

KRAGERØ KOMMUNE



Omsorgsplan 2020

Vedtatt av Kragerø kommunestyre i møte den 25.mai 2010, sak nr.45.

INNHold

Kragerø kommunestyre behandlet i møte 20.05.2010 sak 45/10 – Omsorgsplan 2020. Vedtakets pkt.1 var følgende:

"1. Forslag til OMSORGSPLAN 2020 vedtas og tar opp i seg momenter og forslag til strategier som rapporten "En god og krevende nyhet" v/Devold AS og Utviklingspartner (UPK) har gjort for Kragerø kommune."

De øvrige punktene i vedtaket er innarbeidet direkte i planen.

1. SAMMENDRAG	3
1.1 Strategier og forslag til tiltak	4
2 BAKGRUNN	6
2.1 Planarbeidet	6
2.2 Mandat	7
2.3 Demografiske forhold nasjonalt og lokalt	8
2.4 Hvem omfattes og hva er omsorgstjenester?	9
3 ANALYSE AV DAGENS TJENESTETILBUD	10
3.1 Analyse av dagens tjenestetilbud	11
3.1.1 Nivå og tjenestevolum	11
3.1.2 Fremskrivning av behov. Har Kragerø tilstrekkelig med ressurser til eldredelen av pleie- og omsorgstjenestene?	11
3.1.3 Fremskrivning av behov for tjenester frem til 2025.	11
3.2 Dagens tilbud til aldersdemente, behovs- og tiltaksbeskrivelser	15
3.2.1 Fremskrivning av folkemengde og forekomst av demens	16
3.2.2 Tiltakskjede for demente	17
3.2.3 Målsettinger og tiltak for kommunens demensomsorg	18
3.2.4 Oppdatert oversikt over unge funksjonshemmede med behov for egen bolig med heldøgns tjenester i Kragerø	19
4 FRAMTIDENS UTFORDRINGER – NASJONALT OG LOKALT	20
4.1.1 Yngre brukere med sammensatte problemstillinger	20
4.1.2 Brukere med omfattende pleiebehov	22
4.1.3 Pasienter i livets slutfase	22
4.1.4 Brukere med minoritetsbakgrunn	22
4.1.5 Større forventninger fra brukerne	22
4.1.6 Levealder og helse	23
4.1.7 Økning i aldersdemens	24
4.1.8 Mange kvinnelige eldre brukere	24
4.2 Knapphet på omsorgsytere	24
4.2.1 Få unge og mange eldre i framtiden	24
4.2.2 Rekruttering av fagpersonell	24
4.2.3 Deltidsstillinger	25
4.2.4 Beholde ansatte	25
4.2.5 Stipendordninger	25
4.2.6 Omsorgsyrkenes lave status	26
4.2.7 Ledelsesutfordringer	26

4.2.8	Endrede familiestrukturer	26
4.2.9	Kan man satse på frivillige?	27
4.3	Medisinsk, helsemessig og pleiefaglig oppfølging og kompetanse	27
4.3.1	Flere oppgaver til kommunene (Samhandlingsreformen)	27
4.3.2	Kvalitetskrav og behov for økt kompetanse	29
4.3.3	Legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten	29
4.4	Aktiv omsorg	30
4.4.1	Mat og måltider	30
4.4.2	Kultur og omsorg	30
4.4.3	Aktivitet og personell	31
4.4.4	Forebyggende helsearbeid og rehabilitering	32
4.4.5	Boligsosiale forhold	33
4.5	Organisering av tjenesten	33
4.5.1	Samhandling med spesialisthelsetjenestene	33
4.5.2	Halvannenlinje-institusjon	34
4.5.3	Sykehjemmenes rolle – korttidsplasser og langtidsplasser.	34
4.5.4	Omsorgsbolig med heldøgns omsorg og pleie	35
4.5.5	Trygdebolig	35
5	INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI (IKT) I OMSORGEN	36
5.1	Økende bruk av sosiale elektroniske medier (e-medier) og e-verktøy i hele befolkning.	36
5.2	Medisinsk oppfølging og sikkerhetstiltak i hjemmet	36
5.3	Økte forventninger og krav til innsamling av helse- og omsorgsdata.	37
5.4	Bruk av trådløs kommunikasjon i dokumentasjonsarbeidet	37
5.5	Økte krav til sikker informasjonsbehandling	38
6	KVALITET OG NIVÅ PÅ TJENESTENE - HVA ER GODT NOK?	38
6.1	Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten for eldre – rapport 2008	38
6.2	Kvalitetsforskrift for pleie og omsorg	39
6.3	Hva er godt nok?	39

1. Sammendrag

Omsorgsplan 2020, Framtidens omsorgstjenester for Kragerø kommune omhandler mange av de utfordringer helse-, sosial- og omsorgstjenestene i kommunen står overfor i årene som kommer, og bygger på Stortingsmelding nr. 25 ”Mestring, muligheter og mening – om framtidens omsorgsutfordringer”. I tillegg beskrives intensjonen i Stortingsmelding nr. 47 – ”Samhandlingsmeldingen” som ble lagt frem i juni 2009 og som på mange måter er en oppfølger til Stortingsmelding nr. 25.

Planen kommer også med forslag til enkelte strategier og tiltak.

Plandokumentet er ment som en hjelp til langsiktig planlegging og som et bidrag for lettere å foreta prioriteringer. I tillegg til beskrivelse av kommende utfordringer foreslås det tiltak som kan tas med i enhetenes og kommunens handlingsprogram og som deretter kan implementeres i organisasjonen.

Det må understrekes at planen handler om omsorgstjenester til alle aldersgrupper og er ikke en ren eldreomsorgsplan. Men det forebyggende barne- og ungdomsperspektivet er ikke tema for denne planen.

Kommunen utarbeidet allerede i 2001 en egen delplan for demensomsorgen i Kragerø som et tillegg til ”Handlingsplanen for utvikling av eldreomsorgen”. Denne delplanen er oppdatert i 2008/09 og følger Omsorgsplan 2020 som eget vedlegg.

Kommunen vedtok i 2008 en **Boligsosial handlingsplan for vanskeligstilte**. For boligsosiale tiltak henvises det til denne.

Gjennom perioden for **Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998 – 2008** er det bygget opp en rekke tiltak innen psykiske helsetjenester i Kragerø. Videreføring og endringer i disse tiltakene beskrives i et eget plandokument fra Enhet for helse- og rehabilitering som er under utarbeidelse. **Eget Prosjektarbeid om lavterskeltilbud helse- og rehabilitering (LHR)** ble igangsatt 1. september 2009 og har som målsetting:

- Utarbeidet forslag til framtidig innhold og struktur på et lavterskeltilbud
- ✓ Et psykisk helse/rusfelt som er synlig og lett tilgjengelig for innbyggere, ansatte og samarbeidspartnere.
- ✓ Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for den enkelte bruker
- ✓ Bedre ressursutnyttelse faglig, personalmessig og økonomisk
- ✓ Et styrket og samlet fagmiljø
- ✓ Økt aktivitet innen forebygging og tidlig intervensjon
- ✓ Kunnskapsbasert praksis med økt fokus på etikk, samhandling og kommunikasjon
- Høy grad av brukertilfredshet

Forbyggende tiltak og tidligintervensjon i forhold til risikoutsatte barn og unge skal vektlegges.

1.1 Strategier og forslag til tiltak

Konkrete tiltak som skisseres er forslag som kan tas inn i enhetenes og kommunens planverk.

Morgendagens brukere

- etablere en fast samhandlingsgruppe på tvers av tjenestene bestående av personer med avgjørelsesmyndighet og med særlig fokus på nye brukergrupper og innvandrere
- øke med 6 til 8 plasser for pasienter i livets slutfase og/eller med kortere behandlings- og rehabiliteringsbehov ved ”halvannetjenestetilbud ved Sykehuset Telemark HF – avd. Kragerø sykehus (samhandlingsplasser)
- etablere ambulante spesialisttilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenestene
- ivareta minoritetsspråklige brukere slik at disse får et like godt tilbud som den øvrige befolkning gjennom bruk av tolketjeneste, fagutvikling, samarbeide med innvandrergupper og Flyktningtjenesten
- tydelig organisering av ansvaret for oppfølging av boligsosial handlingsplan

Flere eldre og demente

- etablere dagtilbud for hjemmeboende aldersdemente
- etablere kommunalt demensteam
- etablere tilbud om kompetanseheving for demens
- etablere skjermingsmuligheter for aldersdemente med alvorlige atferdsendringer
- øke grunnbemanningen i skjermet enhet og bokollektiver for demente
- øke antallet heldøgnsbemannede omsorgsboliger og bokollektiver
- etablere tilbud om hjemmebesøk overfor alle personer over 75 år

Knapphet på omsorgsytere/kompetanseheving

- 80% av de fast ansatte har et tilbud om minimum 75% stilling innen 2015. Dette må henge sammen med at uønskede små stillinger ikke skal utlyses som tidligere, men omorganiseres mest mulig inne i organisasjonen
- heve lønn til ansatte til et nivå som gir status
- innføre stipendordning for sykepleiestudenter og andre høgskoleutdanninger det er knapphet på med påfølgende bindingstid
- relevante videreutdanninger for ansatte finansieres av arbeidsgiver
- utarbeidet kompetanse- og rekrutteringsplan
- hjemmehjelpstjenester i form av rengjøring av heldøgns omsorgsboliger vurderes utført av profesjonelle renholdere innen Enhet for eiendomsforvaltning
- utrede om NAV-reformen gir muligheter for å rekruttere minoritetsspråklige
- rekrutteringstiltak som hospiteringsordning for videregående skole, evt. valgfag innen omsorg.

- Turnusordninger skal gjennomgå en fullverdig evaluering både med tanke på å redusere uønskede små stillinger, og når det gjelder å øke trivsel og redusere sykefraværet.
- Det skal legges vekt på at de ansatte som arbeider i helgene, blir hørt når det gjelder å få til mulige forbedringer som virker rettferdig på tvers av organisasjonen.
- Det bør i større grad der det er mulig, stilles krav til at ansatte kan arbeide på tvers i organisasjonen.

Innvandrere/flyktninger:

- Kompetanse må heves slik at Kragerø kommune kan dekke de behov innvandrere/flyktninger kan ha – psykisk og medisinsk.

Medisinsk oppfølging

- øke tilsynslegefunksjonen ved Marienlyst sykehjem med 50 % innen 2011
- lege inngår som en del av kommunens demensteam i 30 % stilling
- vurdere utvidelse av dagens fastlegeordning i samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen

Forebyggende og aktiv omsorg

- Det etableres et tilbud om oppsøkende kontakt overfor alle innbyggere over 75 år
- enhet for kultur etablerer egen koordinerende instans med ansvar for organisering og tilrettelegging for små og store kultur- og aktivitetsopplevelser i dagliglivet
- ledige stillinger i omsorg kan vurderes omgjort for annen fagkompetanse for å sikre tverrfaglighet
- folkehelsekoordinator omgjøres til fast stilling og avtalen med fylkeskommunen om deltakelse i folkehelseprogrammet videreføres
- skaffe frivillige som kan bidra over tid. Organisasjoner som mottar finansiell støtte fra kommunen må forplikte seg til et visst bidrag rettet mot brukerne
- etablere samarbeid med innvandrersorganisasjoner om integrering av innvandrere i ulike aktivitetstilbud
- Det etableres en egen transportordning i tilknytning til tilrettelagte aktiviseringstilbud for personer med funksjonshemninger.

Organisering av tjenesten

- opprette korttidsplasser for korttids-/rehabiliteringsformål ved ledig sengekapasitet ved Kragerø sykehus (samhandlingssenger)
- etablere gjensidige hospiteringsordninger mellom kommunen og sykehuset
- for å ivareta kvalitetsutvikling av tjenestene og enhetens arbeid med HMS og organisasjonsutvikling opprettes 100 % stilling som kvalitets- og samhandlingskoordinator
- vurdere etablering av tilrettelagte transportordninger for funksjonshemmede i kommunal regi

Definere nivå "godt nok".

- utarbeide nye tjenestebeskrivelser som klarere definerer nivå for "godt nok"
- definere hva som er "godt nok" når det gjelder skår på brukerundersøkelser

Bruk av IKT:

- tilknytning til Helsenett for å rasjonalisere kommunikasjon og samhandling mellom primærhelse og spesialisthelsetjenestene
- ansattes kompetanse innenfor bruk av IKT-verktøy styrkes

2 Bakgrunn

2.1 Planarbeidet

Planarbeidet startet opp på bakgrunn av kommuneplanens beskrivelser av enkelte hovedutfordringer samt Kommunestyrets vedtatte resultatmål for Enhet for omsorg i 2008.

I Kommuneplanens samfunnsdel som ble oppdatert i 2008 sies det følgende:

Omsorg og helse

Hovedutfordringer

- Å få tilrettelagt for et variert og fleksibelt tilbud av forebyggende og behandlende tjenester til kommunens innbyggere.
- Møte en fremtidig situasjon hvor kommunen i stigende omfang må ta ansvar for personer og grupper med behov for ulike og sammensatte hjelpetiltak.

Overordnet målsetting

- Kommunen har helhetlige og koordinerte sosial-, helse- og omsorgstjenester som gir innbyggerne de beste muligheter for gode helse- og levekår.
- Alle med behov for sosial-, helse-, pleie- og omsorgstjenester har et forsvarlig og kvalitativt godt tilbud i tråd med lover og forskrifter, der man vektlegger trygghet, koordinering og brukermedvirkning.
- Funksjonshemmede innbyggere bosatt i Kragerø kommune er fullt integrert i lokalsamfunnet.
- Kommunen har etablert elektronisk samhandling med spesialisthelsetjenesten og fastlegene.
- Kommunen har konkrete planer for videreutvikling av pleie- og omsorgstjenester som tar høyde for behovsutviklingen blant eldre og funksjonshemmede.

Strategier – veivalg for å nå målsettingene

- Beholde og videreutvikle etablerte velferdstilbud tilpasset brukernes behov.
- Øke satsning på forebyggende helse- og sosialarbeide.
- Prioritere forebyggende tiltak overfor barn og unge innen rusomsorgen.
- Sikre mennesker med bistandsbehov muligheter for boligetablering i lokale sentra - med god tilgjengelighet til serviceinstitusjoner.
- Videreutvikle kommunens rehabiliteringstilbud, både offentlig og privat.
- Ha oppdaterte særplaner for utvikling av de mest krevende tjenestoområdene.
- Ha langsiktige tiltaksplaner for å møte økningen i behov for kvalifiserte personalressurser innen omsorg som følge av økning i antall eldre og funksjonshemmede med hjelpebehov.
- Etablere tilkobling til Norsk Helsenett, og tilrettelegge egne IT-systemer med tilstrekkelig sikkerhet slik at pasientinformasjon kan kommuniseres elektronisk mellom spesialisthelsetjenesten, kommunens enheter og fastlegene.
- Utarbeidelse egen tiltaksplan for å møte økende behov for pleie- og omsorgstjenester blant eldre og funksjonshemmede.

Hovedutvalget for helse, omsorg og sosiale tjenester vedtok i februar 2008 en egen sak om selve planprosessen, innhold og arbeidsmetodikk.

A)

Planarbeidet tar utgangspunkt i Kommuneplanens samfunnsdel pkt. 3.6 "Omsorg og helse" samt Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer".

B)

Hovedutvalg for helse, omsorg og sosiale tjenester (HFO) får rollen som styringsgruppe for planarbeidet.

C)

Det etableres en administrativ, tverretattlig plangruppe på enhetsledernivå med ansvar for å koordinere og sammenfatte arbeidet. Plangruppen rapporterer regelmessig til hovedutvalget. Planutvalget utarbeider forslag til fremdriftsplan.

D)

Det nedsettes ad-hock arbeidsgrupper som jobber med ulike temaer, utfordringer og faglige problemstillinger på oppdrag fra hovedutvalget og fra den tverretattlige plangruppen.

E)

Strategisk og langsiktig plandokument sendes ut til høring blant politiske partier, brukerorganisasjoner og andre i april/mai 2009. Planen behandles politisk høsten 2009. Planen skal rulleres hvert 4. år parallelt med kommuneplanen, og skal danne grunnlaget for mer kortsiktige og konkrete tiltaksbeskrivelser som innarbeides i kommunens økonomiplan og årsbudsjett.

F)

Det gjennomføres i 2008 2-3 bredt anlagte dagsseminarer for politikere, enhetsledere, medarbeidere i virksomhetene, tillitsvalgte og brukerrepresentanter (Eldreråd og Rådet for funksjonshemmede).

En enhetsovergripende arbeidsgruppe har ledet arbeidet med omsorgssjefen som koordinator.

Det er innhentet en rapport fra KS v/Geir Halstensen som har analysert kommunens ressursbruk og tjenestebehov basert på KOSTRA-tall og IPLOS-data (individuell pleie- og omsorgsstatistikk) for 2007 og befolkningsprognose 2008 - 2025. Innholdet i rapporten er nærmere beskrevet i **kap. 3** og følger som uttrykt vedlegg til plandokumentet.

Arbeidet med Omsorgsplanen har av ulike årsaker tatt lengre tid en forutsatt. Det har vært rapportert til Hovedutvalg for helse, omsorg og sosiale tjenester i flere omganger, og saken har vært på dagsorden i rådmannens ledergruppe en rekke ganger. Planprosessen – "hvem gjør hva når" ble ytterligere tydeliggjort gjennom egen prosjektplan i mai 2009.

2.2 Mandat

Det ble ikke avtalt noe konkret mandat for arbeidet. Administrasjonen har allikevel forutsatt at følgende forhold beskrives:

A)

Vurdere dagens tjenestetilbud med utgangspunkt i KOSTRA og IPLOS-data og befolkningsprognosen 2008 – 2025.

B)

Gjennomgå Stortingsmelding nr. 25 om framtidens omsorgsutfordringer og drøft konsekvenser og muligheter for Kragerø.

- Se i den sammenheng spesielt på samfunnsmessige forhold og utviklingstrekk som vil påvirke tjenestetilbudet og dets innretning i et 10- 12 års perspektiv, samt utfordringene knyttet til kompetanseoppbygging og rekrutteringsproblemer.
- Vurdere samarbeidsmulighetene med spesialisthelsetjenestene og lokal sykehusavdeling.
- Drøfte tiltak som ivaretar behovet for sosiale og kulturelle aktiviteter blant omsorgstjenestens brukere i og utenfor institusjon.

C)

Sette opp alternative løsninger, inkl. økonomiske konsekvenser, for de utfordringene som fremkommer på bakgrunn av de forutgående vurderingene.

2.3 Demografiske forhold nasjonalt og lokalt

I FN – rapporten ”World Population Aging 1959 -2050” konkluderes det med at aldring er et globalt fenomen uten historisk sidestykke og at det vil vare ved. Samtidig sier rapporten at denne utviklingen vil ha dyptgripende konsekvenser for hele samfunn.

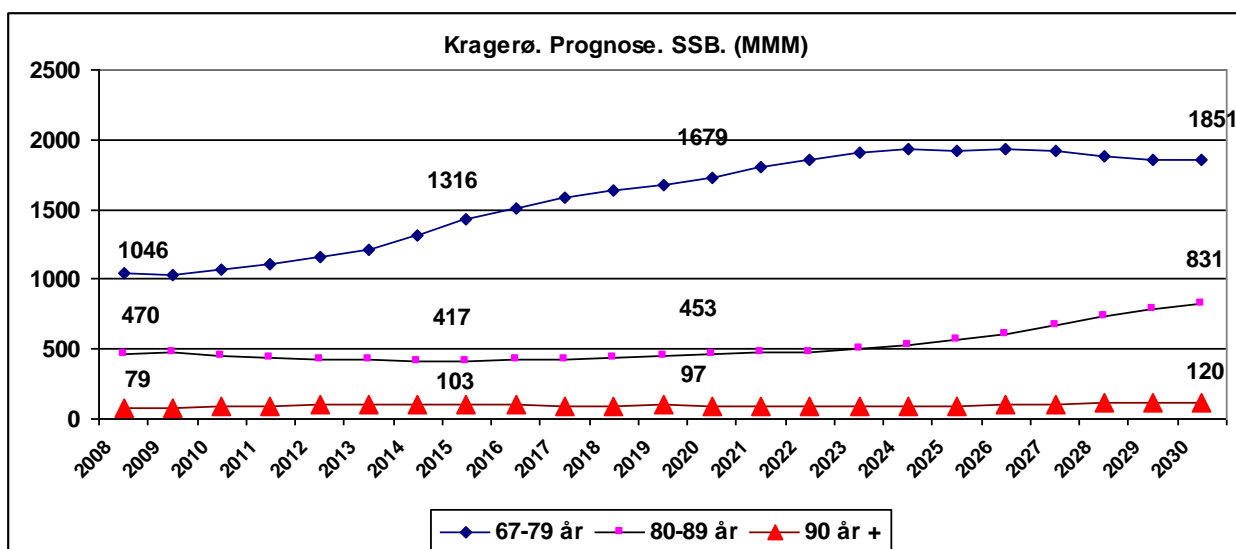
I takt med at den yrkesaktive delen av befolkningen synker, vil de yngre i økende grad bli nødt til å ta ansvar for den eldre delen av befolkningen. (St. meld. 25., henvisning til FN-rapport, WPA.) Utviklingen vi ser nasjonalt og lokalt i Kragerø er altså del av en større historisk utviklingstrend.

Antall 67-åringer i Norge kan øke fra 610.000 i 2002 til så mange som 1,4 millioner i 2050. Vi kan få seks ganger så mange eldre over 90 år, samtidig som det blir færre yrkesaktive som kan finansiere omsorgstilbudene og inngå i omsorgsyrkene. (SSB 2007) Når det gjelder de nærmeste 10 årene, er det spesielt i gruppen 90 år og eldre at økningen vil bli mest tydelig. Den virkelig store økningen vil finne sted fra rundt 2020-2050. Dette må det tas hensyn til når man dimensjonerer tjenester og bygg for fremtiden.

Befolkningsfremskriving Kragerø (Kilde: SSB/Geir Halstensen)

Befolkningsprognoser til 2030.

SSBs hovedalternativet for framskriving av befolkningen er MMM, som står for mellomnivået for henholdsvis fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet og nettoinnvandring.



I diagrammet over er befolkningsprognosen fra SSB for eldre i Kragerø vist. Vi ser at i aldersgruppen 67-79 år vil det i henhold til SSB bli en økning fra 1.046 i 2008 til 1.316 i 2015 og 1.679 i 2020 og 1.851 i 2030.

For aldersgruppen 80-89 år viser prognosen en nedgang fra 470 personer i 2008 til 417 i 2015 og 453 i 2020. Deretter blir det en betydelig økning frem til 2030 med 831 personer. For de eldste over 90 år viser diagrammet en økning fra 79 personer i 2008 til henholdsvis 103 i 2015 og 97 personer i 2020.

2.4 Hvem omfattes og hva er omsorgstjenester?

Omsorgstjenestene i kommunen defineres ofte som eldreomsorg. Det tenkes da i hovedsak på tjenestene hjemmesykepleie, hjemmehjelp, sykehjem og aldershjem.

- Hjemmesykepleie: Pleie som utføres i brukerens hjem. (privat bolig, trygdebolig eller omsorgsbolig med heldøgns omsorg og pleie).
 - Hjemmehjelp: Praktisk bistand som utføres i brukers hjem.
 - Sykehjem: Heldøgns omsorg og pleie på institusjon.
- * Miljøtjenester og praktisk bistand til funksjonshemmede – i og utenfor omsorgsboliger.

Kvantitativt utgjør de eldre fortsatt den største gruppen av brukere, men sammensetningen av brukergruppen har endret seg markant de senere år. Det nye er at det både blir flere yngre brukere og at problemstillingene som utløser hjelpebehov er av en annen art enn tidligere.

Dette er ikke spesielt for Kragerø kommune. På landsbasis har tallet på brukere under 67 år blitt fordoblet i løpet av de siste 10 år. Det er også disse brukergruppene som har lagt beslag på hovedparten av ressursinnsatsen.

St.meld. 25 sier bl.a. følgende om fremtidens brukere: ”Sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.” (kap. 2.4)

Meldingen sier også at antall tungt belastede rusmiddelmissbrukere har vist en betydelig økning de siste ti år og det antas at kurven er svakt stigende. ”Et betydelig antall vil ha behov for omfattende tjenester fra relativt ung alder.” (kap. 6.2)

Med disse fremtidsutfordringene er begrepet omsorgstjenester dekkende for behovene. Dette innebærer også at utfordringene er enhetsovergripende og ikke et rent omsorgsanliggende.

3 Analyse av dagens tjenestetilbud

(Etterfølgende er i hovedsak hentet fra rapporten som er utarbeidet av Geir Halstensen i KS)

Det er mange Kostra-tall og ikke alle er like gode som sammenligningsgrunnlag. Det beste sammenligningsgrunnlaget er å se på brutto driftsutgifter fordelt på antall innbyggere 80 år og eldre. Dette tallet gir en god indikasjon på kommunens driftsprofil og kostnadsnivå. I praksis betyr dette at kommuner med et høyt gjennomsnitt har en dyr driftsform i forhold til behovene i befolkningen.

Men hva betyr dette gjennomsnittstallet? Svaret er at det i første rekke avspeiler dekningen av sykehjemsplasser i forhold til aldersgruppen 80 år og eldre. Det viser seg at utgiftene til sykehjem i de fleste kommuner utgjør 40-50 prosent av driftsutgiftene i pleie- og omsorg. Dermed blir sykehjemmet den viktigste årsaken til et høyt utgiftsnivå når det fordeles på den eldste brukergruppen.

I Kragerø er dette forholdet annerledes ved at institusjonsdriften representerer en lavere andel av kostnadene.

Sykehjemstilbudet vil imidlertid bli begrenset til kun rundt 15 prosent av befolkningen som er 80 år og eldre, dermed blir spørsmålet om en har god nok dekning av hjemmebaserte tjenester for de øvrige brukere.

Det viser seg at LEON-kommunene, dvs. de kommunene som har satset på å bygge ut de lavere nivåene i "pleie- og omsorgstrappa" og spesielt alternativene til sykehjem, får de beste Kostra-tallene for økonomi, dvs. at de har etablert en mer kostnadseffektiv driftsform. Dette er viktig i en tid hvor størrelsen på budsjettet blir den viktigste begrensende faktor i utviklingsarbeidet for å skape bedre tjenester i framtida. Kragerø tok dette grepet gjennom kommunestyrevedtak allerede i 1995.

Altså: Kostra-tall kan være en god målestokk for å sammenligne kommuner, men de må knyttes opp mot dimensjoneringen av "pleie- og omsorgstrappa" og spesielt forholdet mellom forbruket av hjemmebaserte tjenester og bruken av sykehjemsnivået.

Kommunenes Sentralforbund v/Geir Halstensen har vært engasjert for å analysere kommunens ressursbruk og tjenestebehov basert på KOSTRA-tall og IPLOS-data (individuell pleie- og omsorgsstatistikk) for 2007 og befolkningsprognose 2008 - 2025.

Hensikten med analysen er primært å få vurdert om Kragerø synes å ha tilstrekkelig ressursinnsats/prioritering til eldredelen av pleie- og omsorg.

Rapporten forelå i januar 2009 og ble presentert for Hovedutvalget, Formannskapet og Rådet for funksjonshemmede i mars 09. Rapporten i sin helhet følger som uttrykt vedlegg til Omsorgsplanen.

Det er i rapporten gjennomført en framskrivning av behov for tjenester frem til 2025 som baserer seg på:

- SSBs befolkningsprognose for ulike aldersgrupper (MMM) 2008-2025.
- Bruksratene/andel innbyggere i ulike aldersgrupper som har deltjenester fra KOSTRA 2007.

- Timetildeling til hjemmetjeneste i ulike aldersgrupper fra IPLOS-rapport for 2007.
- Tilsendt oversikt fra Kragerø for antall årsverk i hjemmetjeneste og institusjon for 2007.

Denne fremskrivingen gir kommunen oversikt over behov for institusjonsplasser, omsorgsboliger og årsverk i institusjonstjenesten og i hjemmetjenesten basert på faktisk bruk i 2007 og utviklingen i antallet innbyggere i aktuelle aldersgrupper. Prognosen er av teknisk karakter og det er ikke lagt inn standardøkninger eller andre endringer i tjenestetilbudet.

3.1 Analyse av dagens tjenestetilbud

3.1.1 Nivå og tjenestevolum

Prioritering

Fordelingen av nettoutgifter mellom institusjonstjenesten, hjemmetjenesten og aktivisering pr. innbygger 67 år +, viser at Kragerø i forhold til sammenligningskommunene hadde:

- høyest nivå til hjemmetjeneste
- lavest nivå på institusjon
- lavest nivå til aktivisering

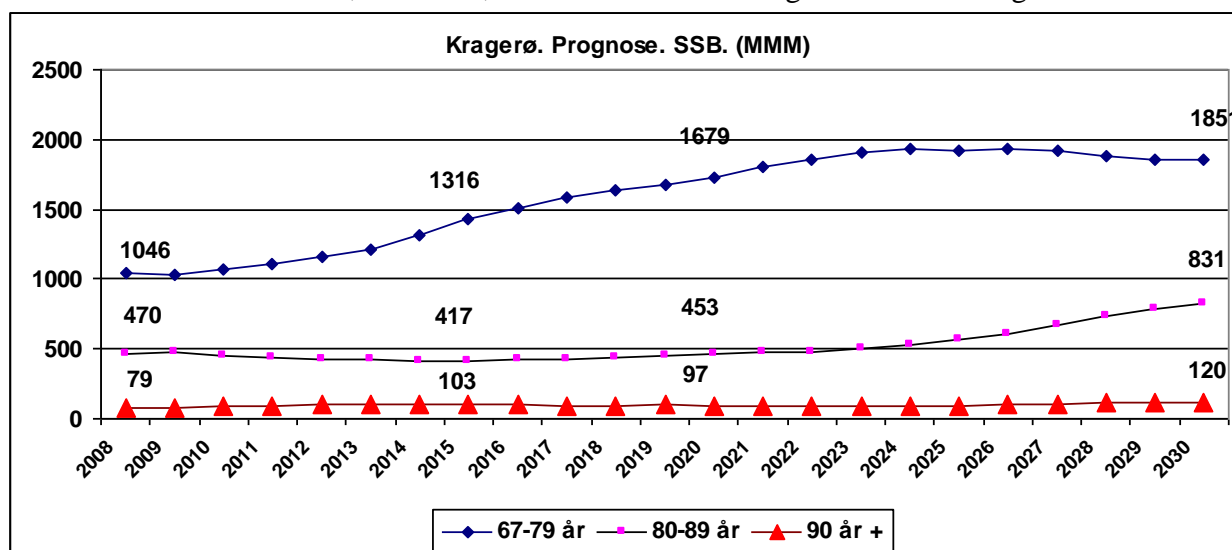
3.1.2 Fremskrivning av behov. Har Kragerø tilstrekkelig med ressurser til eldredelen av pleie- og omsorgstjenestene?

Når nettoutgiftene til hele pleie- og omsorg korrigeres for brukere av hjemmetjenesten under 67 år, får Kragerø knappe ressurser til å produsere tjenester for eldre 67 år+.

3.1.3 Fremskriving av behov for tjenester frem til 2025.

Befolkningsprognoser til 2030.

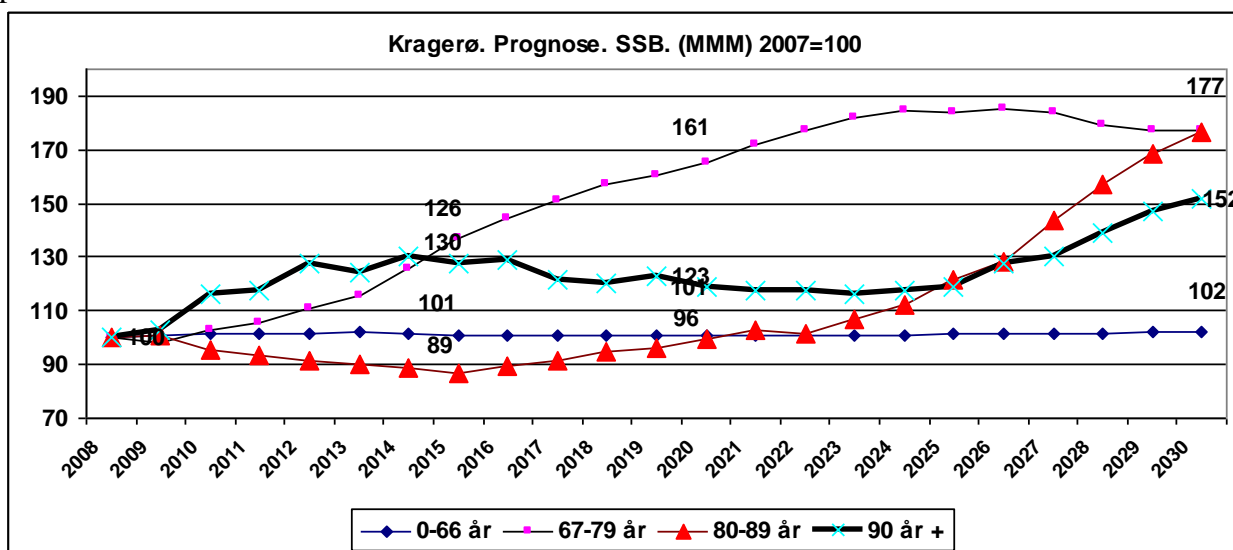
SSBs hovedalternativet for framskriving av befolkningen er MMM, som står for mellomnivået for henholdsvis fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet og nettoinnvandring.



I diagrammet over er befolkningsprognosen fra SSB for eldre i Kragerø vist. Vi ser at i aldersgruppen 67-79 år vil det i henhold til SSB bli en økning fra 1.046 i 2008 til 1.316 i 2015 og 1.679 i 2020 og 1.851 i 2030.

For aldersgruppen 80-89 år viser prognosen en nedgang fra 470 personer i 2008 til 417 i 2015 og 453 i 2020. Deretter blir det en betydelig økning frem til 2030 med 831 personer. For de eldste

over 90 år viser diagrammet en økning fra 79 personer i 2008 til henholdsvis 103 i 2015, 97 personer i 2020.



Tjenestebehovet frem til 2025.

Fremskrivingene er basert på:

- * befolkningsprognose fra SSB (MMM) fordelt på ulike aldersgrupper, se over
- * andel innbyggere som hadde ulike deltjenester pr. aldersgruppe i 2007
- * bruk av årsverk og til deltjenester i 2007
- * timevedtak i hjemmetjenesten til ulike aldersgrupper

Fremskrivingen er en teknisk prognose hvor det i beregningsgrunnlaget ikke er lagt inn; endrete behov eller tjenesteprofil mellom deltjenester i Kragerø, eller endret standard

Institusjonsplasser (Marienlyst sykehjem).

I KOSTRA-rapporteringen pr. 15.3.07 var det følgende andel innbyggere som var beboer på institusjon i Kragerø.

Aldersgrupper Andel innbyggere i %

0-66 år	0,06
67-79 år	0,8
80 år +	5,7

Prognose behov institusjonsplasser

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-66 år	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
67-79 år	8	8	9	9	9	10	11	11	12	13	13	13	14	14	15	15	15	15	15
80 år +	31	31	31	30	30	29	29	29	30	30	30	31	32	33	32	34	35	38	40
Sum	45	45	45	44	45	45	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	56	58	61
Vekst plasser fra 07		0,2	-0,2	-0,5	-0,1	-0,2	0,6	0,9	2,3	3,1	4,2	5,2	6,2	7,5	7,7	9,5	11,2	13,6	15,9

Med bruksraten fra 2007 og prognosen for endring i antall innbyggere i disse aldersgruppene, vil behovet for institusjonsplasser øke slik tabellen over viser, **fra 45 plasser i 2007 til 50 plasser i 2018 og 61 plasser i 2025**

Kommune har til arbeidet med analysen rapportert at det er 47,46 årsverk ved sykehjemmet. Det blir en beregnet bemanningsfaktor på 1,05 pr. plass.

I tabellen under er denne bemanningsfaktoren lagt til grunn sammen med prognosen for plasser fra tabellen over.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Behov for årsverk																			
sykehjemmet	47,5	47,4	47,0	46,7	47,2	47,0	47,9	48,2	49,6	50,5	51,7	52,7	53,8	55,2	55,4	57,2	59,0	61,6	64,0
Vekst fra 2007		-0,1	-0,4	-0,7	-0,3	-0,5	0,4	0,7	2,1	3,0	4,2	5,2	6,3	7,7	7,9	9,8	11,6	14,2	16,5

Vi ser at årsverksbehovet øker fra 47,5 årsverk i 2007 til 49,6 årsverk i 2015 og 64 årsverk i 2025.

Hjemmetjeneste.

Prognosearbeidet for hjemmetjenesten er basert på følgende faktorer;

Andel innbyggere med hjemmetjeneste i ulike aldersgrupper fra KOSTRA

Timer pr. uke pr. aldersgruppe fra IPLOS

Antall årsverk i 2007, data fra kommunen

Befolkningsprognosen fra SSB

Prognose antall brukere av hjemmetjenesten.

I 2007 var det følgende andel innbyggere med hjemmetjeneste i ulike aldersgrupper;

Aldersgruppe	Andel i %
0-66 år	2,0
67-79 år	10,3
80 år +	42,3

I lys av befolkningsprognosen for disse aldersgruppene, gir dette følgende prognose for **antall brukere**:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-66 år	180	182	183	183	183	184	183	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	183	183
67-79 år	108	106	111	114	120	125	136	148	156	163	169	173	178	185	191	196	199	198	199
80 år +	232	234	229	225	224	220	220	215	221	223	228	233	237	243	242	252	263	281	297
Sum	520	522	522	522	527	528	539	546	559	567	579	587	598	610	614	629	643	662	679
Vekst fra 2007		2	2	1	7	8	18	25	38	47	59	67	77	90	94	109	123	142	159

Beregningene viser at antall brukere etter dette kan øke fra 520 brukere i 2007 til 559 brukere i 2015 og 679 brukere i 2025. På siste linje ser vi veksten fra 2007.

IPLOS-rapporten fra kommunen viser store forskjeller i antall timer pr. uke i ulike aldersgrupper.

Timer pr. uke	2007
0-17 år	16,9
18-49 år	17,2
50-66 år	12,1
67-79 år	4,7
80-89 år	4,4
90 år og eldre	5,8

Siden vi ikke har andel innbyggere med hjemmetjeneste i alle disse aldersgruppene er det beregnet snitt timer for aktuelle aldersgrupper i tabellen under;

Sum timer pr. aldersgruppe i snitt

Aldersgruppe	Timer pr. uke
0-66 år	15,4
67-79 år	4,7
80 år +	5,1

Prognose timer pr. år

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0-66 år	144448	145698	146194	146819	146915	147171	146610	146034	145650	145553	145441	145601	145890	145473
67-79 år	26331	25853	27011	27791	29226	30485	33128	36149	38087	39774	41360	42266	43550	45261
80 år +	61587	62147	60689	59567	59455	58333	58333	57099	58558	59119	60465	61699	62933	64503
Sum	232366	233698	233894	234177	235596	235989	238072	239282	242294	244446	247266	249566	252372	255238
Vekst fra 2007.2007=100		101	101	101	101	102	102	103	104	105	106	107	109	110

Beregningene viser at antall vedtakstimer vil øke fra om lag 232.366 timer i 2007 til 242.294 i 2015 og 255. 238 timer i 2020. På nederste linje har vi satt nivået i 2007 til 100, og vi ser at veksten 2007-2015 er om lag 4 %. Den begrensede veksten i timebehovet skyldes at aldersgruppen 0-66 år har en beskjeden vekst i perioden.

Prognose for årsverk hjemmetjeneste.

Kommune har til dette planarbeidet rapportert 187,7 årsverk i hjemmetjenesten. Vi har lagt dette tallet til grunn i beregningene. Med et anslag på 1.640 timer i snitt pr. årsverk, kan det beregnes at Kragerø har en planlagt nettotid (sum timeverk i % av vedtatte timeverk) på 75,5 %. Dette er isolert tilfredsstillende. Beregningene forutsetter at denne nettotiden videreføres.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Prognose årsverk																			
hjemmetjeneste	188	189	189	189	190	191	192	193	196	197	200	202	204	206	207	210	213	218	221
Vekst i årsverk fra 2007		1	1	1	3	3	5	6	8	10	12	14	16	18	19	23	26	30	34

Med disse forutsetningene vil behovet for årsverk i hjemmetjenesten øke fra 188 årsverk i 2007 til 196 årsverk i 2015 og 221 årsverk i 2025. På den siste linjen ser vi veksten fra 2007.

Omsorgsboliger med heldøgns bemanning (eldre).

I KOSTRA har Kragerø rapportert 103 beboere i omsorgsboliger med heldøgns bemanning 67 år og over og samlet 152 beboere i slik bolig totalt. Andel innbyggere 80 år + i slik bolig er rapportert til 15 %. I lys av dette kan det settes opp følgende beregningstekniske forutsetninger

Aldersgruppe	Andel	Antall
Andel 0-67 år	0,54	49
Andel 67-79 år	2,0	21
Andel 80 år +	15,0	82
Sum		152

Andelen over i ulike aldersgrupper gir følgende behov for boliger i perioden i ulike aldersgrupper:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-66 år	49	49	50	50	50	50	50	50	49	49	49	49	49	49	49	49	49	50	50
67-79 år	21	20	21	22	23	24	26	28	30	31	32	33	34	35	37	38	38	38	38
80 år +	82	83	81	80	80	78	78	76	78	79	81	83	84	86	86	89	93	100	105
Sum	152	153	152	151	152	152	154	154	158	160	163	165	168	171	172	176	181	187	193
Vekst fra 2007		1	0	-1	0	0	2	2	6	8	11	13	16	19	20	24	29	35	41

Beregningene viser at behov for slike boliger vil øke fra 152 boliger i 2007 til 158 boliger i 2015 og 193 boliger i 2025. Årsverk i boliger er beregnet sammen med hjemmetjeneste.

Samlet prognose behov for årsverk i pleie- og omsorg.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Institusjon	47	47	47	47	47	47	48	48	50	50	52	53	54	55	55	57	59	62	64
Hjemme- tjeneste	188	189	189	189	190	191	192	193	196	197	200	202	204	206	207	210	213	218	221
Sum årsverk	235	236	236	236	237	238	240	241	245	248	251	254	258	261	263	268	272	279	285
Vekst fra 2007		1	1	1	2	2	5	6	10	13	16	19	22	26	27	32	37	44	50

I tabellen over er årsverksbehov sammenstilt for begge deltjenestene. Prognosene viser at med nåværende tjenestetilbud og befolkningsprognosen fra SSB, vil antallet årsverk kunne stige fra 235 årsverk i 2007 til 245 årsverk eller en vekst på 10 årsverk i 2015 og 285 årsverk i 2025. Økningen er beskjeden de første årene, men stiger betydelig det siste 10-året.

3.2 Dagens tilbud til aldersdemente, behovs- og tiltaksbeskrivelser

Etterfølgende er hentet fra delplanen om demensomsorgen i Kragerø som ble oppdatert i 2008/09. Dokumentet i sin helhet følger "Omsorgsplanen" som eget vedlegg.

Demens er en samlebetegnelse for tilstander der hukommelse, tenkning og atferd blir påvirket og endrer seg. Demens arter seg på mange forskjellige måter, og kan i stor grad involvere familie og nærmiljø

I dag finnes det ca. 66.000 personer med demens i Norge, og disse utgjør en stor andel av brukere av omsorgstjenestene i kommunene. Ut i fra hvordan befolkningen utvikler seg videre de neste årene, er det viktig å ha lagt til rette gode tiltak for å møte de behovene som vil øke i

omfang. Rapporten ”Glemt, men ikke glemt!” fra Helsedirektoratet og Demensplan 2015 ”Den gode dagen” fra Helse og omsorgsdepartementet beskriver dagens situasjon og framtidens utfordringer, for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Temaet er satt på dagsordenen, og alle kommuner skal utarbeide egne demensplaner, som skal være en del av en større omsorgsplan-” Omsorgsplanen 2020”. Her skal mål og tiltak settes opp for årene framover.

3.2.1 Fremskrivning av folkemengde og forekomst av demens

Statistisk sentralbyrå lager oversikter over antatt forekomst av demenstilfeller ut i fra en viss prosent innen ulike aldersgrupper. Forekomsten øker jo eldre man blir, fra 0,8 % i gruppa 65-69 år til 41,2 % for de som er over 90 år.

Første del av tabellen under er en framskrivning av totalbefolkningen i Kragerø, siste del et anslag over forekomst av demenstilfeller.

Befolkning	Kragerø kommune				
	2006	2010	2015	2020	2025
65-69 år	486	567	846	750	722
70-74 år	389	440	525	782	700
75-79 år	335	331	381	460	691
80-84 år	287	247	252	299	367
85-89 år	195	187	154	158	198
90 år og eldre	84	95	99	91	93
80 år +	566	529	505	548	658
Økning 80 år +		-6,5 %	-10,8 %	-3,2 %	16,3 %
Totalbefolkning	10501	10493	10622	10778	10955

Framskriving av folkemengden er hentet fra Statistisk sentralbyrå basert på alternativ MMM, 2006. Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995.

Antall personer med demens i de ulike aldersgruppene

2006	2010	2015	2020	2025	
4	5	7	6	6	65-69 år
8	9	11	16	14	70-74 år
20	20	23	28	41	75-79 år
39	34	35	41	50	80-84 år
55	53	44	45	56	85-89 år
35	39	41	37	38	90 år og eldre
161	159	159	173	206	
	-1,1 %	-1,2 %	7,1 %	27,9 %	

Etter de nye tallene er forekomsten av personer med demens i Kragerø kommune litt lavere enn antatt i 2000.

Fra 2006 til 2025 anslås det nå allikevel en økning på 45 tilfeller. Forekomsten på landsbasis viser en drastisk økning etter 2030.

Samtidig som det er viktig med langtidsplanlegging, kan det være usikkerhetsfaktorer med hensyn til framtidige behandlingsmuligheter av demenssykdommer, og andre endringer i folkehelsen.

Det kan ut ifra disse tallene være viktig å ha en horisont utover 2020, som er relativt nært i tid. Man regner grovt at ca. 50 prosent av de som har en demensdiagnose har behov for omsorgstilbud på ulike nivå.

Behovet for tilrettelagte plasser pr. i dag anslås derfor til ca. 80. Dette vil ut i fra denne beregningen øke til ca. 100 i 2025.

I dag regner man med at rundt 80 prosent av beboere i sykehjem er demente.

3.2.2 Tiltakskjede for demente

For å kunne møte behovene på ulike nivå i sykdomsutviklingen bør kommunen ha en tiltakskjede med følgende ledd:

Demensteam	Utredning og diagnostisering Tilrettelegging av hjemmesituasjonen/tekniske hjelpemidler, lokalt nettverk og tiltak. Støtte og veiledning til familie og personale. Koordinerende virksomhet.
Hjemmetjenester	Praktisk hjelp hjemme. Tilrettelegging og støtte
Dagsenter	Dagopphold i tilrettelagt miljø. Avlastning for familien.
Bokollektiv	Tilrettelagt bomiljø. Små boenheter med enkle soverom og bad/wc. Mye fellesareal med kjøkken og oppholdsrom. Felles organisering av måltider og praktiske gjøremål.
Skjermet enhet (S.E.)	Botiltak for demente med større atferdsproblematikk. Lik utforming som et bokollektiv.
Sykehjem	Vanlig sykehjemstilbud for demente som har utviklet et stort pleiebehov/har kommet langt i sykdomsutviklingen.

Tilrettelagte tiltak og tilbud i kommunen

Kragerø utarbeidet sin første plan for demensomsorgen allerede i 2001.

Bokollektivet Furubo på Helle med 14 plasser, ble åpnet i 2002.

Det planlagte bokollektivet på Holt i Sannidal, ble lagt til Sannidal omsorgsboliger med 8 plasser, og ble åpnet i 2003 etter ombygging av Sannidal aldershjem.. Det tredje bokollektivet som ble beskrevet i Demensplan 2000, ble ikke bygd. I dag er det til sammen 22 bokollektivplasser.

Marienlyst Sykehjem ble tatt i bruk høsten 2003. I sykehjemmet som har 45 plasser, er det en skjermet enhet med 7 plasser for de dårligst fungerende. Institusjonen skulle også ha ansvar for å etablere et eget demensteam. Demensteamet har i realiteten aldri fungert som et team, da dette har vært vanskelig å innarbeide i tilsynslegeordningen. "Teamet" har i praksis bestått av en sykepleier i 20 prosent. Oppgavene har vært vurderings/ kartleggingsbesøk, og å arrangere nettverksmøter og undervisning for personale som jobber med demensproblematikk. I underetasjen på Marienlyst sykehjem er det lokaler til et dagsenter. Kommunen har bare kjørt et 6 ukers prøveprosjekt der, sommeren 2004.

Rehabiliteringsavdelingen ved Kragerø sykehus har hatt et dagtilbud til mennesker med hukommelsesproblemer, og har over en periode disponert lokalene på Marienlyst sykehjem. Dette tilbudet ble avsluttet våren 2008.

Det har ikke vært noen økning i personale med videreutdanning i geriatri eller demens i kommunen siden 2000, men det er gjennomført regelmessig kursing.

Kartlegging

For å få et bilde av behovet for tilrettelagte tilbud/plasser for personer med demens ble det foretatt en kartlegging i juni 2007. Det skulle registreres behov for nytt eller endret botilbud, samt behov for dagtilbud hos brukerne i hjemmetjenesten

Det ble sendt ut registreringsskjema til alle botiltak (ikke Marienlyst sykehjem) og til hjemmetjenestelagene.

Merk at dette er en registrering blant de som allerede var inne i kommunens omsorgstjeneste. Tallene på det tidspunktet viste at:

-2 beboere i bokollektiv som hadde behov for sykehjemsplass.

-4 hjemmeboende brukere ønsket plass i bokollektiv

-18 brukere ønsket omsorgsbolig

-13 personer ønsket dagtilbud

Slike anslag vil naturlig variere over tid, men gir allikevel et bilde av at dagsentertilbud er viktig, og at det er viktig med tilbud om botiltak på ulike nivå.

Andre forhold innen demensomsorgen som kom fram:

- Tidvis store utfordringer i f.h.t. problematferd hos enkeltbrukere. Dette er stort sett beboere i bokollektiv eller i skjerma enhet. Skjerma enhet skal ta seg av de beboerne med mest utfordrende atferd, men har ikke alltid plass. Disse beboerne utgjør ikke et kvantitativt stort problem, men når de dukker opp med aggressiv eller ukritisk væremåte, kreves det ekstra stor innsats å takle dette. De utgjør en belastning også for de andre beboerne i miljøet.
- Manglende kartlegging og diagnostisering av brukere med demens i hjemmetjenestene gjør det vanskelig å rekruttere til riktig botiltak, for eksempel bokollektiv for de som er i en tidlig fase.
- Det er et stort behov for dagplasser til hjemmeboende personer med demens. Dette ble ekstra synlig da helseforetaket la ned dagtilbudet.
- Det har ikke vært flere i personalet som har tatt videreutdanning innen demens. Flere arbeidslag har gjennomført gruppesamlinger for alle i personalet i f.h.t. tvangsbruk, ”Tvang helst ikke” fra Nasjonalt kompetansenter for demens.

3.2.3 Målsettinger og tiltak for kommunens demensomsorg

Ut ifra de sentrale planene som er lagt til grunn, har arbeidsgruppa for demens satt opp noen målsettinger som bør være styrende for det videre arbeidet:

Hovedmål:

Kragerø kommune har et helhetlig omsorgstilbud som ivaretar personer med demens og pårørende som trenger bistand.

Delmål:

Omsorgstjenesten i Kragerø har:

- et team som møter personer med demens og pårørende på et tidlig tidspunkt og jobber effektivt med kartlegging og tilrettelegging
- et dagtilbud for personer med demens.
- et riktig antall tilrettelagte plasser for personer med demens i bokollektiv og sykehjem, herunder vurderingsplasser, avlastningsplasser og plasser for de med utfordrende atferd.
- en plan for rekruttering og opplæring av personale.
- et tilbud om pårørendeskole / samtalegrupper for pårørende.
- en plan for rekruttering og oppfølging av frivillige.

Tiltak:

Demenssteam

Demenssteamet må øke bemanningen, og få en fast struktur på organiseringa

Hjemmetjenesten

Ansettelse av demenskontakter, (se demenssteam).

Spesiell kompetanseheving av 1. linjepersonalet.(se kompetanseheving)

Dagsenter

Dagsentertilbud for personer med demens må startes opp.

Bokollektiv

Kommunen har 2 bokollektiv for personer med demens, Furubo med 14 plasser, Sannidal med 8. Disse er i god drift. Det er behov for å ansette en boassistent i hvert bokollektiv, med ansvar for å tilrettelegge måltider, klesvask og annet husarbeid.

Skjerma sykehjemsplasser

Antall plasser og organisering av tilbudet må justeres og oppgraderes.

Utfordrende atferd

Når det oppstår problematikk med utagerende atferd må det kunne lages et fleksibelt opplegg rundt enkeltbrukere.

Kompetanseheving

Det er grunnleggende viktig med kunnskap i alle ledd av omsorgstjenesten for å gi et godt tilbud til personer med demens og deres pårørende.

Kunnskap er også viktig for pårørende og for frivillige som møter disse personene.

Opplærings og oppfølgingsplaner må settes opp for de ulike målgruppene.

Pårørende.

Å være pårørende til en person med demens kan være en stor belastning. Det er mange praktiske og følelsesmessige problemstillinger som kan oppstå. Det å møte andre i samme situasjon, og få råd og veiledning vet man kan gjøre situasjonen lettere.

3.2.4 Oppdatert oversikt over unge funksjonshemmede med behov for egen bolig med heldøgns tjenester i Kragerø

I 2003 ble det gjennomført en kartlegging av bo- og aktivitetsønsker blant foreldre og foresatte med funksjonshemmede barn i perioden frem til 2014. Flere av disse ungdommene er i dag etablert i boliger med heldøgns tjenester.

En oppdatert oversikt over hjemmeboende ungdommer med behov for bolig med heldøgns tjeneste (mai 09) viser følgende:

Innflyttingsår	Brukers fødselsår	Antall	Boliger pr. år
2010	1990	1	
2010	1991	1	

Innflyttingsår	Brukers fødselsår	Antall	Boliger pr. år
2010	1991	1	
2010	1991	1	
Sum 2010			4
2011	1987	1	
2011	1987	1	
Sum 2011			2
2012	1992	1	
2012	1994	1	
Sum 2012			2
2013	1995	1	
2013	1995	1	
Sum 2013			2
2014	1993	1	
2014	1996	1	
Sum 2014			2
Antall boliger i perioden 2010 - 2014		12	

Dette betyr kort og godt behov for 12 nye og sannsynligvis heldøgns bemannede omsorgsboliger i perioden tom 2014. De virkelig store utfordringene i denne sammenhengen er de driftsmessige konsekvensene i form av personell/utgifter.

4 Framtidens utfordringer – nasjonalt og lokalt

4.1. Morgendagens brukere

En av hovedutfordringene i framtiden er at det blir flere brukere, både yngre og eldre. Samfunnet er i endring og et av de store utviklingstrekkene er at det kommer til å bli større etterspørsel etter omsorgstjenester. Det vil bli en økning i antall eldre, særlig i aldersgruppen 90 år og eldre. Samtidig vil brukerne også omfatte mange yngre personer som vil ha andre behov enn dagens tjenestemottakere og være mer bevisst hvilke tjenester de ønsker å benytte. Det kan se ut som om demens og rus/psykiatri vil bli de største utfordringene godt fulgt av en del kroniske sykdomstilstander.

4.1.1 Yngre brukere med sammensatte problemstillinger

Antall brukere under 67 år som mottar omsorgstjenester har nærmest blitt fordoblet siste 10 år i følge St. meld. 25. Viktigste årsak er at kommunene er gitt nye oppgaver gjennom nasjonale helse- og sosialpolitiske reformer.

En betydelig del av denne brukergruppen har lidelser knyttet til rus og psykiatri men også andre funksjonshemminger og kroniske lidelser har økt.

Dette er kompliserte fagområder som har blitt mer tydelig i de senere år.

Man må derfor se nærmere på mulighet for enda tettere samhandling med rusomsorgen. Gode rutiner for samhandling vil gi bedre omsorg og oppfølging av disse brukerne. Det vises i denne sammenheng til eget prosjektarbeid i regi av Enhet for helse/rehab. (se kap.1 sammendraget)

I september 2009 ble det gjennomført et dagsseminar hvor tema for dagen var ”Nye brukere”. Seminaret omhandlet først og fremst ungdom / voksne i aldersgruppen 16 – 30 år med behov for aktivisering som følge av at de ikke er i stand til, står i fare for eller har falt utenfor ordinære arbeids-/aktiviseringsstilbud. Konkret var det her snakk om:

- Drop outs
- Unge på passive ytelser, dvs.:
 - arbeidsledige
 - på sosialstønad
 - uføre
- Unge som faller ”helt utenfor” og er passive
- Unge som har psykiske problemer
- Unge med rusproblemer
- Unge kriminelle.

Det ble i den forbindelse konstatert at sammenlignet med landet for øvrig, så står det dårlig til i fylket vårt. En gruppe som er ekstra dårlig stilt, er innvandrerungdom.

Det viser seg at når unge som ikke får jobb og blir stående utenfor, så er det vanskelig å få dem inn i arbeid senere og få dem til å forbli i jobb over tid.

Unge som ikke har utdanning – får ikke erfaring – står sist i jobbkøen – får ikke mestringsopplevelser. De kommer inn i en negativ spiral som er selvforsterkende. Sosialstønad blir i denne sammenhengen en velferdsfelle! Det å være utenfor skole/arbeid virker passiviserende. Det er ingen krav eller forventninger – ingen sosialisering – ingen nylæring. Imidlertid har de energi som må ut. Denne energien kan vise seg i form av aggresjon, ikke akseptable aktiviteter, tagging osv. De får jo ikke delta i ordinære aksepterte aktiviteter, de ”holdes” utenfor.

De det her er snakk om, trenger tydelige, grensesettende personer som ”ser dem”, og som de får tillit til. Det kan være familie, naboer, barnevern, barnehage, skole, helsesøster, legen, miljøarbeidere, NAV/sosialtjenesten, spesialhelsetjenesten.

Svært mange av dem trenger å få bygd opp sin sosiale kompetanse. Da må de få oppleve mestring som igjen fører til økt selvfølelse som vil gjøre at de blir motivert til å ha et mål i livet som igjen fører til at de aktivt søker forskjellige tilbud/aktiviteter.

Det er stor vilje til å gjøre noe. Mange har et stort engasjement for ungdom, det er mye kunnskap rundt emnet. Mange tiltak er satt i gang og mye av det fungerer.

Utfordringen er imidlertid at få kjenner til hverandre, tiltakene er ofte ikke koordinert. Det er lite kunnskapsformidling på tvers av ”revirene”, og til tross for mange tiltak, så snur ikke utviklingen fylket sett under ett.

Konklusjonen var: Vi må tenke nytt! Vi må gjøre noe sammen!

Målet må være: **Mestring, Modning, Motivering.** Stikkord her er :Kompetanse, skole med praktisk arbeid, arbeid med skoletilknytning, aktivitet med skole/arbeid.

Arbeidsgruppene kom med mange enkeltforlag til tiltak som kan summeres slik:

- Tidligst mulig inn.
- Større grad av formalisert samarbeid.
- Koordinering av tiltak internt i kommunen, med andre kommuner og med andre etater som NAV, politi m.f.l.
- Bruk av individuell plan – bruke dette som aktivt verktøy → hvordan få dette til på en god måte.
- Overgang ungdomsskole – videregående skole → bedre samarbeid.
- Samarbeid videregående skole - arbeidsliv → bedre samarbeid
- Ha en oversikt over tilbud som gjennomføres lokalt, i vår region og fylket.

Konklusjon: Hovedutfordringen er koordinering av alle tiltak som allerede er i gang, både internt i kommunen, i vår region og fylket.

4.1.2 Brukere med omfattende pleiebehov

Brukere i denne gruppen kjennetegnes ved at de har omfattende behov for omsorgstjenester. Dette kan være personer som har blitt utsatt for alvorlige ulykker, er rammet av hjerneskade eller andre invalidiserende sykdomstilstander. Selv om brukerne i dag er relativt få i antall, er gruppen økende og ressurskrevende. Brukerne er ofte i arbeid eller skole når de blir rammet av sykdom. Mange mottar omsorgstjenester i kombinasjon med andre tjenester, blant annet spesialisthelsetjenester. Denne utviklingen vil kreve samhandling med annet fagpersonell, økt kompetansenivå og større faglig bredde med blant annet vekt på rehabilitering og aktiv omsorg. Regjeringen har gjennom eget høringskriv signalisert planer om å **rettighetsfeste** "Brukerstyrt (også borgerstyrt) Personlig Assistanse (BPA)" som en måte å organisere tjenestetilbudet til sterkt funksjonshemmede på. Hovedprinsippet er at brukere som er kvalifisert for kommunale pleie- og omsorgstjenester selv skal få velge måten å organisere og drifte tjenesten på, og selv velge/ansette sine hjelpere. Til tross for overordnede myndigheters oppfatninger om at denne måten å organisere tilbudet på ikke vil medføre høyere utgifter for de enkelte kommuner, er erfaringene med BPA i mange kommuner det stikk motsatte.

4.1.3 Pasienter i livets slutfase

Majoriteten av pasienter i livets slutfase har kreftdiagnose.. Det antas at forekomsten av kreft vil øke med ca. 30 % fram mot år 2020. (Kreftregisteret 2005). En av årsakene er at dagens medisinske utvikling gjør at kreftpasientene vil leve lenger med sin sykdom.

I tillegg ser man også andre kroniske diagnoser innen nevrologi, hjerte/kar- og lungesykdommer. Disse pasientene har ofte sammensatte behov og krever god faglig oppfølging. Det blir derfor viktig hvordan kommunen organiserer tjenesten for disse gruppene, og hvordan samhandlingen mellom kommunen og sykehuset fungerer.

I "Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009" utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet, har man definert fire hovedmål som kan være gode retningslinjer for hvordan man organiserer arbeidet overfor denne pasientgruppen:

- Bedre kvalitet og kompetanse
- Tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet
- Hensiktsmessig organisering
- Bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet

4.1.4 Brukere med minoritetsbakgrunn

Kragerø kommune har i en årrekke tatt imot innvandrere. Foreløpig er det relativt få eldre med minoritetsbakgrunn som er eller har vært brukere av omsorgstjenester.

Andelen eldre minoritetsspråklige forventes å øke i årene som kommer. Man må regne med at også enkelte yngre flyktninger og minoritetsspråklige med for eksempel psykiske vansker eller andre funksjonsnedsettelse har/vil ha behov for omsorgstjenester.

Det blir en utfordring å legge til rette tjenestene slik at disse brukerne er sikret et like godt tilbud som den øvrige befolkning.

Disse utfordringene må man ta i betraktning når man planlegger og tilrettelegger tjenestene i framtiden. For eksempel kan dette handle om språk, tospråklig personale, møteplasser, samarbeid med innvanderorganisasjoner og kompetanseheving på feltet i personalgruppen.

4.1.5 Større forventninger fra brukerne

Velstandsutviklingen i Norge har gitt brukere med høyere forventninger til hvordan omsorgstjenesten ytes i årene framover. I St. melding 25 hevdes det at brukerne blir mer ressurssterke, har bedre økonomi og har høyere utdanning. De eldre blir stadig bedre

utdannet med større bevissthet om egne rettigheter og med strengere krav til tjenestenes innhold. Terskelen for å be om hjelp kan ha blitt noe lavere. Private aktører er på frammarsj og allerede i dag er det mange som kjøper seg tjenester framfor å hente ut disse fra det offentlige. Det kan bli en utfordring å få til samhandling mellom de private aktørene og det offentlige tjenestetilbudet. Det man har sett til nå er at brukerne av de private tjenestene ofte har lettere omsorgsbehov og går over til offentlig omsorgstjeneste når hjelpebehovet blir større.

4.1.6 Levealder og helse

Det er ulike meninger om forholdet mellom levealder og omsorgsbehov. Forskingen gir ikke entydige svar på sammenhengen mellom levealder, funksjonstap og behov for omsorg. Noen hevder at flere vil leve flere år med funksjonstap og at nedgang i dødelige sykdommer vil erstattes med langvarige kroniske lidelser. Dette kan øke behov for behandling og pleie i alderdommen. Andre hevder at folk vil holde seg friskere lenger og ikke ha så stort hjelpebehov, mens andre mener at selv om levealderen øker vil tiden med sykdom og funksjonstap bli omtrent den samme. Den blir bare forskjøvet i tid. Dette kan gi et uendret og noenlunde stabilt hjelpebehov i framtiden. Som en konklusjon sier St .melding 25 at hypotesen om utsatt sykkelighet (dvs. en forholdsvis stabil og uendret periode med alvorlig funksjonstap på slutten av livet) er det mest sannsynlige perspektiv for framtiden. Ved forlenget levealder betyr det flere friske leveår.

Folkehelseinstituttet har utarbeidet et faktaark om eldres helse. Nedenfor følger noen beregninger for utviklingen av omfang for enkelte sykdom-/skadekategorier i Kragerø basert på dette faktaarket.

Den hyppigste psykiske lidelsen for eldre er depresjon og angst.

Sykdomskategori	2008	2015	2025
Alvorlig depresjon (2-4 % beregnet 3%)			
For personer over 65 år	54	69	87
Mindre alvorlig depr (12-15% beregnet 13,5%)			
For personer over 65 år	242	309	392

Fremskrivingen viser at økningen i antall eldre med psykiske plager i tillegg til demensproblematikk, er betydelig. Kommunens utfordring blir å tilrettelegge et samlet offentlig og privat tilbud med tilstrekkelig kompetanse til å møte dette behovet. Et godt koordinert helsetilbud innen psykisk helse, i samarbeid med lokalsykehuset, er avgjørende. Kommunen må vurdere endring i kompetansesammensetning og arbeidsform for å møte utviklingen.

Sykdomskategori	2008	2015	2025
Håndledd- og lårhalsbrudd (15/1000 over 65 år)	27	34	44

Disse skadene opptrer hyppigere ved økt alder. Jo eldre man er jo lengre rehabiliteringsperiode. Jo dårligere rehabilitering, desto større hjelpebehov i etterkant. Utfordringen blir å prioritere en tilstrekkelig god kortsiktig kommunal rehabilitering for å unngå et mer langsiktig/varig hjelpebehov.

Sykdomskategori	2008	2015	2025
1 av 3 i gruppen 75 - 79 har helseproblemer	110	130	239

Denne statistikken viser at omfanget av eldre med helseproblemer generelt sett vil øke betydelig dersom situasjonen omkring behandling og forebyggende arbeid ikke endrer seg vesentlig. Utfordringer blir å motvirke en slik økning.

Sykdomskategori	2008	2015	2025
Diabetesforekomst, antatt 4 % (antall 80 +)	22	20	27
KOLS - Antas 5-10% forekomst (7,5% for 80 +)	41	38	50

Utfordringen blir å tilby medisinskfaglig oppfølging og kontroll av sykdommen på en enklest mulig måte, fortrinnsvis i hjemmet. (Se 5.0 om IKT i oppfølging og behandling)

4.1.7 Økning i aldersdemens

Forekomst av demens vil øke i årene framover. (se 3.3.1) Økningen er en følge av befolkningsutviklingen, men også fordi det har vært underdiagnostisering. Det store antallet demente vil kreve store ressurser i framtidens omsorgstjenester. Demente gjennomgår antagelig de tyngste og mest langvarige funksjonstapene av alle hjelpetrengende eldre.

I dag bor demente brukere i Kragerø både hjemme, i egne tilrettelagte bokollektiver (omsorgsboliger med heldøgns bemanning) og på institusjon. Ca. 80 % av pasientene i sykehjem har en demensdiagnose. 50 % av brukerne med demensdiagnose i Norge er hjemmeboende. Omsorgen overfor denne brukergruppen er krevende.

En egen arbeidsgruppe har utarbeidet en ny, oppdatert plan for demensomsorgen i Kragerø. (se 3.4.)

4.1.8 Mange kvinnelige eldre brukere

Det fødes flere menn enn kvinner men rundt femtiårsalderen blir det en økende andel kvinner i forhold til menn. (St. meld. 25) Kvinner vil også i fremtiden utgjøre den største gruppen i omsorgstjenestene. De fleste minstepensjonister er kvinner, og dette kan ha betydning for kvinners helse. Eldre kvinner har en lengre periode med alvorlige helseproblemer enn menn. Forskning viser at eldre kvinner i større grad enn menn får sitt hjelpebehov dekket gjennom de kommunale omsorgstjenester. Det betyr i praksis at kommunens omsorgstjeneste vil ha flere eldre kvinner enn eldre menn i brukergruppen. Dette bør det tas hensyn til i forhold til forebyggende helsearbeid og tjenestetilbudet.

4.2 Knapphet på omsorgsytere

Den viktigste og kanskje vanskeligste utfordringene i framtiden blir å få nok helse- og sosialpersonell.

4.2.1 Få unge og mange eldre i framtiden

Fertiliteten er en viktig faktor for å opprettholde folketallet og sikre at den arbeidende (og dermed skatteytende) del av befolkningen er stor nok til å betale for velferdsstatens tjenester. Selv om Norge ligger bedre an enn de fleste europeiske land har vi ikke tilstrekkelig fødselstall til å holde befolkningstallet ved like og de eldre lever stadig lenger. Et annet moment er at ungdom går lengre på skole før de begynner i arbeidslivet. Man ser også en økende tendens til bruk av førtidspensjon/AFP og en økende andel av befolkningen i arbeidsfør alder blir uføretrygdet. Alt dette bidrar til å redusere den andelen av befolkningen som er aktive i arbeidslivet.

4.2.2 Rekruttering av fagpersonell

Rekruttering av personell blir altså en utfordring i framtiden, både mht. kapasitet og kompetanse. Arbeidsstokken innen helse- og sosialtjenestene i Kragerø preges av at det er mange godt voksne arbeidstakere. Det innebærer at mange når pensjonsalder i løpet av planperioden. Det betyr igjen at kommunen har stort behov for nyrekruttering.

Erfaringer fra driftsårene 2007 og 2008 viser at man har problemer med å skaffe sykepleierkompetanse både generelt og spesielt ved ferieavvikling, og at stillinger må lyses ut flere ganger for å få kompetente søkere. Dette er en trend som med stor sannsynlighet kommer til

å øke i årene framover. Dette medfører at omsorgstjenesten har en utfordring i å tenke nytt mht. hvordan man utnytter tilgjengelig fagkompetanse i fremtidens omsorgstjeneste.

St.meld. 25 legger opp til en forventning om at arbeidsstokken i kommunenes helse- og omsorgstjenester fra 2009 skal bestå av 1/3 sykepleiere, 1/3 helsefagarbeidere og den siste 1/3 med annet høyskole- og universitetsutdannet personell; med vekt på en bredere tverrfaglighet enn det vi har i dag. Dette er et stykke unna dagens situasjon i kommunen. Hvis man skal ta dette på alvor betyr det at kommunen må tenke mer tverrfaglighet ved rekruttering og kanskje også vurdere nye yrkesgrupper inn i omsorgstjenesten.

4.2.3 Deltidsstillinger

Dagens situasjon innen omsorgsyrkene preges av utstrakt bruk av deltidsstillinger. Pr. april 2008 er mellom 60 og 70 % av den totale arbeidsstokken i kommunens omsorgsenhet deltidsansatt. Dette medfører fragmentering av tjenestene som vanskeliggjør kvalitet, samhandling og helhet. Med tanke på rekruttering er dette en situasjon som må endres. Vi må erkjenne at framtidens ungdom ikke vil utdanne seg til yrker der det er vanskelig å få 100 % stilling eller mottar en lønn som ikke er konkurransedyktige med andre utdanningsløp av lik varighet. Sosial og helsedirektoratet uttaler at utstrakt bruk av deltidsstillinger kan være en medvirkende årsak til at bare 44 % av ungdom som tar denne utdanningen er i yrket ett år etter eksamen.

Det ligger en utfordring i forhold til å kunne tilby fulle stillinger til alle som ønsker det. Målet er at det skal arbeides med en omorganisering av organisasjonen på tvers slik at ufrivillig deltid i mest mulig grad reduseres. Det store omfanget av deltid representerer samtidig en fremtidig mulighet i rekrutteringssammenheng. Til tross for både politisk og administrativt fokus på deltidspromatikken gjennom en årrekke preges resultatene av ”to skritt frem, og ett tilbake”.

4.2.4 Beholde ansatte

Man må i framtiden regne med å ha stort fokus på å beholde ansatte. Personellet er den grunnleggende ressursen i helse- og omsorgstjenestene. Kvaliteten på tjenesten bestemmes mye av hvordan personellet utfører oppgavene. Det underbygger viktigheten av å beholde personell som har erfaring og opparbeidet kunnskap. I og med at god omsorg i stor grad bestemmes av samspillet mellom personell og bruker blir tjenesten ekstra sårbar for svingninger i personelldekningen. (St. melding 25) Det blir derfor viktig å videreføre dagens modell med oppfølging av sykemeldte men også å videreutvikle kompetansen på området i samarbeid med NAV.

Kompetanseøkingstiltak hos de som allerede er ansatt er en viktig faktor. Stortingsmelding nr. 47 – ”Samhandlingsmeldingen” forutsetter en betydelig kompetanseutvikling i kommunene. For å beholde ansatte vil det også være viktig å ha fokus på kommunenes livsfasepolitikk, ikke minst gjelder dette seniorer.

4.2.5 Stipendordninger

Omsorgstjenesten vil måtte konkurrere med mange andre aktører om fremtidens arbeidskraft. Det blir mer og mer vanlig at bedrifter tilbyr studenter stipendordninger for å sikre tilgang på arbeidskraft. Studentene mottar et visst beløp i måneden under studietiden. De må binde seg til å yte en viss mengde arbeid i studietiden, samt binde seg opp til å arbeide i sommerferien. I tillegg er det bindingstid etter avsluttet studie. Omsorgstjenesten i kommunen har ingen tradisjon for å rekruttere på denne måten, men en slik ordning bør utredes nærmere og kan kanskje kunne skape en viss forutsigbarhet i forhold til rekruttering av fagpersonell.

4.2.6 Omsorgsyrkenes lave status

Omsorgsyrkenes relativt lave status vanskeliggjør rekrutteringen. Det er gjennomført flere kartleggingsstudier blant alle sykepleierstudenter. Få studenter ønsket å søke jobb i sykehjem, og svært få i hjemmetjenesten. Begrunnelsene som ble gitt var at de ville bli gitt et for stort ansvar kombinert med liten mulighet for faglig utvikling.

Medienes ofte negative omtale av både lønnsforhold, arbeidspress og arbeidsforhold innen omsorgstjenesten er også med på å forsterke et negativt inntrykk av omsorgsyrkene. Av den grunn er det viktig at omsorgsenheten er seg bevisst hvordan man framstår og uttaler seg til media.

Den varslede helsereformen (Samhandlingsreformen) vil sannsynligvis bidra til at arbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene får høyere status.

4.2.7 Ledelsesutfordringer

St. melding 25 fastslår at omsorgstjenesten er preget av at lederne har ansvar for mange ansatte. I gjennomsnitt har hver leder ansvar for 31,3 årsverk. Situasjonen er litt annerledes i Kragerø i og med lagmodellen. Men det er liten tvil om at mange lagledere har lederansvar som ligger i overkant når vi vet at ett årsverk fordeler seg på mange deltidsansatte.

Med tanke på rekruttering representerer dette en utfordring. I lærende organisasjoner trengs nærledelse og mulighet til refleksjon og veiledning hvis erfaringer og praksis skal omsettes til kunnskap og lærdom. Det er en utfordring å finne løsninger på hvordan man kan ivareta den enkelte ansatte og sørge for samsvar mellom faglige utfordringer og kompetanse. Dette blir helt vesentlig med tanke på å beholde personale.

Alle omorganiseringsprosesser medfører mye ”armer og bein”. Det er allikevel av meget stor betydning at organisasjonen er i stand til å tilpasse seg nye krav og rammebetingelser. Gjennom kommunens lederutviklingsprogram er det fastsatt hvilke styrende verdier som skal gjelde for Kragerø kommune på alle nivåer. Verdierne kalles ”BERIT” og omhandler Brukerorientering, Endringsvilje, Respekt, Inkludering og Trygghet. Legges disse verdiene til grunn, burde dette gi et godt grunnlag for fremtidige endringsprosesser. Men i økonomiske nedgangstider med strengere politiske prioriteringer er det ikke uvanlig at de operative tjenestene til dels skjermes på bekostning av ledelsesfunksjoner. Hva blir da resultatet?

4.2.8 Endrede familiestrukturer

Selv om det har vært en vekst i de offentlige omsorgstjenestene har det ikke ført til noen vesentlig reduksjon av omsorgsinnsatsen fra nærmeste familie. Mye omsorgsarbeid gjøres i dag av nære pårørende. Likevel har vi en demografisk utvikling som antagelig vil resultere i familier som består av få barn og mange eldre. Dette vil kreve at eldre mottar mer omsorg fra det enkelte barn eller utgjør større press på omsorgstjenester. (St.meld.25, s.57)

Det skjer endringer i familiestrukturen og familielivet. Stadig flere ekteskap går i oppløsning, og dette kan tenkes å påvirke motivasjonen til å ville stelle sine eldre pårørende. I dag er det barn og ektefeller som yter nesten all omsorg som blir gitt utenom de offentlige instanser.

(Kaasa, 2007) Man kan spørre seg om en som har vokst opp uten sin far (eller mor) vil være like motivert for påta seg tyngende omsorgsoppgaver overfor ham når han blir hjelpetruende.

Mye av omsorgsarbeidet overfor eldre i familien utføres av kvinner. En del av disse står utenfor arbeidslivet, noen jobber deltid og det er heller ikke så uvanlig at noen reduserer sin yrkesdeltagelse for å kunne sette av tid til omsorgsoppgavene. På grunn av den høye andelen av kvinner som er yrkesaktive, med økende andel i yngre årsklasser, må vi forvente at kommunen vil måtte overta stadig mer av dette ansvaret.

4.2.9 Kan man satse på frivillige?

I St. melding 25 foreslås det å møte noen av de kommende utfordringene ved å satse på at frivillige og frivillige organisasjoner skal ta seg av enkelte omsorgsoppgaver. Dette har i media blitt kritisert av enkelte forskere som mener at det allerede i dag ikke er nok tid og ressurser blant frivillige til å gjøre dette. Det kan se ut som om interessen for å engasjere seg i frivillig arbeid er synkende.

Trendene i de senere år har vist en nedgang i medlemskap i frivillige organisasjoner.

”Forståelse av hva frivillig innsats og organisatorisk arbeid skal og bør være: mindre ytelse og mer nytelse.” (Østerud, Engelstad & Selle 2003:149). Det er oftere ad hoc grupper som tiltrekker seg folks interesse, med engasjement i lokale saker som fanger interessen i en kortere periode.

Selv om Regjeringen har varslet flere tiltak for å øke deltagelsen i blant annet frivillighetssentralene, er det liten grunn til å kunne forvente, slik familier flest er organisert per i dag, en økning i antall timer som frivillige vil bidra med i omsorgsoppgaver i fremtiden.

4.3 Medisinsk, helsemessig og pleiefaglig oppfølging og kompetanse

4.3.1 Flere oppgaver til kommunene (Samhandlingsreformen)

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten har ført til stadig kortere liggetid på sykehus. Dette medfører større krav til det faglige nivået på tjenestene i kommunen som må overta behandlings- og oppfølgingsansvaret på et tidligere stadium og må stå for en større del av oppfølgingen både før og etter sykehusoppholdet.

Stortingsmelding nr. 47 (juni 2009) ”Samhandlingsreformen”, gir tydelige signaler om ytterligere overføringer av oppgaver og ansvar til kommunehelsetjenestene. Her legges det opp til en av etterkrigstidens mest omfattende helsereformer.

Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer står i fokus i denne meldingen.

Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i forhold til begge disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover.

Stortingsmeldingen beskriver følgende hovedutfordringer:

Utfordring 1:

Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Utfordring 2:

Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Utfordring 3:

Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Endringene gir store utfordringer i forhold til å bevare og videreutvikle de sentrale velferdsordningene i Norge. Det kreves både vilje og mot til å etablere nye strukturer innenfor flere samfunnssektorer. Dette er bakgrunnen for at regjeringen nå gjennomfører både en pensjonsreform og en NAV-reform i tillegg til samhandlingsreformen. Disse reformene er

nødvendig for å sikre at den norske solidaritetspolitikken og folketrygden er bærekraftig også for framtidige generasjoner.

Hovedgrep

Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene.

Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle

Et av utslagene av de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenesten er at også pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene. Pasientmedvirkning på de ulike tjenestestedene, slik det for eksempel i de senere årene er utviklet gjennom brukerrådene i helseforetakene, vil bli opprettholdt og videreutviklet.

Hovedgrep 2: Ny framtidig kommunerolle

Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpene tidlige faser. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres, eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi.

Hovedgrep 3: Etablering av økonomiske insentiver

De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktigere bruk av sykehusene.

Hovedgrep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Helsepolitikk dreier seg i stor grad om trygghet for befolkningen, både i den forstand at gode tjenester er tilgjengelige når de trengs, og at tilgjengeligheten gir befolkningen en trygghet i forhold til det offentlige tjenestetilbudet. At spesialisthelsetjenesten leverer kvalitativt gode tjenester, som tar opp i seg teknologi- og metodeutvikling som nasjonalt og internasjonalt skjer innenfor medisin og helsefag, er et viktig grunnlag for befolkningens trygghet. I samhandlingsreformen er det en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen.

Hovedgrep 5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Problemet med manglende helhet understrekes også ved at heller ikke myndighetene har et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene. Med de utfordringer som følger av demografisk og epidemiologisk utvikling, må det tilstrebes at flere av de

framtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene.

Andre strategiske tiltak

Regjeringen ønsker å supplere de fem hovedgrepene med tiltak på flere områder. Tiltak som vurderes er knyttet til; utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

4.3.2 Kvalitetskrav og behov for økt kompetanse

Tilsynsmyndighetene stiller stadig strengere krav til kvaliteten på tjenesten. Dette gjelder både til dokumentasjon av utført arbeid, bruk av vedtak og klageadgang for den enkelte. Brukere med mer sammensatte behov krever oppfølging fra flere deler av tjenestene, for eksempel ved bruk av individuell plan. En konsekvens av dette er at en del arbeidsoppgaver som i dag utføres av en person vil måtte håndteres av to personer på grunn av krav til dokumentasjon, dobbeltkontroll, samhandling og hensynet til de ansattes egen sikkerhet.

Kommunenes pleie- og omsorgstjenester har siden 2003 vært underlagt en egen, nasjonal kvalitetsforskrift.

Kragerø kommune har hittil oppfylt de fleste av kravene men kan til tider slite med å oppfylle alle. På områder som *sosiale behov med samvær, fellesskap og aktivitet, livs og døgnrytme og mulighet til selv å ivareta egenomsorg, tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter*, er det overveiende sannsynlig at vi ikke oppfyller kvalitetsforskriftens krav over tid – særlig gjelder dette eldre brukere av tjenestene – både hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger og institusjon. Dette er forhold som også er dokumentert via gjennomførte brukerundersøkelser.

Det er nødvendig å vurdere spesialisering av arbeidstakergrupper og utvikling av særtjenester/spesialtjenester også i kommunene for å kunne imøtekomme kravene om rett kompetanse på rett sted. Kompetansen blant personalet vil være avgjørende for kvalitetsnivået på tjenestene.

4.3.3 Legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten

I St. melding 25 legges det vekt på å styrke det allmenmedisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere. Den fremhever viktigheten av gode samhandlingsrutiner mellom fastlege og hjemmetjenesten. Det rettes samtidig stor oppmerksomhet mot å bedre kapasiteten og kvaliteten på legetilbudet i sykehjemmene. Regjeringen har lagt opp til en forventning om en generell økning av sykehjemslegetjenesten med 50 % innen år 2010. I henhold til rundskriv I 4-2007 fra Sosial- og helsedirektoratet skal kommunen gjennomgå sykehjems- legetjenesten og fastslå detaljerte krav til dimensjonering av legetjenesten med utgangspunkt i det definerte behovet i de ulike sykehjemsavdelinger i kommunen. Dette arbeidet er foreløpig ikke avsluttet i Kragerø. Til tross for en liten økning i tilsynlegefunksjonen i 2008 er det langt frem til 50 % stilling. Den nye "Samhandlingsmeldingen" (St.m.47) legger opp til en betydelig oppgaveoverføring til kommunene hvor legetjenestene blir av største betydning for å nå målsettingene i meldingen. Brukerne på institusjon og i heldøgns bemannede omsorgsboliger har blitt sykere og denne utviklingen vil etter all sannsynlighet fortsette. Personalet må i stor grad utføre arbeid som tidligere ble utført på sykehus. Her vil det i økende grad være behov for medisinske tiltak innen utredning, diagnostisering og behandling. Behovet for lege- og sykepleiertjenester vil på slike avdelinger faglig sett være høyere enn dagens dimensjonering.

Arbeidet som legen utfører skal være av god kvalitet. I den sammenheng bør man sikre at legen opplever et "eierforhold" til sitt arbeid i omsorgssektoren. Man bør tilstrebe å skape

arbeidsplasser som er attraktive med et miljø som er opptatt av fag og kvalitet. Reglene for å oppnå spesialitet for geriatri er endret og gjør det lettere for større kommuner å etablere fagmiljø innen dette feltet. Dersom kommunen, sammen med Sykehuset Telemark HF (STHF)- avd. Kragerø velger å opprette en avdeling "halvannenlinjetjeneste", vil dette kreve økte legeressurser.

4.4 Aktiv omsorg

I St. melding 25 påpekes det at de fleste undersøkelser viser at dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold er de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gis en mer aktiv profil. (St. meld 25, kap. 2.4.)

Situasjonen i Kragerø kan sies å være sammenfallende med de signaler som kommer frem på landsbasis. I brukerundersøkelser gjennomført både i og utenfor institusjon kommer det fram at "mulighet til å delta i dagliglivets gjøremål, og aktiviteter" er av de områdene som får lavest skår. Selv om dette gir lavest skår bør det likevel understrekes at nivået samsvarer med landsgjennomsnittet.

I St.meld. 25 trekker man fram mat og måltider, kultur og aktivitet som vesentlige med tanke på aktiv omsorg. Nedenfor vil disse punktene forsøkt belyst med en lokal forankring.

4.4.1 Mat og måltider

I henhold til St. meldingen vil valgmulighet i forhold til måltider vil være en viktig premis for fremtidens omsorgstjeneste. Bruker skal ha mulighet til å velge fra meny. Det hevdes også som vesentlig at brukerne skal ha mulighet til å delta i matlagingen og at måltidene er en del av en sosial begivenhet.

Videre understrekes betydningen av et godt kosthold som avgjørende for fysisk og psykisk helse og trivsel. Ikke minst er dette viktig i et forebyggende perspektiv.

Marienlyst sykehjem er ikke utstyrt med institusjons-/produksjonskjøkken i tradisjonell form. All varmmat kjøpes inn fra produksjonskjøkken som 1/2-fabrikat etter "kok/kjøl-metoden. Maten varmes opp og anrettes på sykehjemmet. Øvrige måltider tilberedes på eget avdelingskjøkken. Denne modellen følges også i grove trekk i de fleste heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Endringer av dette vil kunne bli svært krevende både kostnads – og arealmessig.

Stortingsmeldingen legger også opp til at pårørende skal ha større mulighet til å delta i institusjonene for eksempel i forhold til måltider. For personalet kan dette representere en utfordring og en ny måte å tenke på. Personalet har lang tradisjon i å være "de gode hjelperne". Retningslinjene fra Mattilsynet som institusjonstjenesten er underlagt (IK-mat) vil kunne bli en begrensende faktor. Her stilles strenge krav til for eksempel ren og uren sone på et kjøkken. Videre er det strenge krav til hvordan matvarer skal håndteres og oppbevares.

4.4.2 Kultur og omsorg

Det påpekes i St.meld. 25 at kulturtiltak bør ha sin naturlige plass i omsorgstjenesten basert på at kultur kan gi god helse. "Musikk er uskadelig, bivirkningsfritt og medfører høy pasient-tilfredshet".

Kulturtiltakene må tilpasses dem som skal ha nytte av dem og det blir derfor viktig å tenke på lokaler, transport og tidspunkt for arrangementene.

Intensjonene i den statlige "kulturelle spaserstokken" er å stimulere til tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Eldre skal tilbys

arrangementer og aktiviteter innenfor alle kunst- og kulturgenrer som musikk, teater, film, litteratur og billedkunst. Arrangementene bør være åpne for alle og benytte etablerte arenaer i nærmiljøet. De skal være lett tilgjengelige og ha som mål å få til mer aktivitet på tvers av generasjoner og etnisk bakgrunn. (St. meld. 25, kap. 10.3)

Det er tidligere på initiativ fra Kragerø Bibliotek blitt satt i gang en ordning med leseombud på institusjonene. En er noe usikker på i hvilken grad omsorgstjenestene greier å følge opp.

I arbeidet med Omsorgsplanen ble det nedsatt en arbeidsgruppe under ledelse av kultursjefen. Gruppen har vurdert innholdet i begrepet ”AKTIV OMSORG” og har innhentet opplysninger fra en rekke kommuner. Tilbakemeldingene samt info fra kommunenes nettsider viser i all hovedsak at kultur og fritidsaktiviteter for eldre og funksjonshemmede er organisert inn under kultursektoren.

Kultursektoren i Kragerø hadde på 90-tallet hovedansvaret for aktivitets- og kulturtilbudet for funksjonshemmede i forbindelse med ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede, og Kragerø ble ansett som en foregangskommune på området. Enheten sitter fortsatt på kompetanse innen fagfeltet, men nettverket og bemanningen er borte.

Enhet for kultur innehar fortsatt mye kunnskap om hvordan dette tjenestetilbudet var organisert og hvordan aktivitetene ble gjennomført den gang, men siden tilbudet ikke har eksistert de senere årene oppfatter vi ikke å være oppdatert på fagfeltet.

Ut i fra de erfaringer man har fra tidligere oppfatter Enhet for kultur at det er naturlig at en slik type tjeneste organisatorisk blir lagt til kultur.

Forutsetningene for å lykkes er en personalgruppe med kompetanse om brukergruppene, men også i forhold til å tilrettelegge for- og arrangere aktiviteter. I tillegg til personalressurser er det også viktig med økonomiske ressurser, både med tanke på stimuleringstilskudd til lag og foreninger som er kreative og integrerer aktiviteter i sin drift og ikke minst for å kunne få til faglig gode aktiviteter og arrangementer. Kulturenheten bør også ha en koordinerende og tilretteleggende rolle for å avlaste kommunens helse- og omsorgspersonell. Dette betyr IKKE at helse- og omsorgspersonellet skal være ”fritatt” for deltagelse i brukergruppens aktivitets- og kulturtilbud, men bør slippe plan- og tilretteleggingsansvaret. Følgende refereres fra et notat i gruppa ”Aktiv omsorg”:

- Utfordring nr 1 er å kunne tilrettelegge for holdningsendringer innen omsorgsyrkene med tanke på å skape den ”aktive omsorgen”.
- Det er et lederansvar å skape disse holdningene.
- Det krever nytenkning for å tilrettelegge for aktivitet fra tradisjonell pleie til pleie som aktiviserer pasientene.
- Fastgrodde rutiner må mykes opp, men dette krever også mer tidsrom i omsorgen. Dagens største hinder er pleiepersonalets mangel på tid.
- Aktiv omsorg = Friskere eldre.
- Kanskje kreative arbeidsdager er bedre og mer meningsfulle arbeidsdager? Bedre arbeidsdager kan gi jobbrotasjon og derigjennom besparelser og endret sykefravær.
- Et samarbeid på tvers av enhetene skal kunne gi effekt.

4.4.3 Aktivitet og personell

Undersøkelser viser at kun 6 % av brukerne mellom 65-97 år oppfyller anbefalingene om 30 minutters moderat fysisk aktivitet daglig. For å unngå tap av funksjonsevne er aktivitet et helt grunnleggende tiltak. (St. meld. 25)

For å ivareta fremtidens bruker på sykehjem og i hjemmetjeneste på best mulig måte anbefales det at fremtidens personellgrupper sammensettes på en mer tverrfaglig måte enn i dag. Det antas at flere faggrupper sammen vil stimulere til økt aktivitet både fysisk og sosialt.

Følgende faggrupper er nevnt: Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosialarbeidere og aktivitører. En av utfordringene i Kragerø kan være at den enkelte arbeidsplass må vurdere omgjøring av stillinger for andre faggrupper når stillinger blir ledige.

Det blir også krevende å se på hvordan man kan få mest tverrfaglighet ut av de ressursene man har i dag. Vilje til å tenke nytt og gjøre nødvendige endringer er alltid en utfordring.

Tverrfaglighet vil kunne skape profesjonskamp og det blir viktig å kunne håndtere dette til det beste for fremtidens brukere.

4.4.4 Forebyggende helsearbeid og rehabilitering

Ut fra ønsket om best mulig livskvalitet livet ut, og med tanke på fremtidens utfordringer med å skaffe nok omsorgsytere, blir tiltak for å utsette tidspunkt for når den enkelte har behov for omsorgstjenester et viktig satsingsområde.

Noen sentrale faktorer her vil være universell utforming, rehabilitering og aktivisering.

Universell utforming vil føre til at den enkelte kan bo lengre i egen bolig. Kragerø har allerede et betydelig omfang av tilrettelagte omsorgsboliger for eldre og funksjonshemmede. Den demografiske utviklingen tilsier allikevel økende behov.

Å avdekke funksjonssvikt tidlig er også en viktig faktor. Det gjør at målrettede rehabiliterende og forebyggende tiltak kan settes inn før funksjonssvikten er så stor at et omfattende hjelpebehov ikke er til å unngå. For eldre kan det være en terskel å ta kontakt for å be om hjelp.

Konsekvensen er at de ikke blir ”oppdaget” før det er for sent. Tilbud til alle over en viss alder (f.eks 75 år) om hjemmebesøk fra kommunalt personell, hvor behov i tilknytning til fysisk tilrettelegging, sosiale forhold og fysisk aktivitet blir tatt opp, er et eksempel på hvordan denne problemstillingen er møtt i enkelte andre kommuner (f.eks Drammen)

Aktivitet blant eldre i dag	2008	2015	2025
Aktivitet - min 30 min pr dag. (6% av 65+)	108	??	??

(Omregnet til Kragerøforhold fra faktaark ”eldre og helse”)

Vi har ikke tilsvarende tall for aktivitet blant yngre funksjonshemmede.

Det ligger en betydelig forebyggingsmulighet i aktivisering. Det er godt dokumentert at selv bare litt fysisk aktivitet daglig er forebyggende for ulike helseproblemer. Bedre tilrettelegging av fysisk aktivitet for både eldre og yngre personer med ulike funksjonshemninger, vil være en realiserbar helseforebyggende mulighet i årene som kommer.

Eldresentre vil ha en sentral rolle i det forebyggende arbeidet og må ses på som en del av folkehelsearbeidet.

Eksemplene under viser noe av det som foregår i regi av eldresenter

- Ukentlig trimgrupper
- Dansegrupper.
- Daglig ulike kurstilbud som stimulerer til aktivitet.

Aktivitetene er åpne for alle. Et av suksesskriteriene for tiltakene er at det faktisk finnes en møteplass for forebyggende helsearbeid.

Kommunen har som mål å la brukere bo hjemme så lenge de ønsker det.

Imidlertid vet man blant annet at mange opplever ensomhet, med mental understimulering som resultat. Ofte er ansatte i hjemmetjenesten de eneste personer brukeren snakker med i løpet av en dag. Brukerne trenger sosial stimulering. Lokale dagsentre, turgrupper, bibliotekgrupper og lignende kan derfor være av stor betydning som innfallsvinkel for sosial kontakt.

Et annet tiltak er opphold på dagsenter. Dette stimulerer til sosial kontakt og aktivitet og kan bidra til å forbygge/utsette innleggelser på institusjon.

Vi vet at manglende transporttilbud kan være et hinder for å delta i aktiviteter. Uansett hva man måtte mene om den enkeltes mulighet og ansvar for å skaffe seg transport på egen hånd, vil tilrettelagt transport i forbindelse med aktivitetstilbudet øke muligheten for at flere tar del i aktiviteten.

Overordnet strategi for det forebyggende helsearbeidet må ivaretas gjennom folkehelsearbeidet i Enhet i helse- og rehabilitering.

Aktiviseringstilbudet for personer med funksjonssvikt må være godt koordinert, og det må være en kommunal instans, mest naturlig innen enhet for kultur, som har hovedansvaret for å organisere og tilrettelegge tilbud på dette området. Kommunen bør stimulere til tilrettelegging av de ordinære aktivitetstilbudene i regi av frivillige organisasjoner og foreninger, fremfor å utvikle egne særtilbud. Partnerskapsavtaler og forpliktende avtaler ved økonomisk tilskudd, kan være aktuelle virkemidler.

4.4.5 Boligsosiale forhold

I Kragerø har Boligsosial handlingsplan (2008) beskrevet behovet for å etablere et boligkontor med bl.a. tverrfaglig ansvar for å tilpasse private boliger som alternativ til omsorgsbolig eller institusjonsplass etter sykdom eller skade.

Kragerø har ca 15 år på seg til å forberede den store eldrebølgen. Boligmassen til fremtidens brukere vil ha direkte innvirkning på omfang av tjenestene som skal ytes. Kommunen tydeliggjorde allerede i 1995 gjennom vedtatte mål for utviklingen av omsorgstjenestene den enkeltes ansvar for egen bolig.

Riktig dimensjonering av ressurser på rehabilitering vil også virke inn på omfanget av tjenester. Kragerø kommune har en utfordring med å sette inn nok ressurser på riktig tidspunkt og på riktig sted. St. meld. 25 vektlegger betydningen av å rehabilitere brukerne i egne hjem.

Ansvarlige for formidling av hjelpemidler i Kragerø rapporterer om en kraftig økning i etterspørsel. Ikke minst skyldes dette raske utskrivelser fra sykehus. Med økt fokus på omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie og fortsatt strategi på kort liggetid på sykehus vil det bli krevende både å organisere og dimensjonere denne tjenesten.

Både fysio- og ergoterapeut tjenester er kraftig underdimensjonert i Kragerø.

St. meld nr. 25 understreker betydningen av at fremtidens brukere får informasjon om viktigheten av aktivitet som helseforebyggende tiltak.

4.5 Organisering av tjenesten

4.5.1 Samhandling med spesialisthelsetjenestene

Både sykehusene og kommunen har fått økte utfordringer de siste årene. Dette setter store krav til samarbeid. Brukerne skal oppleve et helhetlig tilbud og ikke ”falle mellom to stoler”.

I NOU 2005:3 ”Fra stykkevis til helt” påpekes det at en av utfordringene er; ” *at samhandling kan svikte for alle typer pasienter i alle overganger*”. Det gjelder særlig pasienter som har sammensatte lidelser og store behov for samhandling som for eksempel kreftpasienter, eldre

pasienter, kronisk syke, psykisk syke, rusmisbrukere og terminale pasienter (palliativ omsorg) Ved bedre samhandling mellom lege i sykehjem og sykehus kan innleggelses i sykehus sannsynligvis reduseres. Den omtalte Stortingsmelding nr. 47 – ”Samhandlingsmeldingen” konkretiserer dette nærmere. (se kap. 4.4.)

4.5.2 Halvannenlinje-institusjon

”Halvannenlinje-institusjon” er en måte å organisere et tjenestetilbud som har til hensikt å løse felles utfordringer for kommune og sykehus. Dette kan gjøres ved å bruke en gruppe / avdeling på et sykehjem. Denne avdelingen har kompetanse og utstyr til å ta imot pasienter som ikke lenger trenger å ligge på sykehus, men som i en periode har behov for medisinsk behandling på et noe høyere nivå enn andre sykehjemsavdelinger kan gi.

Det finnes flere ulike modeller i Norge allerede og det brukes forskjellige navn på disse enhetene. Trondheim har valgt å kalle det intermediære avdeling (Søbstad), mens Bergen kaller det behandlingsavdeling. Finansiering gjøres ved at man i fellesskap kommer frem til en fordelingsnøkkel for kostnadene. Bakgrunnen for å opprette disse har vært opphopning av utskrivningsklare pasienter på sykehusene. Disse pasientene blir ofte liggende som ”korridorpasienter”. Forhåpentligvis vil regjeringen komme tilbake til finansieringen av slike samhandlingsplasser når departementets arbeid med samhandlingsreformen er kommet lenger.

En studie hvor utskrivningsklare pasienter ble delt inn i to grupper, viser at sjansen for å kunne flytte hjem igjen etter tre måneder er betydelig større for pasienter som blir lagt inn på intermediær enhet sammenliknet med pasienter som blir liggende på sykehuset.

- 72 prosent av pasientene flyttet hjem etter oppholdet på Søbstad.
- Pasientene blir på alle måter forberedt på hjemreise mens de er inne på intermediær avdeling.
- Lettere å rekruttere personale.
- Pasientene som hadde vært på intermediær avdeling hadde mindre behov for tjenester fra kommunen enn kontrollgruppen.

Selv om ikke utskrivningsklare korridorpasienter er noe fremtredende problem i Kragerø, kan ovennevnte modell allikevel bli aktuell. Det har i samarbeidsmøter med Kragerø sykehus vært antydning at institusjonen på sikt kan få ledig sengekapasitet. Felles bruk av disse vil være å foretrekke fremfor alternativ bruk av våre egne sykehjemsplasser ved Marienlyst.

Halvannenlinje-institusjon vil også være en måte å utøve LEON- prinsippet på (laveste effektive omsorgsnivå.) Prinsippet innebærer at det tas hensyn til brukernes ønske om å kunne fungere lengst mulig i eget hjem og utnytte egne ressurser optimalt, dvs. et omsorgssystem som bygger opp under evnen til egenomsorg. Det vil gi en mer hensiktsmessig og kostnadseffektiv drift.

4.5.3 Sykehjemmenes rolle – korttidsplasser og langtidsplasser.

Høsten 1999 la en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet frem rapport om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Dette utvalget (Kvaase-utvalget) skisserte 3 ulike modeller for det fremtidige sykehjems rolle og funksjon, men anbefalte at sykehjemsplasser for langtidsopphold burde omdefineres til private boliger. Resterende sykehjemsplasser burde rendyrkes til medisinsk institusjon for korttidsopphold. Dette betyr et skille mellom korttidsplasser for medisinsk behandling på den ene siden og et mer tilrettelagt, varig botilbud for langtidsopphold.

Kragerø har ikke tilpasset sin omsorgstjeneste etter anbefalingene fra Kvaase- utvalget. Det har vært uaktuelt å avhjemle langtidsplassene på Marienlyst sykehjem. Samtidig har vi i perioder hatt problemer med å kunne tilby korttids- og rehabiliteringsplasser i tilstrekkelig omfang.

Marienlyst sykehjem slik den fremstår i dag består av hovedsakelig langtidsplasser for brukere med omfattende pleiebehov, langtidsplasser for demente, og noen få avlastnings- korttids- og rehabiliteringsplasser.

Med tanke på fremtidens utfordringer i forhold til personell, kompetanse og kvalitet kan det være grunnlag for å vurdere dagens organisering av sykehjemmet nærmere.

For langtidsbeboerne vil fokus på institusjonen som hjem være mye mer fremtredende enn for beboere på korttidsopphold. Personalet på langtidssykehjem vil kunne sette mye mer fokus på dette enn når de skal betjene både kort og langtidsbeboere. Ikke minst med tanke på sosiale aktiviteter. Sammenhengen mellom tilgang på personell og spisskompetanse er omtalt tidligere og er også relevant i denne sammenheng. De faglige utfordringene vil være forskjellige på henholdsvis kort og langtidssykehjem.

Enkelte av de kommunene i landet som har lavest antall institusjonsplasser (4 % - 7 %), bruker sine sykehjems plasser bare til korttids plasser. I disse kommunene er det ofte ledige institusjonsplasser til enhver tid, og det satses på oppbygging av medisinsk faglig spisskompetanse hos sykepleierne og andre som jobber ved korttidsavdelingene. Disse kommunene har heller ikke store vansker med å ta hjem utskrivingsklare pasienter fra sykehusene.

4.5.4 Omsorgsbolig med heldøgns omsorg og pleie

Kragerø kommune vedtok allerede i 1995 prinsippene om å satse på hjemmebaserte tjenester hvor bl.a. heldøgns bemannede omsorgsboliger skulle inngå som et viktig element i omsorgskjeden som alternativ til tradisjonelle alders- og sykehjemsløsninger. Boligene er ikke hjemlet i helse- og sosiallovverket og skal derfor ikke oppfattes som institusjoner. Man betaler husleie og er økonomisk ansvarlig for sitt livsopphold.

Men det er ikke likhet mellom et heldøgns tilbud i omsorgsbolig og sykehjem. Brukeren kan få samme type tjenester, men utøvelsene av disse, innholdet og formen preges av de fysiske rammebetingelsene.

Organisering av tjenestetilbudet i sykehjemmet tar utgangspunkt i tilgjengelig personalgruppe og den fysiske utformingen. Det er forholdsvis stort fokus på system.

I omsorgsbolig organiseres tjenesten i henhold til enkeltbrukerens vedtak. All bistand til bruker har boenhet som utgangspunkt. Dette gjelder praktiske forhold som måltid, innkjøp, klesvask, sosiale aktiviteter m.v., men også personlige/individuelle tjenester til pleie og stell i form av hjemmesykepleie.

Pleie- og omsorgsbehovene blant beboere i omsorgsboliger og bokollektiver i Kragerø har økt jevnt og trutt. I dag vil flertallet av beboere kunne karakteriseres som sykehjemspasienter etter gammel målestokk, men både grunnbemanningen og kompetansen i boligene ligger noe lavere enn i sykehjemmet.

Vårt inntrykk av situasjonen i Kragerø er at brukere i omsorgsbolig med vedtak om heldøgns tjenester opplever stor grad av trygghet og at de ikke ønsker å flytte til sykehjem. Dette kommer bl.a. til uttrykk gjennom større ventelister til omsorgsboliger enn til sykehjemsplasser.

4.5.5 Trygdebolig

Kragerø kommune/Boligstiftelsen disponerer i dag 46 trygdeboliger. Boligene var opprinnelig ment for eldre og trygdede med behov for enkle og rimelige boliger uten tjenester.

Standarden er varierende og få av boligene er tilpasset bevegelseshemmede. Gjennom Boligsosial handlingsplan har en antydning alternativ bruk av denne boligmassen til yngre brukergrupper med varierende funksjonshemminger.

5 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i omsorgen

Bruk av IKT i helse- og omsorgstjenesten er i en voldsom utvikling for tiden. Det gjelder alt fra elektroniske pasientjournaler til medisinske oppfølgingsverktøy. Nedenfor er det beskrevet noen muligheter og utfordringer i tilknytning til denne teknologiutviklingen.

5.1 Økende bruk av sosiale elektroniske medier (e-medier) og e-verktøy i hele befolkning.

Flere og flere personer tar i bruk elektroniske kommunikasjonsløsninger i daglig aktivitet. I løpet av noen få år vil kanskje mer enn 90% av befolkningen være databrukere. De tar i bruk IKT-løsninger til personlig kommunikasjon (f.eks facebook), kommunikasjon mot private og offentlige leverandører (som f.eks bestilling av reiser) og til innhenting av informasjon og kunnskap (f.eks informasjon om sykdommer)

Utfordringen blir på dette området å møte befolkningens ønsker og behov for e-kommunikasjon med kommunale enheter og tjenestepersonell.

Kommunens oppgave blir å være oppdatert på de muligheter som finnes eller kommer, planlegge hvilke løsninger man vil satse på ut fra befolkningens behov, og tilrettelegge for bruk når kommunikasjonsløsningene er gode nok. Dvs. at de er ferdig utviklet og utprøvd i reelle situasjoner. Hovedområdene for bruk av e-kommunikasjon innen helse- og omsorg blir:

- Kommunikasjon mellom brukere og kommunalt personell.
- Kommunikasjon brukere imellom med felles. funksjonshemninger eller felles sykdommer. Kommunens oppgave blir her å kunne veilede ulike målgrupper i hvordan de kan gå frem for å nå eller opprette slik kontakt.
- Bidra til lokale sosiale grupper på nett mellom ulike interessegrupper der hvor det er et behov, f.eks kontakt mellom ektefeller til hjemmeboende demente.
- Innhenting av helseinformasjon via internett fra ulike aktører. Kommunens rolle blir her å vite hvilke aktører som finnes på internett, hvem av disse som er ”seriøse”, og hvordan man kan nå disse aktørene.
- Innhenting av informasjon og kommunikasjon med interesseorganisasjoner for de enkelte sykdomsgrupper. Kommunens rolle blir å være oppdatert på hvilke muligheter som finnes for de enkelte sykdomsgrupper, og kunne hjelpe til med å opprette kontakt.

5.2 Medisinsk oppfølging og sikkerhetstiltak i hjemmet

Det blir flere eldre i høy alder. Moderne medisinsk behandling og oppfølging, kombinert med bruk av gode tekniske hjelpemidler, gjør at denne befolkningsgruppen både ønsker og kan bo i eget hjem over lang tid, selv med sykdom og funksjonssvikt.

Vi får også flere personer med ulike funksjonshemninger som vil bo i eget tilrettelagt hjem fra ung alder.

Et av deres behov vil være trygghetsskapende tilrettelegging. Dvs. at de kan bli oppdaget og/eller få kontakt med pårørende eller hjelpepersonell dersom de får akutt sykdomsforverring eller kommer i en situasjon som de på egen hånd ikke kan komme seg ut av, f.eks at man faller og ikke kan komme opp på egen hånd.

Videre vil det være et trygghetsbehov i tilknytning til risiko for at uvedkommende skal ta seg inn i deres bolig.

Det utvikles nå elektroniske overvåkningsløsninger som hjemmeboende kan benytte for å dekke et slikt trykksbehov.

Et annet behov som alle med kroniske sykdommer har er medisinsk oppfølging. I dag løses dette i all hovedsak ved at pasienten reiser til lege eller sykehus. Mange ganger er det lange reiser, men med korte konsultasjoner. For denne gruppen vil medisinsk oppfølging i hjemmet lette deres hverdag. Det er nå IKT-løsninger under utvikling og utprøving som muliggjør medisinsk oppfølging i hjemmet. Dette er både løsninger som den enkelte kan håndtere selv, eller løsninger som det trengs bistand til fra f.eks hjemmesykepleien for å håndtere. Målinger skjer i hjemmet, sendes elektronisk til fastlege eller sykehus og tolkes der for vurdering av tiltak.

Utfordringen blir å møte disse trykks- og medisinske overvåkningsbehovene på befolkningens premisser, og innenfor til en hver tid gjeldende lover. Med det menes at det vil være forskjell fra person til person hva man ønsker og vil akseptere av elektronisk basert overvåkning i sitt privatliv, samtidig som lovverket vil endres over tid med stadig større muligheter for bruk av elektroniske løsninger.

Kommunens oppgave blir å tilrettelegge for såkalte ”Smarthusløsninger” i sine botilbud. Dvs. at kommunen ved bygging/ombygging av f.eks omsorgsboliger, må legge opp til et elektronisk nettverk som beboerne kan koble seg til med ulike elektroniske løsninger dersom de ønsker det.

Videre må kommunens helse- og omsorgstjenesten sikre tilstrekkelig kompetanse til å ta i bruk elektroniske verktøy som skal benyttes i medisinsk oppfølging og trykkskapende overvåking. Kommunen må også være oppdatert på utviklingen av slike løsninger, og ha innføring av medisinskfaglige og trykkskapende elektroniske løsninger i sine økonomiplaner.

5.3 Økte forventninger og krav til innsamling av helse- og omsorgsdata.

Både på nasjonalt og lokalt plan er det økte forventninger og krav til datainnsamling. Dette gjelder både for å skaffe data til statistisk materiale som kan benyttes i styrings- og planleggingssammenheng, og dokumentasjon av utført arbeid og kommunikasjon helseaktører seg imellom og mellom helseaktører og pasient. Fremtiden er at det vil bli satt krav til bruk av elektroniske systemer for både datalagring og kommunikasjon av data, f.eks mellom helseaktører som sykehus og lege, og mellom helseaktører og offentlige myndigheter.

Kommunens utfordring på dette området blir å anskaffe, utnytte og vedlikeholde elektroniske fagsystemer som er hensiktsmessig for vår organisasjon. Det blir også viktig å sikre at de ulike systemene kan ” snakke ” sammen. Dvs. at data fra ett system kan gjenbrukes i et annet system.

Kommunens oppgave blir i denne sammenheng å etablere et faglig/teknisk miljø med tilstrekkelig kompetanse til å følge opp anskaffelser og bruk av slike systemer. Videre må det i økonomiplansammenheng settes av tilstrekkelig med midler til nyanskaffelser og drift av fremtidige fagsystemer.

5.4 Bruk av trådløs kommunikasjon i dokumentasjonsarbeidet

Det pågår på nasjonalt plan et arbeid med utvikling av trådløse håndholdte elektroniske telefoner/PCer (PDA) som man som behandler kan benytte til å koble seg opp mot f.eks en elektronisk pasientjournal. Dette er aktuelt å benytte i all kontakt med pasienter/klienter når kontakten skjer utenfor behandlerens behandlingsrom/kontorplass. Enkelte kommuner i Norge

har tatt dette i bruk, men foreløpig er disse løsningene ikke tilstrekkelig utviklet og utprøvd. Det er også utfordringer i tilknytning til sikkerhet ved bruk av disse.

Mest sannsynlig vil disse løsningene bli vanlige om noen få år. Bruken av slike håndholdte løsninger i dokumentasjonsarbeidet kan effektivisere tidsbruk på dokumentasjonsarbeidet, og gjør det enklere for en behandler å få tak i relevant oppdatert informasjon om pasienten når han/hun trenger det der hvor han/hun oppholder seg.

Kommunens utfordring blir å skape økonomisk rom for å ta i bruk og drifte slike løsninger når de er vel utprøvd og har vist seg å gi den effektiviseringsgevinsten man har forventninger om. Kommunens oppgave blir å følge med på utviklingen for disse løsningene, og starte planlegging av bruk av denne type løsninger på et riktig tidspunkt.

5.5 Økte krav til sikker informasjonsbehandling

I dag er lovverket omkring informasjonssikkerhet ikke i samsvar med den teknologiske utviklingen. Det pågår derfor et arbeid med lovendringer på dette området. For kommunens del er det 3 hovedområder som må vektlegges her: Tilknytning til Norsk Helsenett, Internkontroll for informasjonssikkerhet, og tilstrekkelig teknisk tilrettelegging for håndtering av sensitive opplysninger.

Kommunens utfordring er å ha kompetanse og personell som kan følge opp disse hovedområdene.

Kommunen må tilkobles Norsk Helsenett, da all kommunikasjon mellom helseaktører skal gå via dette lukkede nettet.

Kommunen må etablere et internkontrollsystem for håndtering av sensitive opplysninger etter sikkerhetsbestemmelsene i personopplysningsloven.

Kommunen må ha en tilgangsstyring for sine fagprogrammer og teknisk sikkerhet som tilfredsstillende lover og forskrifter.

Kommunen må ha systematisk sikkerhetsopplæring av alle brukere av datasystemer for håndtering av sensitive opplysninger.

6 Kvalitet og nivå på tjenestene - hva er godt nok?

6.1 Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten for eldre – rapport 2008

Undersøkelsen viser at kommunene ikke alltid klarer å sikre at alle tjenestemottakere gis et tjenestetilbud i tråd med sitt bistandsbehov. Flere eldre får avslag på institusjonsplass grunnet manglende tilgjengelighet, og institusjonsplasser benyttes til andre formål enn hva de er avsatt til. Antall institusjonsplasser har økt fra 2003 til 2007, likevel er dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år redusert med syv prosent i perioden.

Et godt utbygd dagtilbud bidrar til at eldre tjenestemottakere kan bo lenger i eget hjem, noe som reduserer presset på institusjonsplassene. Undersøkelsen viser at tilgang til dagtilbud er begrenset, og på landsbasis mottar kun én av ti hjemmetjenestemottakere dagtilbud.

Undersøkelsen viser mangler i samarbeidet og kommunikasjonen mellom fastlege, legevakslege, tilsynslege og sykehuslege, som alle er involvert i helsetilbudet til eldre. Dette fører i enkelte tilfeller til at aktørene har ulik medisinsk informasjon om tjenestemottakerne. På

tross av en økning i legeårsverk i institusjon, viser undersøkelsen at tilsynslegedekningen i sykehjem generelt er lav.

Internkontroll- og kvalitetssystemet er et viktig verktøy for å sikre at kommunene yter gode sosial- og helsetjenester. Alle kommunene har etablert et system, men ansatte har varierende kjennskap grunnet manglende opplæring. Undersøkelsen viser en klar underrapportering av avvik. Dette innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Få kommuner har oversikt over hvilken kompetanse de har behov for på sikt og hvordan kompetansen skal rekrutteres. Det er videre en utbredt bruk av deltidsstillinger, og nesten fire av ti sysselsatte har en avtalt arbeidstid på mellom 1 og 19 timer per uke. Undersøkelsen viser likevel at det har skjedd en økning i både bemanning og fagkompetanse mellom 2003 og 2007.

6.2 Kvalitetsforskrift for pleie og omsorg

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester trådte i kraft 1. juli 2003. Formålet med forskriften er at den skal bidra til å sikre personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Forskriften gir brukerne individuelle rettigheter og stiller krav til kommunen om internkontroll og kvalitetssikring av tjenestetilbudet.

I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet i sept. 2009 sendt ut på høring et forslag om ny forskrift med hjemmel i kommunehelselovens § 1-3 og Sosialtjenestelovens § 4-6 om en verdig eldreomsorg. Forslaget er også omtalt som en ”**Verdighetsgaranti**”. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud.

6.3 Hva er godt nok?

Ved å ta innover seg fremtidens utfordringer med knapphet på omsorgsytere blir det nødvendig å tydeliggjøre hva som er ”godt nok” når det gjelder nivå og omfang på fremtidens tjenester. Ikke minst vil dette være nyttig i forhold til forventningsavklaring for fremtidens brukere og deres pårørende.

Forskning viser at de sykeste på sykehjemmene er mest opptatt av å få dekket basale behov som god medisinsk oppfølging, god pleie, god mat og sosialt samvær. Disse funn samsvarer ikke alltid med forventningene utenfra.

Føringer fra politisk hold legger opp til stadige forbedringer som ofte etterfølges av behov for mer personell eller endret kompetanse. Det fremmes ikke forslag om hva som må reduseres på bekostning av det som skal styrkes. Forslagene bidrar til å skape økte forventninger i befolkningen, som ikke lar seg ikke kombinere med fremtidens utfordringer.

Helsetjenesten bygger i stor grad på hva som er helsefaglig forsvarlig ved utmåling av tjenestevolum. Dette gjør at det kan være vanskelig å sette konkret minstestandard. Tilsvarende problemstillinger gjelder også tjenester gjennom sosialtjenesteloven.

Litteratur og nettsteder

NOU 2005:3: *”Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste”*. (Wisløff-utvalget)

Nygård, Lars og Vist, Ottar: *Framtidens omsorgstjenester*. Kommuneforlaget 2006.
St.meld.nr.25: *Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2005 -2006)

www.helsedialog.no

St-meld. nr 47 – Samhandlingsreformen (2008 – 2009) juni 09