning (22%) | -8 | -16 | -23 | -30 | -40 | -47 | -45 | -53 | -64 |

- Høyås 47 plasser, Bjørkås 20 plasser, Greverud 64 plasser, Bjørkås omsorgsboliger 17 boenheter og Greverud omsorgsboliger 14 boenheter.

Tabellen gir en oversikt over plassbehovet ut fra anbefalt dekningsgrad på 22 % av befolkningen over 80 år.

Omsorgsboligene kan benevnes både som bolig med og uten døgnomsorg. I beregningen over legges til grunn 14 boenheter på Greverud omsorgsbolig og 17 boenheter på Bjørkås omsorgsbolig med tilgang til døgnbemanning. De øvrige boenhetene vil være boformer for personer som er relativt selvhjulpne, men som trenger en tilrettelagt bolig med trygg boform. Sykehjemmenes rolle som det siste og tyngste leddet i omsorgskjeden vil ha som hovedoppgave korttids-/avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold, langtidspleie av brukere med alvorlig sykdom, tilrettelagte plasser for demente og terminal pleie.

Anbefalt opptrapping av institusjonsplasser.

| Plasser med heldøgns bemanning | 2006 | - 2007 | - 2008 | - 2010 | - 2012 | - 2014 | - 2016 | -2018 | -2020 |
|--|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Behov ut fra befolkningsutvikling 80 år + | 8 | 8 | 7 | 7 | 10 | 7 | 0 | 6 | 11 |
| Anbefalt opptrapping i bruk av institusjonsplasser | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Anbefalt opptrapping i bruk av dagplasser (jfr. pkt. 7.2.3) | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

Institusjonsplassene som ble frigjort ved Høyås og Bjørkås (34 plasser) i forbindelse med at Greverud sykehjem åpnet med 64 døgnplasser i sept. 2004, forutsettes gradvis tatt i bruk utover i perioden slik at kommunen til enhver tid har 22 % dekning.

Anbefaling:**Plasser med heldøgns bistand.**

Ut fra prognoser og plasser tilgjengelig, vil de frigjorte plassene være disponert innen 2012. Det anbefales å ha nye tilgjengelige plasser i 2016. En suksessiv opptrapping av sykehjemsplasser foreslås som angitt i tabellen over.

Det anbefales at sykehjemskapasiteten økes ved bygging av nytt sykehjem med behov for 16 plasser disponible i 2016 og ytterligere 16 plasser i 2020.

Differensiering av plasser med heldøgns bistand

Hele fundamentet for videreutvikling av fremtidens pleie-, omsorg- og rehabiliteringstilbud er basert på at brukerne skal kunne bo hjemme lengst mulig. En differensiering av plasser med heldøgns omsorg bygger opp under LEON-prinsippet og er et viktig bidrag til å nå målsettingen om at brukeren skal motta tjenestetilbud på rett omsorgsnivå.

Korttidsplasser – demente/somatisk syke

En vesentlig del av sykehjemsplassene bør være korttidsplasser for å kunne gi hjemmeboende brukere trygghet når sykdom eller annen helsesvikt oppstår. Det anbefales at 15 % av institusjonsplassene defineres som korttidsplasser (Otterstad, 1995). Likeledes vil det være behov for enkelte ”observasjonsplasser/overgangsplasser” for å ivareta utskrevne pasienter fra sykehus som er for dårlig til å sendes hjem umiddelbart etter utskrivning og som har behov for et kortvarig døgnkontinuerlig tilbud.

Anbefaling:

Det anbefales at det opprettes 10 korttidsplasser i 2016 fordelt mellom demente og øvrige brukere. Etableringen ses i sammenheng med opprettelse av nye heldøgns plasser.

Rehabiliteringsplasser

Rehabiliteringsplasser er en spesialisert form for korttidsplasser. Målrettet rehabilitering i institusjon er en forutsetning for at institusjonsbeboeren skal kunne tilbakeføres i egen bolig. Et betydelig antall pasienter kan behandles på et lavere nivå enn på sykehusene. Utskrivningsklare pasienter og rehabiliteringspasienter representerer et stort potensiale for innsparinger for helseforetakene. Etablering av rehabiliteringsplasser vil bidra til at veksten i behovet for langtidsplasser ved sykehjemmene utsettes.

Anbefaling:

Det anbefales utvidet inntil 16 plasser til rehabilitering. For å få til et aktivt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud kreves en høyere bemanningsfaktor enn ordinære heldøgns plasser.

Skjermede enheter/plasser til demente

Alle sykehjemmene i Oppegård kommune har demente brukere. Erfaringer fra Oppegård og andre kommuner viser at differensiering har mye positivt for seg. Når sykdomsbilde er likere er det lettere å få til felles aktiviteter for gruppen, pasienters uro smitter heller ikke over på andre beboere hvis de er mer skjermet. Til sammen er det 13 enheter spesielt for demente (skjermede enheter; spesielt tilrettelagte lokaliteter og høyere pleiefaktor enn ordinær sykehjemsplass) i kommunen. I tillegg kommer 16 tilrettelagte plasser for demente på Høyås.

Anbefaling:

Det anbefales at det etableres 13 skjermede plasser utover eksisterende og 13 tilrettelagte plasser for demente.

Palliativ omsorg

Mennesker som er i slutfasen av livet må sikres et helhetlig behandlings-, pleie- og omsorgstilbud med god kvalitet på det mest formålstjenelige nivået i helsevesenet. Livshjelpsutvalget (NOU 1999:2 Livshjelp, behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende) mener at den enkelte skal gis god livshjelp og en verdig avslutning. Hjelpeapparatets oppgaver er primært knyttet til symptomlindring, både av fysiske og psykiske forhold, og ivaretagelse av brukerens sosiale rettigheter. Behandling og pleie av den syke er krevende og må bygge på høy kompetanse og gode ferdigheter. Det er viktig at kommunen fortsetter sitt kompetansehevende arbeid ulike yrkesgrupper – jfr. punkt 7.2.6.1. Tilbudet må tilrettelegges i nært samarbeid med bruker og pårørende innenfor de rammer som til enhver tid er tilgjengelige. Pasienten skal gis et meningsfylt tilbud i den terminale fasen av livet. Det bør tilrettelegges for at de som ønsker det gis anledning til å være mest mulig hjemme i slutfasen. Når det er ønskelig eller nødvendig bør brukeren ha mulighet til å kunne motta lindrende behandling i en døgnbemannet spesialenhet (hospiceplasser).

Anbefaling:

Det anbefales at det etableres 6 plasser for alvorlig syke og døende.

7.2.5 Legetjenester

Kommunen har ansvar for allmennlegetjenester til befolkningen gjennom fastlegeordningen og sykehjemslegeordningen. Ved korttidsopphold i sykehjem skal brukeren kontakte sin fastlege. Akuttmedisinske forhold håndteres av sykehjemmet. Dette krever at det er god kommunikasjon og samarbeid mellom fastlegen og sykehjemslegen.

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler i sin rapport at det nedfelles kriterier for utvikling og fastsetting av lokale bemanningsnormer, en såkalt prosessnorm. (Jfr. ”Rapport til helse- og omsorgsdepartementet om kriterier for en mulig minstenorm for legedekningen ved norske sykehjem og andre aktuelle tiltak for å bedre kvaliteten på det medisinske tilbudet i sykehjemmene (oktober 2005)”).

Ut fra dagens antall sykehjemsplasser som er i drift har Oppegård kommune totalt sett rimelig god legedekning. Det er imidlertid variasjoner mellom institusjonene.

De største medisinske utfordringene i sykehjem er demens, medisinerings (bl.a. til alvorlig syke og døende), utredning av gamle pasienter med fall, forvirringstilstander, depresjon og sansesvikt (Rapport IS-1293 Normering av legetjenester i sykehjem).

Flere sykdommer og tilstander blir gjort behandlingstilgjengelige. Kommunene blir i økende grad gjort ansvarlig for behandling av tilstander som tidligere utelukkende kunne behandles i sykehus. Dette øker behovet for kompetanse i primærtjenesten.

Den sterke tilveksten i medisinsk kunnskap har gjort det umulig for den enkelte lege å beherske hele feltet. Foruten nåværende kompetanse innen psykiatri vil det være behov for spesialkompetanse innen geriatri og palliasjon.

Anbefaling:

Det anbefales å styrke legedekningen i de kommunale sykehjemmene med 0,3 årsverk i 2007 og ytterligere 0,5 årsverk i 2016. Det legges til grunn at legetjenesten styrkes spesielt med hensyn på innsikt i geriatri og palliasjon.

Legedekningen i det konkurranseutsatte driftede sykehjemmet bør svare til dekningen ved de kommunale institusjonene, korrigert for korttids-, rehabilitering- og andre spesialplasser.

7.2.6 Kompetanse

Få sektorer i samfunnet er så avhengig av personellet som helse- og sosialtjenesten. Om lag all undersøkelse, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg består i menneskelig innsats. Resultater oppstår i samspillet mellom personell og bruker. Kvaliteten bestemmes av helsearbeidernes kunnskaper, ferdigheter, holdninger og personlige egenskaper.

7.2.6.1 Kompetansehevede tiltak

Ulike medisinske fremskritt har økt behovet for personell. Sammensatte oppgaver krever personell med kompetanse over et bredt spekter. Kommunene trenger både høgskoleutdannet personell med spesialutdanning, samt personell med kompetanse fra videregående opplæring og relevant internopplæring.

Oppegård kommune har de senere årene satset på varierte kompetansehevede tiltak med et særlig fokus på videre- og grunnutdanning i demens og palliativ omsorg (pleie og omsorg til alvorlig syke og døende). Det vil også i årene fremover bli satset på opplæring. Oppegård kommune utarbeider hvert år en opplæringsplan som sendes Fylkesmannen som grunnlag for søknad om tilskuddsmidler. I 2006 er det lagt opp til et opplæringsprogram med spesiell vekt på fagområdene rehabilitering og psykisk helse.

8 ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Nedenfor fremgår anslag over investeringskostnader og beregning av driftskostnader for de tiltak som er foreslått i kapittel 7.

8.1 Investeringer

(Alle tall i hele tusen)

| Utbyggingsprosjekt: | 2006 | 2007 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2020 |
|---|-------------|----------------|-------------|-------------|--------------|---------------|----------------|-------------|
| Omsorgsboliger/aktivitetssenter Tårnåsen | | 70 000 | | | | | | |
| Ny institusjon | | | | | 2 000 | 10 000 | 240 000 | |
| Inventar og utstyr | | | | | | | | |
| - statstilskudd (oppstarttilskudd)* | | -3 600 | | | 0 | 0 | 0 | |
| Sum investeringer | | 70 000 | | | 2 000 | 10 000 | 240 000 | |
| Sum statstilskudd | | - 3 600 | | | 0 | 0 | 0 | |
| Sum netto investeringer | | 66 400 | | | 2 000 | 10 000 | 240 000 | |

* Kommunen har fått tilsagn om kr 3 600 000 i oppstartstilskudd fra Husbanken vedrørende omsorgsboligene i Tårnåsen-prosjektet.

8.2 Driftsutvidelser pr. år

(Alle tall i hele tusen)

| Tiltak nr. | | 2006 | 2007 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2018 | 2020 |
|------------|--|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 7.2.1.2 | Oppsøkende virksomhet | | | | | | | | | |
| | Seniorkontakt | | 215 | | | | | | | |
| 7.2.2.3 | Styrking av hjemmetjenestene | | | | | | | | | |
| | Lønnsutgifter (jfr. tabell – 7.2.2.3) | | 1 075* | 1 935 | 1 290 | 1 849 | 3 010 | 3 096 | 1 892 | 1 118 |
| | Andre driftskostnader | | 108* | 194 | 129 | 185 | 301 | 310 | 189 | 112 |
| 7.2.2.5 | Rehabilitering i hjemmet | | | | | | | | | |
| | Rehabiliteringsteam – 3,0 årsverk | | 1 290 | | | | | | | |
| | Andre driftskostnader | | 129 | | | | | | | |
| 7.2.3.1 | Dagtilbud – rehabilitering | | | | | | | | | |
| | Styrking av dagavd. – Høyås: 2,0 årsverk | | | 860 | | | | | | |
| 7.2.3.1 | Dagtilbud – nye plasser | | | | | | | | | |
| | Opptrapping av nye dagplasser | | | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 |
| 7.2.4.4 | Plasser med heldøgns omsorg | | | | | | | | | |
| | Opptrapping av 8 plasser hvert annet år | | 5 600 | 5 600 | 5 600 | 5 600 | 5 600 | 5 600 | 5 600 | 5 600 |
| 7.2.5 | Legetjenester | | | | | | | | | |
| | Styrking av legedekning – 0,3 årsverk | | 150 | | | | | | | |
| | Styrking av legedekning – 0,5 årsverk | | | | | | 250 | | | |
| | Sum driftsutgifter | 0 | 8 567 | 9 189 | 7 619 | 8 234 | 9 511 | 9 856 | 8 281 | 7 430 |

Lønnskostnadene (unntatt legen) er basert på en årslønn på kr 430 000 (inkl. sos. avg. og turnustillegg).

Andre driftskostnader er beregnet med 10 % av lønnsutgiftene.

* Stillingene foreslått i 2007 er etterslep fra 2006.

Det er beregnet kr 700 000 pr. døgnplass i institusjon og kr 150 000 pr. dagplass.

Merknader til tabellen:

I handlingsprogrammet for 2006 – 2009 er det lagt inn driftsutvidelser til drift av omsorgsboliger/aktivitetssenter på Tårnåsen fra 2008 med kr 3 900 000. Driftsmidlene omfatter drift av psykiatriboliger og aktivitetssenter.

9 VEDLEGG

VEDLEGG 1

Vedlegg til sak 05/01243, inkl. endringer vedtatt i kst. 15.06.05

Prosjektets navn: Strategiplan for pleie- og omsorgstjenestene 2006-2016

Planlagt startdato: 20.08.05

Planlagt sluttdato: 31.12.05

Oppdragsgiver: Kommunestyret

Oppdragstaker: Rådmannen

Utfylt av: Birgit Leirdal

Dato:

Rev.dato: 16.06.05

A. ORGANISERING

| PROSJEKTGRUPPE: | Navn: | Antatt ukeverk: |
|-------------------|--|-----------------|
| Prosjektleder | Trond Therkelsen | |
| Prosjektdeltakere | Nina Furebotn Ingrid Hillestad Marie G Rolstad Aina Geitz Else Karin Myhre Hovedtillitsvalgt Sykepleierforbundet Stine Janitz Hovedtillitsvalgt Fagforbundet Bente Stokker Knutsen Birgit Leirdal, sekretær | |

| | |
|-----------------|-----------------|
| STYRINGSGRUPPE: | Rådmannsgruppen |
|-----------------|-----------------|

| | |
|------------------|--|
| REFERANSEGRUPPE: | Politisk forankring av planen: Oppstartseminar i august med deltakelse fra UHO, eldrerådet, representanter fra kommunalt råd for funksjonshemmede, prosjekt- og styringsgruppe. For å sikre brukermedvirkning og politisk forankring etableres en referansegruppe bestående av 3 representanter fra eldrerådet, 2 representanter fra råd for funksjonshemmede, og to representanter utpekt av formannskapet. Videre orienterer rådmannen om fremdrift og avklarer eventuelle problemstillinger med utvalg for helse og sosial. |
|------------------|--|

B. PROBLEMBESKRIVELSE OG PROSJEKTMÅL

Politisk forankring /vedtak:

I følge planprogrammet i vedtatt Handlingsprogram 2005-2008 forventes ”strategiplan for utvikling av eldreomsorgen” ferdigstilt i 2005.

Kst.sak 26/05 vedtatt 27.04.05: ”Arbeidet med strategiplan for eldreomsorgen forses, slik at revidert plan så vidt mulig forelegges kommunestyret innen utgangen av 2005. Forslag til mandat forelegges formannskapet i juni 2005.”

Problembeskrivelse (hva er problemet/hva skal prosjektet løse?):

Kommunen har ansvar for å bygge ut, utforme og organisere tjenester til alle innbyggere med behov for pleie- og omsorgstjenester uten hensyn til alder, diagnose eller bosted.

Oppegård kommune står overfor flere utfordringer i pleie- og omsorgstjenestene i årene som kommer:

- økning i antall eldre og derav demente
- sikre tilstrekkelig kapasitet i tjenesteapparatet
- gi innbyggerne mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig
- videreutvikle tjenestekjeden når dagens 50-60 åringer blir morgendagens 80-90 åringer
- sikre brukermedvirkning og avklare forventninger/krav fra brukerne
- pårørendeomsorg og frivillighet
- sikre tilfredsstillende kvalitet (st.meld. nr. 28, 1999-2000 og st.meld. nr. 45, 2002 – 2003)
- statlige rammevilkår
- samhandling med sykehusene og endret utskrivningspolitikk
- kommunens økonomiske rammer og krav til effektiv drift

Plan for eldreomsorgen i Oppegård kommune (1998 – 2010) ble sist rullert av kommunestyret i 1998. I handlingsprogrammet for 2005 ble det vedtatt å utarbeide en strategiplan for eldreomsorgen i kommunen. Videre vedtok kommunestyret i april 2005 å bevilge 5 mill kroner til å styrke hjemmetjenestene (jfr. kst.sak nr 26/05) som en del av en langsiktig strategi innen pleie- og omsorgstjenestene. Det planlegges et oppstartseminar hvor politikere, brukerrepresentanter og administrasjon inviteres. Planen vil gi viktige innspill til tiltak som vil søkes innpasset i fremtidige handlingsprogram.

Strategiplanen vil omhandle dagens og fremtidens behov for pleie- og omsorgstjenester.

For Psykisk helsetjeneste foreligger egen plan.

Effekt mål (virkninger av vellykket gjennomføring av prosjektet):

- Tilstrekkelig kapasitet og tilfredsstillende kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i Oppegård kommune
- Sikre at kommunen får en helhetlig tiltakskjede
- Gi brukerne trygghet for at de får nødvendig pleie og omsorg når de trenger det
- Gi brukerne mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig – brukermedvirkning og valgmuligheter i den daglige omsorgen
- Fornøyde og tilfredse brukere og ansatte
- Godt samspill mellom spesialisthelsetjenesten, frivillige organisasjoner, pårørende mv.

Resultatmål (konkrete mål som skal realiseres i løpet av prosjektet):

Utarbeide en plan for pleie- og omsorgstjenestene i Oppegård kommune for perioden 2006-2016. (ekskl. psykisk helsetjeneste) for å møte utfordringene på en hensiktsmessig måte innen realistiske økonomiske rammer.

Sikre kopling mot styrende dokumenter som handlingsprogram, kommuneplan etc.

Hovedtiltak (de viktigste aktivitetene):

- Utarbeide fremdriftsplan for å sikre styringsgruppens løpende involvering i prosjektperioden
- Oppstartseminar august 2005
- Kartlegge status og utfordringer
- Fremme forslag til satsningsområder og målsettinger
- Utarbeide forslag til tiltak
- Forelegge kostnadsoverslag over forslag til tiltak innenfor realistiske økonomiske rammer

Prosjektets viktigste rammebetingelser (internt/eksternt):

- Kommuneplan og Handlingsprogram
- Ulike temaplaner, bl.a. Handlingsplan for eldreomsorgen i Oppegård kommune (1998 – 2010), plan for funksjonshemmede, plan for psykisk helse, plan for rehabilitering mv.
- St.meld. nr. 28, 1999-2000 og st.meld. nr. 45, 2002 – 2003 og andre statlige føringer (Nou:er som har vært til høring, men som er under behandling – harmonisering av sosial- og helsetjenesteloven, endret finansieringsordning for pleie- og omsorgstjenestene m.m.)

C. BUDSJETT

| UTGIFTER: | BELØP: |
|--------------------------|---------------|
| Oppstartseminar | 8 000 |
| Besøk til andre kommuner | 2 000 |
| SUM | 10 000 |
| | |
| INNTEKTER: | |
| | |
| | |
| SUM | 10 000 |

VEDLEGG 2

INNSPILL

FRA REFERANSEGRUPPEN

TIL STRATEGIPLAN FOR PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN I OPPEGÅRD KOMMUNE 2006-2016

I Innledning

1. Målgruppen

Referansegruppen har lagt til grunn for sine innspill den definisjon av målgruppen som er nyttet i prosjektbeskrivelsen der det heter:

"Kommunen har ansvar for å bygge ut, utforme og organisere tjenester til alle innbyggere med behov for pleie- og omsorgstjenester uten hensyn til alder, diagnose eller bosted"

Vi vil understreke at eldre (67+) utgjør langt den største delen av målgruppen - ca 2600 personer i 2004 - men strategiplanen vil også angå andre grupper, spesielt gruppen funksjonshemmede som er anslått til i overkant av 100. Der hvor referansegruppens innspill er relevant for hele målgruppen, har vi referert til målgruppen, mens vi for øvrig har presisert hvilken del av målgruppen innspillet gjelder.

2. Befolkningsutviklingen

Etter de prognoser som Statistisk sentralbyrå (SSB) legger til grunn, vil antall eldre (67+) øke vesentlig i planperioden. Byrået har i de senere år økt sine anslag når det gjelder antall eldre, fordi økningen i levealder har vist seg å bli betydelig større enn tidligere antatt. Regnet etter middels nasjonal vekst kan det ligge an til at tallet på eldre 70+ i Oppegård kommune i løpet av planperioden kan øke med nærmere 30 %, mens aldergruppen over 80 år vil vokse med ca 32 %. Den sterkeste veksten vil en imidlertid få for gruppen 90+ som øker fra 82 personer i 2005 til 153 i 2016, eller med 86.5 %.

Referansegruppen mener at selv om disse prognosene ikke slår helt til, vil kommunen under enhver omstendighet måtte regne med å stå overfor meget store utfordringer på hele pleie- og omsorgssektoren i de nærmeste tiår. Legger vi til grunn at behovet for heldøgnspleie for eldre 80+ vil holde seg konstant på ca 25%, vil for eksempel behovet for institusjonsplasser utgjøre 237 plasser i 2016. Det er imidlertid rimelig å regne med at det generelle hjelpebehovet vil tilta når tallet på de eldste eldre vokser så vidt markant som prognosen indikerer. Vi vil dessuten legge til at planen må ta hensyn til at økningen i antall eldre i kommunen fortsatt vil stige betydelig også i årene etter 2016. Nedenfor vil vi komme tilbake til alternative løsninger for å dekke de ulike behov.

3. Antall funksjonshemmede

Antall funksjonshemmede ventes stort sett å følge befolkningsutviklingen. Kommunen har i sin "Plan for funksjonshemmede 2003 – 2012" anslått denne del av målgruppen til i overkant av 100. Referansegruppen vil peke på at strategiplanen for pleie- og omsorg må samspille med øvrige kommunale planer, herunder også "Plan for funksjonshemmede". Vi forutsetter at det gjøres en løpende oppdatering av antall funksjonshemmede med spesielle behov for pleie-

og omsorgstjenester, og at denne oppdatering også legges til grunn for oppfølging av strategiplanen for pleie og omsorg.

4. Tilgang på ressurser

Vi mener det er rimelig å regne med en fortsatt økonomisk vekst i kommunens økonomi de nærmeste årene. Både i den avgåtte regjeringens budsjett og i Stoltenbergregjeringens tiltredelseserklæring fremgår det at kommuneøkonomien skal styrkes. Det heter i tiltredelseserklæringen at Regjeringen vil gjennomføre en flerårig opptrappingsplan, og at det vil komme et betydelig løft med en vekst på 5.7 milliarder i kommunenes frie inntekter i 2006. Dette budskapet mener referansegruppen må ses i sammenheng med programerklæringen i samme dokument der det fremgår at ”Regjeringen vil satse sterkt for å bygge ut pleie- og omsorgstjenestene. Vi trenger flere hender i omsorgsarbeidet. Vårt mål er 10 000 flere ansatte i eldreomsorgen”. Selv om nye midler til kommunene ikke er øremerket til særlige formål, mener referansegruppen at det her er gitt sterke signaler om at midlene i stor grad er ment å komme til anvendelse i pleie- og omsorgstjenestene.

Vi vil dessuten understreke at oppgavene i pleie- og omsorgstjenestene i stor grad er lovpålagte, kfr Lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenesteloven, og må således gis prioritet. Hvor langt plikten til å yte hjelp strekker seg, og hvilken form hjelpen skal ha, er også et vanskelig juridisk spørsmål. Borgerne har en rettighet, men den har et svært ubestemt innhold. Kommunalt vedtak etter kommunehelsetjenesteloven kan påklages til fylkeslegen, og vedtak etter sosialtjenesteloven til fylkesmannen. Domstolene har en viss prøvingsrett, og i den såkalte ”Fusadommen” ble kommunens vedtak satt til side. Denne rettsavgjørelsen uttrykte at kommunens tilbud åpenbart var utilstrekkelig for tjenestemottaker.

Det er ellers viktig at planen gir klart uttrykk for at det er mål og virkemidler som er overordnet, og at ressurstilgangen må tilpasses disse.

4. Mål for pleie- og omsorgssektoren

For målgruppen betyr *trygghet* i og utenfor institusjon svært mye for et godt liv. Særlig for de som oppholder seg i institusjon, vil *trivsel*stiltak og stimulering til selvaktivering kunne bidra til å øke livskvaliteten. *Kvalitetssikring* av tjenestene og tid til *omsorg*, bør gis prioritet. Pasientene i sykehjem er en meget sårbar gruppe som er avhengig av andre menneskers hjelp. Ikke minst for disse utsatte gruppene med alvorlige og varige lidelser og for personer med funksjonshemninger er det viktig å sikre *likebehandling* og *rettssikkerhet*. Retten til selvbestemmelse må respekteres. Det vil være nyttig og verdifullt for alle parter at tjenestene opererer som en åpen organisasjon slik at de kan motta inntrykk fra omgivelsene og raskt kan rapportere tilbake til de ansvarlige om utviklingen og tilpasse driften på de ulike områder.

Referansegruppen mener at de hensyn som er nevnt ovenfor – **trygghet, trivsel, kvalitet, omsorg, likebehandling og rettssikkerhet, selvbestemmelse og en åpen forvaltning** – generelt skal være overordnede hensyn/verdier som skal virke styrende for de enkelte virksomheter på pleie- og omsorgssektoren.

5. Satsningsområder

Vi mener at et par satsningsområdet peker seg ut: institusjonsomsorgen og tiltak for hjemmeboende. Kommunen må sørge for tilstrekkelig antall sykehjemsplasser og andre institusjonsplasser som sikrer pleie og omsorg for de mest utsatte. Det må i tillegg satses

vesentlig mer på tiltak som gjør det mulig å bo i sin egen bolig, noe som for øvrig Oppegård kommune legger stor vekt på.

II Forebyggende tiltak

1. Eldresentrene

Eldresentrene er et viktig tilbud som er egnet til å styrke både fysisk og mental helse hos de eldre. Eldresentrene er godt besøkt. De spiller en sentral rolle i det forebyggende arbeid blant pensjonistene, og i et samspill med pensjonistforeningene legges det til rette for en lang rekke tiltak som trim og fysisk aktivitet, trivselstiltak og kulturopplevelser blant pensjonistene. Dette arbeidet må styrkes og utvides etter hvert som flere eldre melder sine interesser og behov, og det vil også være aktuelt å etablere flere eldresentre.

Referansegruppen forutsetter at eldresentrene vil bli lovpålagt, men inntil det skjer mener vi at kommunen fortsatt må ha eie og drive eldresentrene.

2. Oppsøkende virksomhet - seniorkontakt

Tilbudene ved eldresentrene rekker likevel ikke ut til alle som kanskje kunne trenge det. Referansegruppen mener det ligger et betydelig potensial for styrking av det forebyggende arbeid blant pensjonister i kommunen, ved oppsøkende virksomhet for å stimulere til sosial kontakt og forskjellige aktiviteringstilbud til de som i dag faller utenfor, er inaktive og kanskje ensomme.

Kommunen bør legge til rette for at de mange lokale frivillige organisasjoner - også idrettslagene - i større grad blir trukket inn i denne virksomheten. For funksjonshemmede er det spesielt viktig å ha et relevant arbeidstilbud, noe som også i betydelig grad vil kunne redusere behovet for annen oppfølging. Det vil være god kommuneøkonomi å sikre arbeidstilbud for de funksjonshemmede.

Vi mener det bør gis tilbud om hjemmebesøk til alle innbyggere i kommunen over 75 år for å kartlegge ulike behov hos de eldre med sikte på at de kan greie seg lenger hjemme. Det vil kunne bidra til å utsette funksjonssvikt, øke selvfølelsen og tryggheten og bedre livskvaliteten for den enkelte. En helsesøster bør kunne trekkes inn i dette arbeidet.

Som ledd i det forebyggende arbeid blant pensjonistene bør det opprettes en *seniorkontakt* ledet av en helsesøster. Seniorkontaktens oppgaver er å bidra med råd og informasjon, drive oppsøkende og kontaktfremmende arbeid blant eldre, legge til rette for helsefremmende og forebyggende tiltak, ha fokus på overgrep mot eldre, tilby sikkerhetsgjennomgang av boligen og gi informasjon om hvilke hjelpetiltak kommunen kan tilby. Det er naturlig at seniorkontakten står for hjemmebesøk til alle innbyggere i kommunen over 75 år der en starter med de eldste.

III Hjelp til hjemmeboende med behov for pleie- og omsorg

1. Rett til å bo i egen bolig

Alle i målgruppen skal gis mulighet til å bo i eget hjem så lenge han eller hun ønsker det og det anses som medisinsk forsvarlig. Forutsetningen for dette er tilgang på riktige hjelpemidler og tilpassede tjenester etter lov om sosiale tjenester. For å realisere dette målet, må de forskjellige former for hjemmetjenester styrkes.

2. Hjemmehjelp

De som trenger det, skal få hjemmehjelp i nødvendig utstrekning og tilpasset den enkeltes behov. Nåværende generelle begrensning av hjelpen til 1 ½ timer pr 14. dag, mener referansegruppen er altfor lite. Vi vil understreke at den praktiske hjelpen i hjemmet skal gis for å avhjelpe/utsette et eventuelt behov for omsorgsbolig eller plass i sykehjem. Det dreier seg om en utgift som i neste omgang fører til innsparing for kommunen. Antall dager og timer må økes for at det kan bli tid til omsorg og kvalitet i arbeidet.

Den som er avhengig av hjelp i hjemmet, skal kunne føle seg trygg på at hjelpen kommer til avtalt tid, og så langt det er praktisk mulig, bør tjenestemottakeren ha en fast hjemmehjelper. Den som mottar hjelp, bør selv få adgang til å velge sin hjemmehjelper. For noen innen målgruppen kan personlig assistanse styrt av tjenestemottaker være viktig.

3. Praktisk assistanse

Referansegruppen vil fremheve at en forutsetning for at mange eldre skal kunne fortsette å bo i egen bolig, er tilstrekkelig med praktisk hjelp i en rekke sammenhenger. Det gjelder transport, innkjøp, hjelp til snømåking, hagearbeid og vedlikehold av bolig. Vi vil reise spørsmålet om kommunen i større grad enn i dag bør opptre som tilrettelegger slik at hjelp til nevnte oppgaver kan bli organisert på en hensiktsmessig måte.

Det er viktig at kommunen sikrer at innbyggerne som hører til målgruppen, informeres om muligheter for offentlig støtte til ombygging/ tilpasning av boligen.

3. Hjemmesykepleie

I enda større grad enn den praktiske hjemmehjelpen kan hjemmesykepleien være et alternativ til kostbart institusjonsopphold. Hjemmesykepleien er et godt virkemiddel for å realisere målet at alle i målgruppen som ønsker det, skal kunne bo hjemme. Ikke alle ser sykehjemsplass som særlig ønskelig, selv om tap av funksjonsevne kan være alvorlig. Referansegruppen har merket seg at antall brukere av hjemmesykepleie er høyt og nærmer seg 400 brukere. Gruppen mener det grunn til å tro at behovet for hjemmesykepleie vil øke betydelig i årene fremover slik at innsatsen på dette området vil måtte styrkes vesentlig.

En godt kvalifisert og vel utbygd hjemmesykepleie, vil kunne avhjelpe noe av behovet for sykehjemsplasser. Det er viktig at pleierne har tid for omsorg for tjenestemottaker. Hjemmesykepleiens arbeidsfelt bør også omfatte personlig hygiene slik at den pleietrengende for eksempel får hjelp til å dusje med rimelige frekvens.

I størst mulig grad må en unngå stadig nye pleiere, og i en viss grad må den pleietrengende eller nærmeste pårørende kunne velge pleier etter mønster av fastlegeordningen.

Regler om kvalitetssikring må også omfatte de som mottar hjemmesykepleie slik at de får ivaretatt sine grunnleggende behov, og at hjelpen gis med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett og egenverdi.

Ordningen med trygghetsalarm må bygges ut slik at den omfatter alle som ønsker det. Kostnadene ved leie av alarm kan for enkelte brukere med lave pensjoner oppleves som en økonomisk belastning. Trygghetsalarm må ses som et virkemiddel for fortsatt å kunne bo i sin egen bolig noe som medvirker til at kommunen sparer utgifter til kostbart institusjonsopphold.

Referansegruppen mener derfor at utgiften til alarm for den enkelte bør holdes lav, eventuelt graderes etter inntekt slik at de med lavest pensjon kan tildeles gratis alarm. Etter hvert bør en ta sikte på å avvikle avgiften.

IV Boliger

Kommunen har 59 omsorgsboliger, og et antall tilsynsboliger for funksjonshemmede (Ref. Plan for funksjonshemmede). Det er opplyst at omsorgsboligene enten har eller vil få døgnbemanning. Det vil gi økt trygghet for beboerne. Vi mener at omsorgsboligene fyller et behov, men disse boligene bør ikke bli en erstatning for sykehjemsplasser. Det kan være ønskelig med en presisering av omsorgsboligenes rolle i forhold til sykehjemmene.

Når det gjelder investeringer i ny boligmasse, mener referansegruppen at alle nye boliger bør utformes og utstyres med livsløpstandard (universelle løsninger) slik at alle grupper – unge, eldre og funksjonshemmede - kan bli boende i den boligen vedkommende har valgt uavhengig av om han/hun får betydelige funksjonstap.

Vi mener kommunen i sin planlegging bør finne frem til alternative boformer for kommende eldre generasjoner. Dette gjelder spesielt for mennesker i den tredje alder, det vil si fra oppnådd pensjonsalder frem til ca 80 år. Vi regner med at denne aldersgruppen i stigende grad vil være interessert i boliger som inkluderer en god del mer service enn det som er vanlig etter dagens standard. Kommunen bør komme inn som tilrettelegger av aktuelle tomter. *Slike boligløsninger bør imidlertid også kunne etterspørres av eldre med vanlige inntekter/pensjoner.*

Vi vil spesielt nevne boligbehovet/behovet for hjelp til en gruppe hjemmeboende eldre som er oppegående, åndsfriske, men som ikke er i stand til å greie seg selv på grunn av betydelige funksjonstap. Verken sykehjem eller omsorgsbolig synes å være den rette løsningen i disse tilfellene.

V Sykehjem

Kommunen har i dag 129 sykehjemsplasser som er i bruk. Det tilsvarer ca 18% av befolkningen over 80 år. I tillegg finnes 34 sykehjemsplasser som står ubrukte. Vi mener det er en grunnleggende oppgave for kommunen å sørge for at et tilstrekkelig antall sykehjemsplasser faktisk står til rådighet slik at alle som trenger en sykehjemsplass kan få det uten ventetid. I den sammenheng er det viktig å rette søkelyset mot inntakskriteriene ved sykehjemmene. Den gjennomsnittlige oppholdstiden for permanent innleggelse i sykehjem kan si noe om terskelen for inntak. Er varigheten svært lav, kan det tyde på at terskelen for inntak er høy, og kanskje for høy.

Som tidligere nevnt mener referansegruppen at alle i målgruppen skal gis mulighet til å bo i eget hjem så lenge han eller hun ønsker det. *Vi vil imidlertid understreke at realiseringen av dette målet ikke må trekkes for langt.* Kommunen må til enhver tid ha tilstrekkelig sykehjemsplasser til rådighet for alle dem som har et velbegrunnet behov for plass i sykehjem.

Befolkningsutviklingen tyder klart på at det må skaffes flere sykehjemsplasser. Planleggingen av et nytt sykehjem bør derfor starte allerede nå. Vi mener at en fortsatt bør satse på

mellomstore enheter, fra 60 til 80 sykehjems plasser ved hver enhet. Det bør tas sikte på å legge til rette for dagsenter og tilstrekkelig antall korttidsplasser.

Belegget ved sykehjemmene har etter hvert blitt preget av pasienter med alvorlige og kroniske lidelser med helt beskjedne muligheter for rehabilitering. I nasjonal sammenheng kan vi i dag regne med at ca 2/3 av pasientene har en eller annen diagnose for demens, mens den resterende tredelen har andre vesentlige funksjonstap og må betegnes som skrøpelige. Vi mener det bør legges større vekt å differensiere og skjerme ulike pasientgrupper i forhold til hverandre, og organiseringen av det enkelte sykehjem bør ofres oppmerksomhet. I forbindelse med planlegging av nytt sykehjem mener vi at kommunen bør vurdere om det kan være formålstjenlig å etablere eget sykehjem for demente. Dette kan for eksempel skje ved at et av de nåværende sykehjem omgjøres til hjem for demente, mens nytt sykehjem tar seg av de mentalt friske.

Vi mener det bør legges betydelig vekt på trivselsfremmende tiltak ved sykehjemmene. Ved siden av god pleie og rehabilitering der det kan være hensiktsmessig, bør en stimulere og engasjere pasientene til aktiviteter og bidra til å skape sosiale kontakter. Statens seniorråd anbefaler i sin handlingsplan, "Ny seniorpolitikk", å tilsette kulturarbeidere på alle sykehjem. Personer med demens må møtes med respekt og de må få ivaretatt sin verdighet gjennom alle faser av sykdommen. De skal møtes med kunnskap, innlevelse og vilje til tilrettelegging. For alle pasientene gjelder det at de har krav på respekt og rett til selvbestemmelse.

Referansegruppen mener legedekningen ved sykehjemmene må styrkes. Vi er oppmerksom på at det trolig vil bli fastlagt generelle normer for legetilsyn ved sykehjemmene, men på bakgrunn av nåværende belegg, mener vi det er grunn til å understreke behovet for innsikt i geriatri og psykiatri ved sykehjemmene våre. Vi ville helst se at sykehjemmene fikk en hel legestilling til å dekke alle sykehjemmene i kommunen, fortrinnsvis en lege med særlig kompetanse i geriatri.

Som kjent har sykehjemspasienter og personer med fast tilsyn rett til gratis tannbehandling. Vi er opptatt av hvordan denne rettigheten blir ivaretatt.

VI Familieomsorg

Familieomsorg eller uformell omsorg har et betydelig omfang, trolig også i Oppedal kommune. I noen grad ytes det omsorgslønn til pårørende til eldre, men i de fleste tilfelle gjelder dette foreldre til funksjonshemmede barn og voksne.

Vi lever i et samfunn der kvinnene er sysselsatt utenfor hjemmet samtidig som det er betydelig mobilitet i befolkningen. Konsekvensen av disse forhold gjør at familieomsorgen har klare begrensninger. Den eller de nærmeste pårørende som blir omsorgsperson(er) for eldre med funksjonstap, kommer svært ofte til et punkt med overbelastning – det blir for mye å stå i.

Vi mener familieomsorgen utgjør en viktig og verdifull del av pleie og omsorgsarbeidet blant eldre, men vi mener dessuten at familieomsorg og formell omsorg i større grad bør kunne foregå parallelt slik at omsorgspersonen ikke etter kort tid blir utbrent. Det er spesielt viktig å sikre avlastning for pårørende i særlig tyngende omsorgssituasjoner. Den formelle omsorgen må også omfatte relevant informasjon og aktuell faglig veiledning.

VII Kvalitetssikring av pleie- og omsorgstjenestene

Den 1. juli 2003 trådte det en ny forskrift i kraft, jfr St. meld. nr 45 (2002-2003) som retter oppmerksomheten på kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Den nye forskriften gjelder tjenester både etter Kommunehelsetjenesteloven og Lov om sosiale tjenester. I Stortingsmeldingen redegjør Regjeringen for en lang rekke grunnleggende behov; mens forskriften fastslår at den kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie og omsorgstjenester, uavhengig hvor tjenesten utføres. Forskriften fremhever at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene og at den enkelte bruker skal få tilfredstilt sine grunnleggende behov. Med det menes, jfr § 3 i forskriften, bl a. :

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- å få dekket sosiale behov som fellesskap, sosial kontakt, aktivitet ut fra egne ønsker, ro og skjermet privatliv når det er ønsket
- at tjenestemottaker får rimelig valgfrihet i forhold til mat, med variert og helsefremmende kosthold
- at tjenestemottaker med stort behov for hjelp til praktiske gjøremål kan føre en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket sengeopphold
- at enkelte grupper som har vanskelig for å redegjøre for seg, for eksempel demente, får tilrettelagt tilbud
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene

En viktig side ved dette reformarbeidet er bestemmelser om at omsorgstilbudet blir spesifisert i individuelle enkeltvedtak. Slike vedtak skal gjøres gjeldende både for institusjonsbeboere, beboere i omsorgsboliger, så vel som hjemmeboende. Forskriften peker i retning av klare kvalitetsindikatorer som er kontrollerbare og lar seg etterprøve. Det er viktig at kommunen til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å utføre slikt tilsyn med pleie- og omsorgstjenestene.

Referansegruppen mener det er av vesentlig betydning at de målene som Regjeringen har satt seg i St.meld. nr 45 (2002-2003) og i kvalitetsforskriften blir fulgt opp slik at den enkelte kan ha oversikt over hvilke tjenester han/hun kan regne med og har rett til.

VIII Tilsyn og kontroll

Av en undersøkelse som Statens helsetilsyn har gjennomført (1998-2003) fremgår det at 8 av 10 institusjoner for eldre har gjort seg skyldig i ett eller flere lovbrudd. Demensforeningen i Follo har betegnet rettssikkerheten for demente som elendig. I flere forbindelser tas det i nevnte St. meld. nr 45 (2002-2003) opp spørsmålet om rettssikkerhet og oppfølging av beboernes rettigheter etter lov og forskrift. I den sammenheng nevner stortingsmeldingen at det kan være aktuelt å utvide ordningen med pasientombud til også å omfatte helse- og sosialtjenestene i kommunene.

Kommunen må passe nøye på at lover og forskrifter følges og gi de tilsatte god informasjon om tjenestemottakernes rettigheter. Det bør legges vekt på å sikre rutiner som gjør det enkelt å ta opp og løse problemer som måtte oppstå i den daglige drift på sykehjemmene.

Referansegruppen mener på bakgrunn av store omstillinger, flere rettigheter for den enkelte og økningen i antall eldre med alvorlige lidelser, bør en nå drøfte nærmere spørsmålet om å opprette kommunalt tilsyn ved sykehjemmene slik det er gjort i en del andre kommuner. Slikt tilsyn bør fungere i påvente av nasjonale ordninger. En heldig utforming av tilsynsordningen vil også være i de ansattes interesse.

Kolbotn, den 1. desember 2005

Øystein Skarheim, Audun Ervik, Else Heftye, Arne Eide, Trond Hartmark, Sigurd Birkelund og Arve Herbjørnrød.

VEDLEGG 3

STATUS pr. 1. januar 2006

Eldresentre

- Toppenhaug eldresenter:
 - 2,75 årsverk / 626 antall brukere
 - Kafeteria, hårpleie, fotpleie, aktiviteter
- Kolbotn eldresenter
 - 3,14 årsverk / 897 registrerte brukere
 - Kafeteria, hårpleie, fotpleie, aktiviteter

Legetjenester

- 4 legesenter
- 19 fastlegehjemler
- Tilsynsleger Høyås, Bjørkås
- Daglegevakt
- Follolegevakt 19.00-07.00 + helger

Praktisk bistand

- Vedtak etter Lov om sosiale tjenester § 4
- Organisert under de 3 hjemmetjenestedistriktene
- Antall brukere: 403 (hvorav 223 også har hj.spl)
- Ombringning av middagsmat for oppvarming
- Egenandeler

Trygghetsalarm

- Antall brukere: 165
- Egenandel månedlig drift: Graderte satser: kr 150,-/kr 250,-/kr 350,- avhengig av inntekt.
- Fast avtale med Hjelp 24 Trygghetsalarm AS

Hjemmesykepleie

- Vedtak etter Kommunehelsetjenesteloven – nødvendig helsehjelp
- Antall brukere: 381
- Døgnkontinuerlig tjenester
- Oppfølging ved varsling trygghetsalarm
- Søknader om enklere hjelpemidler

Ergoterapi

- Antall årsverk: 4,3 (hvorav 0,5 ifht barn)
- Søknader om hjelpemidler
- Tilpasning av hjelpemidler
- Vurdering av boligendringer
- Opptrening
- Arbeider tett sammen med hjelpemiddellageret

Hjelpemiddellageret

- Ansatte: 2 ambulerende vaktmestre, 70 % merkantil
- Underetasje Greverud sykehjem
- Faste åpningstider for publikum

Fysioterapi

- Antall kommunale årsverk: 6,65 (hvorav 2,6 ift barn)
- Tilknyttet både hjemmeboende og beboere på sykehjem
- Gruppetrening i varmtvannsbasseng
- Driftstillskudd privatpraktiserende: 15,5 årsverk

Transporttjenester

- Fornyet avtale med Persontransport Norge AS (tidl. Falken fra 01.08.05)
- Til/fra kommunale dagtilbud:
 - Dagavdelingene på Høyås, Bjørkås, Greverud
 - Skogbrynet dagsenter
 - OK Industrier
 - Redusert transport til/fra eldresenter /psykisk helsetjeneste

Brukerstyrt personlig assistent (BPA)/ Omsorgslønn

- Vedtak etter Lov om sosiale tjenester § 4
- Antall brukere BPA: 11, opp til 50 timer pr uke
- Antall mottagere omsorgslønn: 41, hvorav 32 foreldre til funksjonshemmede barn/voksne og 9 pårørende til eldre

Boliger for eldre

- Trygdeboliger: 58 (Kornmoveien, Toppenhaugen, Holbergs vei 22, Harev.7)
- Omsorgsboliger Bjørkås: 24 (døgnbemanning under oppbygging)
- Omsorgsboliger Greverud. 35 boliger. Døgnbemanning (7 av disse for psykiatri)

Dagtilbud, sykehjem

- Bjørkås: 12 plasser demente
- Høyås: 22 plasser rehabilitering og andre
- Greverud: 30 plasser, 10 demente og 20 andre

Sykehjem / Bo- og rehabiliteringssenter

- Høyås: 47 plasser, noe korttid, mest langtid, 23 plasser for demente, hvorav 7 skjermet
- Bjørkås: 20 plasser, primært langtid
- Greverud: 64 plasser, 6 skjermet demente, 10 korttidsplasser

.....