

**DELPLAN FOR
OMSORGSBOLIGER OG
ØVRIGE HJEMMEBASERTE
TJENESTER
- samt tjenestetildeling og
koordinering**

2019-2040

KRAGERØ KOMMUNE

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunnen for delplan omsorgsbolig og øvrige hjemmebaserte tjenester.....	3
1.2	Plangruppenes mandat og delplanens innhold.....	3
1.3	Noen aktuelle lover, forskrifter og Stortingsmeldinger m.m.....	4
2.0	Formkrav for klientrettet saksbehandling.....	4
2.1	Saksbehandlingsprosessen.....	5
2.2	Tjenestekontorets rolle og funksjon.....	6
3.0	Tildeling av tjenester og innhold i tjenestene	6
3.1	Lovpålagte tjenester.....	6
3.2	Betydningen av tverrfaglig samarbeid og kompetansebygging.....	8
3.3	Tjenestebeskrivelser.....	9
3.4	Kriterier for tildeling og lokal forskrift.....	10
3.5	Definisjon av Omsorgstrappen gjeldende for Kragerø kommune.....	10
4.0	Beskrivelse av dagens situasjon i Kragerø kommune.....	10
4.1	Brukernes forventninger til fremtidens tjenester.....	11
4.2	Kommunens forventninger til befolkningen.....	11
4.3	Hvordan skal vi «dreie» tjenestene våre for å møte fremtidens utfordringer?.....	12
4.4	Tilbakemelding fra brukerpanel.....	13
4.5	Velferds- og trygghetsteknologi.....	13
4.6	Ergoterapi, tilrettelegging av bolig, omgivelser og hjelpemidler.....	14
4.7	Dagtilbud og aktivisering.....	15
4.8	Demensomsorg.....	15
5.0	Hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger med heldøgns bemanning.....	16
5.1	Særskilt om omsorgsboliger for eldre.....	16
5.2	Heldøgns omsorgsboliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne.....	17
5.3	Omsorgsboliger for personer med psykisk helse/rus relaterte utfordringer.....	18
6.0	Strukturkostnader ved dagens organisering av omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester.....	19
6.1	Drift av omsorgsboliger og samarbeid med Kragerø kommunale boligstiftelse.....	19
7.0	Økonomiske og driftsmessige utfordringer frem mot 2040.....	19
7.1	Utvikling og utfordringer innen hjemmebaserte ambulerende tjenester.....	20
7.2	Døgnbemannede omsorgsboliger kontra boliger med ambulerende tjenester.....	20
7.3	Tiltak og anbefalinger for fremtiden.....	20
8.0	Investeringsbehov frem mot 2040.....	21
9.0	Vedlegg : Illustrasjon av Omsorgstrappen i Kragerø kommune.....	22

1.0 Innledning

I Omsorgsplan 2020 og Økonomiplan 2018-2021 er det beskrevet en del prioriteringer og satsninger for kommende år. Følgende forutsetninger fra sentrale myndigheter ligger til grunn:

Primærhelsemeldingen gir et budskap om at omsorgstjenestene skal være lett tilgjengelige, fleksible og omstillingsdyktige, med stor grad av brukerstyring, høy kompetanse og velferdsteknologiske løsninger som legger til rette for en egenmestringskultur. Hovedbildet er at kommunene får flere og mer kompliserte oppgaver, parallelt med at de økonomiske betingelsene fordrer stadig større krav om effektivisering og optimal ressursutnyttelse. Nasjonale myndigheter har de siste årene hatt et sterkt fokus på å vri helsetjenestene fra å spørre hva feiler det deg – til: hva er viktig for deg. Utvikling av en mer brukerrettet helse og omsorgstjeneste forutsetter likeverdighet i relasjonen, og utfordrer både dagens organisasjonskultur og vår kompetanse.

Reformen Leve hele livet legger opp til at eldre skal få brukt ressursene sine og få dekket sine behov i de ulike fasene av alderdommen. Det må derfor skapes et mer aldersvennlig samfunn der eldre kan leve gode liv og delta i fellesskapet. Overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene krever en faglig omstilling i våre tjenester, som innebærer at vi blant annet må fokusere på sterkere vektlegging av forebygging, tidlig innsats, egenmestring, rehabilitering og aktivisering. Dessuten vil nettverksarbeid, veiledning av pårørende og frivillige og ikke minst innføring av velferdsteknologi være viktige og nødvendige satsningsområder for å dreie tjenesten.

1.1 Bakgrunnen for delplan omsorgsboliger og øvrige hjemmebaserte tjenester samt tjenestetildeling og koordinering

Kragerø kommunestyre vedtok i desember 2017 at det skal utarbeides en strategiplan for helse- og omsorgstjenestene, hvor «Delplan omsorgsboliger og øvrige hjemmebaserte tjenester samt tjenestetildeling og koordinering» er en av 5 delplaner. På oppdrag fra Rådmannen utarbeidet RO høsten 2018 en drifts- og ressursanalyse for helse- og omsorgstjenesten, og denne rapporten pekte på en rekke utfordringer og muligheter for våre fremtidige tjenester. Dette vil bli belyst i de ulike delplanene, og skal til slutt samles i den endelige strategiplanen.

1.2 Plangruppenes mandat og delplanens innhold

Plangruppen for delplan omsorgsboliger og øvrige hjemmebaserte tjenester har bestått av:

Avdelingslederne Benedicte Baugstø, Janniche K. Steffensen, Linn Karstensen, Gry Anette Hafredal og Karianne Ruud, fysioterapeut Håvard Gjerløv Andersen og virksomhetsleder Sissel Mostad.

Plangruppen for Tjenestetildeling og koordinering har bestått av:

Avdelingslederne Kjersti Skarvang Eckholdt, Astrid W. Simonsen, Aslaug Skaalid, Heidi Lønne og Trude Annette Tovsen, saksbehandlere Heidi Eggum Allen og Marielle Andreassen, fysioterapeut Britt Kirsti Schulze, ergoterapeut Tine F. Hovden og virksomhetsleder Stella-R. Syvertsen.

Delplanens innhold:

- Prosedyre for søknadsprosessen – fra søknad til vedtak og tjenestetildeling
- Brukerfokus og -medvirkning i søknadsprosessen
- Tjenestebeskrivelser og definisjon av omsorgstrappen i Kragerø kommune
- Kriterier for tildeling av tjenester for å optimalisere tildeling av tjenester, slik at det oppnås rett dimensjonering på omsorgstrappens ulike nivå
- Dimensjonering av bemannede omsorgsboliger og hjemmetjenester. Vurdering av demografisk utvikling og samfunnsutvikling generelt. Hva slags tjenester vil våre innbyggere ønske seg i fremtiden, og hvordan kan vi planlegge tjenester og tjenestenivå.
- Vurdering av behovet for areal, herunder utnyttelse av eksisterende bygg, eventuelt behov for nybygg for primært å sikre kvalitet og kompetanse, økonomiske utfordringer fremover, og se på hvordan tjenestene vår kan nå flere og andre behov ut ifra reell ressurstilgang.
- Fremtidige helse- og omsorgstjenester til personer med demens. Beskrivelse av dagens og fremtiden utfordringer, og framskriving av utvikling og fremtidige behov.
- Velferds- og trygghetsteknologi: løsninger og muligheter for omsorgsboliger og øvrige hjemmebaserte tjenester.
- Organisering av hjemmetjenester og bemannede omsorgsboliger boliger framover, kan vi få til en større integrering?
- Kompetanse og bemanning: Muligheter ved bruk av kompetanse på tvers av avdelinger og virksomheter, og kompetanseoverføring mellom institusjon, heldøgns omsorgsboliger og hjemmesykepleien.
- Forslag til tiltak og eventuelle konsekvenser for drift, organisering og økonomi

1.3 Noen aktuelle lover, forskrifter og stortingsmeldinger m.m.

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov-2011-06-24-30)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Lov-1999-07-02-63)
- Helsepersonelloven (Lov-1999-07-02-64)
- Meld. St. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg»
- Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet»
- Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»
- Demensplan 2020
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (FOR-2003-06-27-792)
- Lokal forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnsomsorg, vedtatt Kragerø kommunestyre 15.06.2017.
- Strategi- og handlingsplan 2015-2020 for implementering og bruk av velferdsteknologi i Kragerø kommune
- Digitaliseringsstrategi for Kragerø kommune

2.0 Formkrav for all klientrettet saksbehandling

Grunnleggende i all saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene er forsvarlighetskravet.

Jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven §4.1 skal tjenester som tilbys eller ytes etter loven være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a) Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud

- b) Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c) Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenesten blir i stand til å utføre sin lovpålagte plikt
- d) Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

Tildeling av helse- og omsorgstjenester som forventes å vare lenger enn to uker skal skje i form av skriftlig vedtak som beskriver innholdet og omfanget av tjenesten. Klage på vedtaket kan sendes til kommunen, og dersom klage til kommunen ikke fører frem er Fylkesmannen klageinstans.

Når det gis tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen foreta en individuell vurdering i samråd med den som skal motta tjenester. Helse- og omsorgstjenester kan i utgangspunktet bare gis etter samtykke, og et samtykke skal alltid være informert. Dvs. at pasienten må være tilstrekkelig informert om situasjonen til å vite hva det samtykkes til og hvorfor, herunder konsekvensen av samtykket.

God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenester, og skal ivareta en rekke hensyn som er viktige for pasienter og brukere med behov for helse- og omsorgstjenester. Særlig viktig er at deres behov blir tilstrekkelig grundig utredet, at de gis mulighet for medvirkning, at rettssikkerheten for øvrig ivaretas og at saksbehandlingen ivaretar grunnleggende personvern hensyn.

2.1. Saksbehandlingsprosessen

Saksbehandlingsprosessen omfatter alt fra mottak av søknad til individuelle enkeltvedtak inkludert utmåling og tildeling av tjenester. En søknad om tjenester eller en melding om et hjelpebehov kan komme fra brukeren selv eller en annen enn den som har tjenestebehovet. Det må da avklares hvilken rolle den som fremsetter søknaden eller melder om hjelpebehovet skal ha i saken. Det må sikres at det foreligger tilstrekkelige opplysninger til at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte.

Hvis det skal innhentes informasjon om personlige forhold fra andre enn pasienten/brukeren selv, må han gi samtykke til at instansen fritas for taushetsplikten. For personer over 16 år som mangler samtykkekompetanse, kan nærmeste pårørende samtykke.

IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Opplysningene som er registrert i IPLOS er en del av pasientens journal, og er en viktig del av den relevante og nødvendige dokumentasjonen som må innhentes når et tjenestebehov utredes. IPLOS-score må alltid suppleres med ytterligere informasjon for å sikre tilstrekkelig utredning av søkerens bistandsbehov.

I RO-rapporten ble det beskrevet at tildeling av tjenester tidvis kunne oppfattes som noe tilfeldig, og derfor er det viktig at vi har gode rutiner for saksbehandling som sikrer at forvaltningslovens og helselovgivningens formkrav oppfylles. Korrekt saksbehandling etter reglene i offentlig forvaltning skal sikre at saken er tilstrekkelig belyst før vedtak fattes – og at tilrettelegging av tjenestetilbudet skjer i samarbeid med bruker og dennes pårørende.

Målet for saksbehandlingen og tildeling av tjenester er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Disse hensynene må balanseres mot hensynet til en effektiv forvaltning og riktig bruk av offentlige ressurser.

Forbudet mot usaklig forskjellsbehandling innebærer at like saker skal behandles likt, slik at det i størst mulig grad er forutsigbart for pasienter, brukere og saksbehandlere hvilke tjenester et behov vil utløse.

Det er utarbeidet et eget søknadsskjema som inviterer til brukermedvirkning, og med mulighet til innhenting av nødvendig relevant informasjon. Ytterligere brukermedvirkning åpnes det opp for i den videre saksbehandlingsprosessen ved kontakt direkte med bruker og eventuelt pårørende, eller via annet utøvende helsepersonell.

2.2 Tjenestekontorets rolle og funksjon

I Kragerø er det Tjenestekontoret som mottar og saksbehandler alle søknader om helse- og omsorgstjenester. Saksbehandlerne ved Tjenestekontoret har ansvaret for å tildele tjenester i samsvar med gjeldende lovverk og det til enhver tid gjeldende forsvarlighetskrav. I tillegg har kommunen interne prosedyrer, nasjonale faglige retningslinjer, beslutninger og anbefalinger fra Helsetilsynet og Fylkesmannen som legger klare føringer for tildelingspraksis.

Når det oppstår endringer i helsetilstand og bistandsbehov etter at tjenesten er iverksatt, er det helt avgjørende at det er etablert tett og godt samarbeid mellom Tjenestekontoret og avdelingene som den utøvende delene av tjenesten. Endringer i pasientens helsetilstand og bistandsbehov dokumenteres av de som utøver tjenesten, og denne dokumentasjonen er viktig for at Tjenestekontoret får et tilstrekkelig grunnlag for å fatte et nytt enkeltvedtak. Forvaltning av tjenestetilbudet må skje på en måte som sikrer at flest mulig tjenestemottakere får hjelp til rett tid, i rett omfang og på rett måte. Det er også vesentlig at forvaltningen bidrar til best mulig ressursutnyttelse. Det er derfor viktig at avdelingene og Tjenestekontorets saksbehandlere har en felles forståelse av de gjeldende kriterier for tildeling av tjenester, og at det er en gjensidig tillit og forståelse fagavdelingene imellom.

3.0. Tildeling av tjenester og innhold i tjenestetilbudet

Etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 har kommunen plikt til å sørge for nødvendige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, uten hensyn til alder eller diagnose. Kommunen har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte som har behov for helse- og omsorgstjenester.

Kommunen står langt på vei fritt når det gjelder på hvilken måte den skal oppfylle «sørge for»-ansvaret, så lenge de tjenestene som tildeles oppfyller pasientens/brukerens rett til nødvendige og forsvarlige tjenester. Et viktig prinsipp er at tjenestetilbudet skal tilpasses den enkeltes behov for tjenester etter en individuell vurdering. Det er brukeren som er ekspert på eget liv. Skal tjenestene bli bedre, må brukeren involveres og forventninger avklares. Det er vårt ansvar som helsepersonell å stille de riktige spørsmålene og ikke minst lytte til svarene.

3.1 Lovpålagte tjenester

Jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 har kommunen ansvar for følgende helse- og omsorgstjenester:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder
 - a) Helsetjeneste i skoler
 - b) Helsestasjonstjeneste

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder
 - a) Legevakt
 - b) Heldøgns medisinsk akuttberedskap
 - c) Medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d) Psykososial beredskap og oppfølging
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder
 - a) Helsetjenester i hjemmet
 - b) Personlig assistanse, herunder praktisk bistand, praktisk bistand og opplæring, og støttekontakt/fritidskontakt
 - c) Plass i institusjon, herunder sykehjem
 - d) Avlastningstiltak

De kommunale helse- og omsorgstjenester som blir belyst i denne delplanen, består i hovedsak av ulike former for hjemmetjenester, som helsehjelp i hjemmet/ hjemmesykepleie, praktisk bistand, praktisk bistand opplæring/miljøtjenester, kort- og langtidsopphold i sykehjem, tilbud om avlastningstiltak, fritidskontakt og omsorgsstønad. Som en del av ordningen med praktisk bistand skal alle kommuner også ha tilbud om brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Individuell plan: Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Koordinator: For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinerende enhet: Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Det er en helse- og sosialfaglig vurdering av den enkelte pasients eller brukers behov som vil være avgjørende for hva kommunen er forpliktet til å yte i den enkelte sak. Når pasientens eller brukerens hjelpebehov er tilstrekkelig klarlagt, må kommunen ta stilling til om vedkommende har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Hvis svaret er ja, må kommune deretter ta stilling til hvordan behovet for bistand skal oppfylles.

Målsettingen er at pasienten/brukeren skal ha medvirkning i alle beslutninger om egen behandling og oppfølging. Forskjellige former for standardisering av tjenestetildeling og –utmåling kan dermed lett

komme i konflikt med retten til en individuell vurdering og individuelt tilpassede tjenester, og med den enkeltes rett til å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet.

«Leve hele livet» er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud for eldre og deres pårørende. Målet er å gi økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, at brukerne skal få færre hjelpere å forholde seg til og oppleve større grad av kontinuitet i tjenestetilbudet. Fokuset skal rettes mot hva som er viktig for den enkelte, og at de eldre skal føle seg verdsatt og sett og ikke minst bli involvert i beslutninger som angår dem selv. Ved å spørre: «Hva er viktig for deg?» flyttes oppmerksomheten fra sykdom til helse, og fra diagnose til hele mennesket.

Dette er en viktig retningsendring i helse- og omsorgstjenestene basert på en helsefremmende tilnærming og en styrket pasientrolle. Støtte til å mestre hverdagen for på denne måten kunne leve hjemme så lenge som mulig, på tross av funksjonssvikt og sykdom. Samtidig må de ha trygghet for at de vil få hjelp når de trenger det. Målet er fornøye brukere som gjennom forebygging, rehabilitering, bruk av velferds- og trygghetsteknologi og sosiale nettverk klarer seg selv i stedet for å bli passive mottakere av bistand og pleie.

Utvikling av medisinsk behandling og medisinsk teknologi har gjort flere behandlingsteknikker tilgjengelige for eldre. Målsettingen må de kommende årene være å tilby helhetlige helse- og omsorgstjenester som gir nødvendig opplæring for egenmestring og annen hjelp og behandling avhengig av funksjonsnivå.

Proaktive tjenester innebærer at tjenestene aktivt oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten og tilbyr oppfølging. Det vil si at det settes inn forebyggende tjenester på et tidlig tidspunkt, i stedet for å vente på at svikten har oppstått. Forebyggende helsesamtaler eventuelt i kombinasjon med hjemmebesøk er et godt tiltak i så måte.

Felles for mange utfordringer er at potensialet for forebygging er stort. Fysisk aktivitet forebygger og utsetter funksjonsnedsettelse, og reduserer fallrisiko hos eldre uavhengig av alder, livsstil, helsestatus og funksjonsbegrensninger. Det er dokumentert at fysisk trening, god ernæringsstatus og sosialt fellesskap har effekt på overlevelse hos eldre, uavhengig av diagnose. Verktøy som kan identifisere de som har høy risiko for å utvikle sykdom med påfølgende økt hjelpebehov, vil bli viktig for å legge til rette for en systematisk kartlegging som kan målrette den forebyggende innsatsen.

Målsettingen er at våre forebyggende tjenester skal være dynamiske, tilgjengelig og ha høy kvalitet, noe som innebærer at vi må tenke forebygging i alt vi gjør.

3.2 Betydningen av tverrfaglig samarbeid og kompetansebygging

Nye faglige utfordringer forutsetter at vårt personell har bred kompetanse, og at vi har et godt tverrfaglig samarbeid. Kompetansebygging gjennom tverrfaglig undervisningsopplegg fører til at systematisk observasjon og kartlegging bedre integreres i tjenesten. Økt kartleggingskompetanse og muligheter for å gjøre vitale undersøkelser i pasientens hjem, gir både hjemmetjeneste og behandlende lege et bedre beslutningsgrunnlag for å bestemme om en pasient skal legges inn på sykehus eller om han kan motta medisinsk oppfølging i hjemmet.

Å fange opp tegn på utvikling av sykdom, funksjonstap eller problemer, er en forutsetning for å komme tidlig i gang med tiltak hos pasienter både i og utenfor institusjon. Helse- og omsorgstjenesten bør derfor utvikle og bruke ansattes kompetanse i systematisk observasjon, kartlegging og oppfølging. Ved hjelp av et digitalt skjema for å kartlegge behov for velferdsteknologiske tjenester gjøres en kartlegging

som kan gi mulighet for mer direkte tilpasning av tjenestene til den enkelte brukers ressurser, behov og utfordringer, i stedet for at bruker selv skal søke på en type tjeneste basert på kommunens liste over tilbud.

Avdekking av endring i pasientens helsetilstand og funksjon er viktig, og kan sikres gjennom:

- 1) Et system for måling gjennom observasjons- og kartleggingsverktøy
- 2) Rutiner for dokumentasjon og overvåkning av symptom- og sykdomsutvikling
- 3) Løpende oversikt over avdelingens/virksomhetens samlede kompetanse og behovet for faglig oppdatering
- 4) Tilbud om regelmessig faglig oppdatering og kollegaveiledning

For eksempel kan sykepleiere med videreutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie fylle nye roller i kommunale helse- og omsorgstjenester, og vil kunne bidra til tettere oppfølging av eldre innbyggere med sammensatte behov. Styrking av helse- og omsorgspersonellens kompetanse gjennom tverrfaglig samarbeid bidrar i stor grad til et mer helhetlig pasientforløp og oppfølging.

3.3 Tjenestebeskrivelser

I målsettinger og nasjonale føringer legges det til grunn at tjenestene skal ytes på en slik måte at brukerne opplever mestring og egenomsorg så lenge som mulig. Disse målsettingene er ytterligere forsterket gjennom nye rundskriv og stortingsmeldinger.

I 2017 ble det lokalt i kommunen utarbeidet nye Tjenestebeskrivelser og forslag til kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Etter planen skulle dette dokumentet opp til politisk behandling høsten 2017, men saksbehandlingsprosessen ble av ulike årsaker ikke fullført. Dette følges opp i denne delplanen, hvor det blant annet tas sikte på å:

- Presisere hvilke oppgaver lovgiver har bedt kommunene utføre på feltet
- Presisere hvilke vilkår som lovgiver har satt for å ha rett til tjenester
- Å vise gjeldende retningslinjer for kommunen i tjenestetildelingsprosessen
- Legge grunnlaget for en forutsigbar saksbehandlingsprosess som skal sikre tildeling av riktige tjenester til rett tid
- Bidra til en forventningsavklaring for brukere og pårørende
- Bidra til at tjenestetildelingen er i tråd med politiske føringer

Tjenestebeskrivelsene skal gi både tjenestemottaker og tjenesteutøver god informasjon om hva som kan forventes av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre skal kriterier for tildeling av tjenester legges til grunn gjennom skjønnsmessig og individuell vurdering som kommunens helse- og omsorgspersonell foretar når utmåling av tjenester for den enkelte bruker skal defineres.

Det er viktig med informasjon ut til brukere/pårørende. Vi tenker oss at målsettingen for og informasjon om tjenestene våre skal ligge synlig på kommunens hjemmeside, og at kriterier for tildeling av de ulike tjenestene tydelig beskrives. Dette vil bidra til en forventningsavklaring, og en klargjøring av hva vi forventer at den enkelte bruker/pårørende selv må ta ansvar for og hva de kan forvente av de kommunale tjenestene.

3.4 Kriterier for tildeling og lokal forskrift

Som følge av lovendringene vedtok Kragerø kommunestyre i 2017 en lokal forskrift med kriterier for tildeling av plass på venteliste for sykehjemsopphold/omsorgsbolig, og hvordan disse brukerne skal følges opp i ventetiden. Om man oppfyller kriteriene for sykehjemsplass eller heldøgns omsorgsbolig, er en skjønnsmessig vurdering som krever høy helse- og omsorgsfaglig kompetanse. Behandlende leges vurdering skal inngå i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen av søknad om slik plass.

Veiledende tildelingskriterier skal bidra til at saksbehandlere og de som gir tjenestene har lik oppfattelse av tjenestenivået og dermed utøver tilnærmet lik praksis. Dette sikrer en rettferdig fordeling av knappe goder og like tjenester i vår kommune. Samtidig skal alle innbyggere sikres rett til en individuell vurdering gjennom at saksbehandler utøver sitt faglige skjønn. En klar definisjon av hvilke tjenester de ulike trinnene i tjenestetrappen skal «inneholde» vil være et viktig bidrag til informasjon ut til kommunens innbyggere, og vil samtidig bidra til forventningsavklaring.

3.5 Definisjon av omsorgstrappen gjeldende for Kragerø kommune

Kragerø kommune har som mål å yte tjenester som tilrettelegger for å bo i eget hjem lengst mulig. Tjenestene har som formål å bidra til at personer med ulike omsorgsbehov skal kunne leve og bo selvstendig og ha et meningsfylt liv i fellesskap med andre.

Tjenestetrappen beskriver oppbyggingen av tjenestene fra laveste til høyeste tjenestenivå. Vi skal ha fokus på å involvere brukerne og legge opp til medvirkning fra den det gjelder. Kragerø kommune skal satse på lavterskeltilbud som er forebyggende og hindrer at problemer oppstår eller vedvarer, og har en helsefremmende effekt for den enkelte.

For å motta tjenester på et høyere nivå må hjelpen anses som nødvendig, og det må ligge innenfor kommunens muligheter for å yte tjenesten. Helse og Omsorg vil vurdere brukerens behov for tjenester i henhold til prinsippet om beste effektive omsorgsnivå, faglig forsvarlighet og de til enhver tid gjeldende lover og forskrifter.

Med utgangspunkt i prinsipper om laveste effektive omsorgsnivå, størst mulig egenmestring og brukermedvirkning, kan hovedtrekkene ved hvordan våre tjenester er organisert illustreres i modellen som finnes som vedlegg til delplanen (s. 22)

4.0 Beskrivelse av dagens situasjon i Kragerø kommune

Kragerø kommune har en generelt eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Andelen 67 år og eldre utgjorde i 2015 18,6 % av befolkningen, mot 16,5 % for Telemark og 13,7 % i Norge. Jfr. tall fra SSB vil aldersgruppen 80-89 år doubles og andelen personer over 90 år tredobles i perioden 2018 til 2040. Dette er de aldersgruppene som tradisjonelt har behov for flest helse- og omsorgstjenester, og spesielt er det mottakere av omsorgstjenester over 90 år som har klart størst bistandsbehov. Økningen i disse gruppene er et tydelig signal om at det må settes inn målrettede tiltak for å møte den fremtidige utfordringen som den demografiske endringen vil gi oss.

Utvikling i antall personer over 80 år fra 2018-2040;

	2018	2023	2025	2028	2030	2035	2040
80-89 år	469	538	605	776	871	989	975
90 år og eldre	107	105	110	129	139	183	293
Totalt	576	643	715	905	1010	1172	1268

I tråd med nasjonale føringer er det også i Kragerø kommune et mål at eldre skal kunne bo i eget hjem livet ut eller lengst mulig. Det innebærer at det må satses ytterligere på tjenesteutvikling, forbyggende tjenester, velferds- og trygghetsteknologi, tilrettelegging av eget hjem og økt satsing på hverdagsrehabilitering/-mestring.

Kommunen skal sørge for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (jfr. målsettingen for BEON-prinsippet). Viktige rammer og føringer er gitt gjennom en rekke stortingsmeldinger og handlingsplaner.

4.1 Brukernes forventninger til fremtidens tjenester

Målet med fremtidens helsetjeneste er å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid. Helsehjelp er ett av hovedområdene i reformen fordi eldre oftere rammes av somatisk og psykisk sykdom, og fordi mange eldre har flere sykdommer samtidig og trenger hjelp med sammensatte og komplekse behov. Sentralt i pasientens helsetjeneste er at alle skal få hjelp til å mestre livet i tråd med egne mål og ønsker. Mestring av dagliglivets aktiviteter er en viktig forutsetning for å bli gammel i eget hjem. Kommunen har tradisjonelt løst hjelpebehov ved å sette inn tiltak som kompenserer for tapt funksjon – noe som sjelden bidrar til å fremme selvstendighet og mestring. Derfor er det avgjørende at kommunen tar i bruk verktøy som kan identifisere dem med høy risiko for å utvikle sykdom og økt hjelpebehov, noe som er viktig for å legge til rette for systematisk kartlegging for å kunne målrette den forebyggende innsatsen.

For fremtidens eldre vil bruk av velferds- og trygghetsteknologi være en naturlig del av hverdagen, og terskelen for å ta i bruk teknologi på nye områder vil for mange ikke lenger være uoverstigelig.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett for pasienter og brukere til å medvirke ved utformingen av sitt eget tjenestetilbud, og sier at kommunen skal legge stor vekt pasienten/brukerens mening ved utformingen av tjenestetilbudet som det skal fattes enkeltvedtak om.

4.2 Kommunens forventninger til befolkningen

Utgangspunktet er at tjenester skal tildeles ut fra brukernes behov, uten hensyn til deres økonomi. Likevel må det forventes at mange i årene fremover har så god økonomi at de kan velge å legge til

rette for en god alderdom selv, både gjennom å skaffe seg en egnet bolig, ved selv å kjøpe praktiske tjenester de har behov for og gjennom det nettverket frivillig sektor representerer.

Kommunen som tjenesteyter må kommunisere tydelig at vi har forventinger til at den enkelte aktivt tar del i sin egen hverdag og sin livssituasjon.

Utviklingen med flere eldre og flere med kronisk sykdom gjør at flere vil trenge helse- og omsorgstjenester, samtidig blir det færre arbeidsføre til å yte hjelpen. Hvis vi ikke gjør endringer i dag, så må hver tredje ungdom velge helse- og omsorgsutdanning for å dekke behovet om noen tiår. I dag gjelder dette hver sjette som skal velge yrke.

Kommunens helse- og omsorgstjenester må organiseres slik at kvaliteten for brukerne kan opprettholdes og bedres innen enkelte områder, til tross for at antall eldre øker og økonomien blir strammere. Dette kan bl.a. skje gjennom økt bevissthet rundt tilrettelegging av egen eksisterende bolig og bygging av universelt utformede boliger, og økt bruk av teknologi. Hvor stor effekt som kan forventes av slike tiltak må vurderes i de enkelte års handlingsprogram, basert på hvilke konkrete tiltak og prosjekter som blir realisert. Tilsvarende må det ved behandling av handlingsprogram vurderes konkret hvilke effektiviseringstiltak tjenestene er i stand til å gjennomføre.

Kommunen må spille en aktiv rolle som tilrettelegger for at innbyggerne selv kan ta ansvar for egen livssituasjon, f.eks. ved å gi bedre informasjon om tjenester og muligheter, legge til rette for egenomsorg, egnede boligprosjekter, samarbeide med frivillige, brukere, private aktører osv.

4.3 Hvordan skal vi «dreie» tjenestene våre for å møte fremtidens utfordringer?

Leve hele livet er en annerledes reform der det skal tas i bruk nye virkemidler for å sikre spredning og implementering av nye gode løsninger i helse- og omsorgstjenestene. En avgjørende suksessfaktor er forankring av reformen gjennom lokalpolitisk behandling av de forslag til løsninger som presenteres i Leve hele livet og et aldersvennlig Norge. Reformen innebærer omfattende endringsprosesser hvor institusjoner og organisasjoner må ta sikte på å utløse lokalt ansvar og engasjement i kommunen og i lokalsamfunnet, ikke minst blant den voksende andel eldre i befolkningen. Dette vil kreve tydelige veivalg og prioriteringer og gode prosessuelle virkemidler om vi skal lykkes med å skape et mer aldersvennlig Norge og videreutvikle kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

Fremtiden i helse- og omsorgstjenestene er at befolkningen vil bo lenger hjemme. Man antar at de langt fleste sannsynligvis vil ønske å bo hjemme så lenge det er medisinsk og sykepleiefaglig forsvarlig. Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til tallmessige framskrivninger, og det foreligger lite forskning på trendene i behovet for omsorgstjenester. I tillegg er det viktig å understreke at framskrivningene ikke har tatt hensyn til virkningene av de strategier og tiltak regjeringen har utformet for å forebygge eller redusere veksten av omsorgsbehovet i fremtiden.

For å løse fremtidens utfordringer foreslås fem løsninger, er målet er å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid:

- 1) Hverdagsmestring
- 2) Proaktive tjenester
- 3) Målrettet bruk av fysisk trening
- 4) Miljøbehandling
- 5) Systematisk kartlegging og oppfølging

4.4 Tilbakemeldinger fra brukerpanel

Føringene fra myndighetene er at det skal legges til rette for at alle skal bo lengst mulig i eget hjem. For å få en pekepinn om hvordan dette stemmer overens med de brukernes egne ønsker og behov, har vi gjennomført en enkel brukerundersøkelse blant et utvalg eldre som deltar på aktivitetstilbudet «Livsgleden». 12 brukere i aldersgruppen 70 til 96 år ble spurt om hva de selv ønsker, og hva som er viktig for å kunne oppnå dette. Tilbakemeldingene fra gruppen var svært entydige - og samtlige ønsker å bo lengst mulig i eget hjem. Hva de oppfatter som viktig for at det skal være mulig, kan kort oppsummeres slik:

1. Boligens praktiske utforming og utvendig adkomst
2. Hjelp og tips fra ergoterapeut og fysioterapeut og tilpasning av hjelpemidler. For eksempel er trygghetsalarm viktig, og den bør ha rekkevidde også utenfor boligen
3. Det er viktig å ha mulighet til å komme seg ut og delta i sosiale sammenhenger
4. Organiserte transportmuligheter fra bolig til butikker og sentrum, med taxi eller annen felles kollektiv transport. Muligheter for støtteordninger som TT-kort eller annet for lavinntektsgrupper.
5. Mulighet til å delta på arrangerte fellesturer i nærområdet eller butikker og kjøpesenter
6. Universell utforming og tilgjengelighet i sentrum må bli bedre
7. Hjemmetjenesten må ha tilstrekkelig kapasitet og mer spesialisert fagkompetanse som er tilpasset fremtidige helseutfordringer og behandlingsmuligheter
8. Muligheter for hjelp til mindre tilpasninger av bolig, mindre praktiske dagligdagse gjøremål, snørydding fra frivillighetssentral, kommunal tjeneste eller andre frivillige organisasjoner

4.5 Velferds- og trygghetsteknologi

Velferdsteknologi har potensiale til å forbedre livskvalitet for brukere og effektivisere pleie- og omsorgstjenesten. Kragerø kommunestyre vedtok i 2015 «Strategi- og handlingsplan 2015-2020 for implementering og bruk av velferdsteknologi i Kragerø kommune». Denne planen må revideres i takt med utviklingen, og integreres nå i større grad i kommunens overordnede digitaliseringsstrategi. Velferdsteknologi er et område hvor IKT-løsninger kan bidra til en sikrere og bedre hverdag for både helsepersonell og brukere av helse- og omsorgstjenester. Elektronisk samhandling er avgjørende for gode helhetlige pasientforløp, og velferdsteknologi er brukerrettet teknologi som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet og selvhjelpenhet.

Det er mulig å tenke innovativt rundt hva teknologi kan gjøre for det sosiale for eldre som bor i eget hjem. Ny teknologi og sosiale medier muliggjør mye mer kontakt med for eksempel familie som bor langt unna. Videosamtaler gir nye muligheter for kontakt og småprat mellom bestemor og barnebarn eller venner. Selv om teknologi kan legge til rette for mer menneskelig kontakt, kan den ikke erstatte det. Derfor må man også se på tiltak som bidrar til at helse- og omsorgspersonellet kan prioritere tid til de pasientene som trenger det mest.

Fremtidens eldre vil i mye større grad enn i dag være vant til å både forholde seg til og benytte seg av elektroniske og teknologiske løsninger. Velferds- og trygghetsteknologi dekker alt fra enkle produkter som brukeren selv kan anskaffe, via smarthusteknologi til avanserte tekniske hjelpemidler som kommuniserer med omverdenen.

Erfaringer fra andre kommuner viser at de viktigste gevinstene ved innføring av ulike former for velferdsteknologiske løsninger er utsatt behov for tjenester og redusert antall besøk fra hjemmebaserte tjenester, samt utsatt behov for institusjonsplass. I tillegg vektlegges blant annet økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende. I gevinstrealiseringsrapporten fra Helsedirektoratet poengteres det at gevinstene vil være avhengig av hvordan den enkelte kommune har organisert sin tjeneste, og det er avhengig av ressurser og demografi.

For å lykkes med innføringen av velferdsteknologi, må kommunen lykkes i å endre måten tjenestene leveres på. Velferdsteknologi må sees i sammenheng med forebyggende tjenester som dag- og aktivitetstilbud, helsestasjon for voksne og andre brukerrettede tiltak som hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering de brukerne det er relevant for.

En målsetting for Kragerø kommune bør være at velferdsteknologiske løsninger ikke bare innføres som et lavterskeltilbud for å utsette tildeling av mer tradisjonelle tjenester, men også innføres på alle tjenesteområder innen helse- og omsorg. Dette vil være en viktig forutsetning for å kunne redusere bemanningsbehovet i fremtiden.

Eksempler på bruk av velferds- og trygghetsteknologi kan være:

- Trygghetsalarmer
- Digitalt tilsyn: forstyrrer ikke tjenestemottakeren på natten, men kan samtidig ivareta brukerens behov for trygghet og sikkerhet.
- Komfyrvakt som skrur av ovnen hvis den blir for varm
- Spesialtilpassede nettbrett og tavleteknologi for sosial kontakt, huskelister etc.
- Røykvarslere automatisk tilknyttet brannvesenet
- GPS-sporing
- Automatisk medisindispenser: En automatisk medisindispenser kan for mange pasienter bidra til riktig medisineringsstidspunkt. Dette gir trygghet for både bruker og kommunen, bidrar til bedre kvalitet på medisineringsen og gir dermed også potensielt bedre helse for bruker. I tillegg opplever en del brukere økt selvstendighet, mestring og frihet gjennom at de klarer gjennomføre medisineringsen selv og ikke lenger trenger besøk fra hjemmetjenesten til dette formålet.
- Ulike former for sensorteknologi som knyttes til trygghetsalarm kan være: fallsensor, bevegelsessensor, kroppssensor for måling av vitale parametere
- Telemedisinsk avstandsoppfølging for personer med kronisk sykdom (KOLS, diabetes, hjertesvikt m.m.)

4.6 Ergoterapi, tilrettelegging av bolig, omgivelser og hjelpemidler

Tjenester særlig knyttet til ergoterapeuters kompetanseområde, innebærer søknad og tilpassing av personlige hjelpemidler til eksempelvis forflytning, kognitive hjelpemidler, syn- og hørselshjelpemidler m.m. I tillegg kommer større tilpassinger av eksisterende bolig og tomt, planlegging av nybygg tilpasset funksjonsnedsettelse, samfunnsplanlegging og universell utforming. Herunder ligger også innføring av ny velferdsteknologi. Pr i dag har Kragerø for lav dekning av ergoterapiressurser. Arbeidsgruppen mener det er et potensiale for å effektivisere prosessen med kartlegging og tilrettelegging av boliger i forbindelse med funksjonsfall, samt i overgangen mellom sykehus, institusjon og til hjemmet. Vi mener det i større grad må satses på oppjustering av ergoterapiressurser, samt effektivisering og utvidelse av

kommunens korttidslager av hjelpemidler for å unngå at manglende eller forsinket utlevering av hjelpemidler er til hinder for at brukere kan returnere til hjemmet etter en sykehusinnleggelse.

Serviceteknikerfunksjonen er helt essensiell i overganger for pasientene, for å sikre mulig utskrivelse fra både sykehus og sykehjem, samt sikre at pasienter kan bo i egen bolig ved funksjonsnedsettelse. Dette handler om rask tilpasning med kommunale korttidshjelpemidler, eksempelvis sykeseng, rullator, rullestol, enkel boligtilpasning med håndtak, rekkverk, terskeleliminatorer m.m.

Det vil i nærmeste fremtid komme krav fra hjelpemiddelsentralen om at kommunene skal ta større ansvar for hjelpemiddelformidling til langtids lån, bestille hjelpemidler i større kvanta og gjøre større deler av kartleggings- og formidlingsarbeidet selv. Det innebærer at kommunene må planlegge areal og organisering for å kunne ta imot større mengder hjelpemidler. Vi ser et behov for at deler av serviceteknikerstillingen knyttet til korttidslageret bør være øremerket utvikling av effektiv drift av lageret og «turn over» av korttidshjelpemidler. I takt med utrulling av velferdsteknologi, økende press på utskrivelse fra sykehus og korttidsplasser, samt økt fokus på at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig er et argument for at denne stillingsressursen må økes.

4.7 Dagtilbud og aktivisering

Dagsenter og aktivitetstilbud, fritidskontakt og tilbud via Frisklivsentralen og andre tiltak i regi av blant annet virksomhet for kultur og ikke minst innsatsen fra frivillige, bidrar til sosialt fellesskap og positive aktiviteter. Arbeidet med miljørettet helsevern skal forebygge helsebelastninger for den enkelte og samfunnet som helhet. Det må fokuseres på forebygging, behandle tidligere og samhandle bedre for å bidra til økt velferd for innbyggerne og dermed oppnå redusert forbruk av spesialisthelsetjenester.

Ved å aktivere samfunnets og innbyggernes frivillige ressurser til å ivareta hverandre og seg selv på en bedre måte, vil det bidra til et lokalsamfunn som fremmer identitet og tilhørighet. Dette vil bidra til å skape et mer attraktivt og trygt samfunn, der vi får større grad av sosial støtte og bærekraft i nærmiljøet for våre innbyggere – gamle som unge.

Det anbefales fra arbeidsgruppen at man ser på muligheter for et sentrumsnært Aktivitetssenter hvor man kan møtes på tvers av generasjoner og uavhengig av helseutfordringer. Etablering av et slikt aktivitetssenter vil fremme trivsel og forebygge ensomhet, og føre til at man i mindre grad har behov for andre tjenester fra kommunen. Ensomhet fører til redusert livskvalitet som gir økt risiko for utvikling av sykdom og helseplager.

4.8 Demensomsorg

Pr i dag finnes det ingen gyldige estimer for forekomsten av demens i Norge, og dette vanskeliggjør både planlegging av riktig omfang på dagens tjenestetilbud for personer med demens, og det å skulle estimere behovet for tjenester i fremtiden. Man regner med at ca. 80 % av alle sykehjemsbeboere har en eller annen form for demensdiagnose eller annen kognitiv svikt, og ettersom forekomsten av demens øker med alderen vil det av demografiske årsaker bli en fordobling av personer med demens frem mot år 2040. Bare i hjemmetjenesten er det ved årsskiftet 2018/2019 registrert nye 45 personer med svikt i hukommelse eller en demensdiagnose.

For å kunne møte behovene som disse pasientene og deres pårørende vil ha, må det tas høyde for at dette er en ny generasjon med andre behov og en annen livsstil enn den gruppen eldre med demens som vi kjenner i dag. Brukermedvirkning står sentralt for å kunne imøtekomme og tilrettelegge ut i fra

individuelle behov, og både pasienter og pårørende skal på tidligst mulig tidspunkt tas med på råd og få mulighet til å delta i den videre planleggingen.

Jfr. «Leve hele livet» (meld.st.15) og Demensplan 2020 vil det sannsynligvis bli færre eldre som trenger omsorgsbolig/bokollektiv i årene fremover. Det forventes at eldre vil ønske å hjemme til de er helsemessig så redusert at de har behov for direkte plass på sykehjem. For å kunne imøtekomme dette og utsette behov for bemannet bolig eller plass i sykehjem, er følgende tiltak viktig:

- 1) Tidlig diagnostisering og oppfølging av demenskoordinator eller demenskontakt
- 2) Ta i bruk velferds- og trygghetsteknologi med hjelpemidler og varslingsutstyr som brukeren kan gjøre seg kjent med og ha nytte av før demensutviklingen har kommet for langt
- 3) Avlastning for pårørende tilpasset behovet til den enkelte, slik at pårørendebelastningen ikke blir for stor
- 4) Dagtilbud tilpasset ulike aldersgrupper er et viktig bidrag både for å opprettholde kognitiv og fysisk funksjon lengst mulig, og vil også for noen pårørende representere nødvendig og kjærkommen avlastning i hverdagen.

5.0 Innledning hjemmetjenester og bemannede omsorgsboliger

Hjemmetjenester gis i hovedsak i form av helsehjelp i hjemmet, praktisk bistand og/eller praktisk bistand opplæring, brukerstyrt personlig assistanse.

Helsehjelp i hjemmet tildeles for å hjelpe dem som av fysiske og/eller psykiske årsaker ikke selv klarer å ivareta egen livssituasjon eller helse på en forsvarlig måte. Dette kan betinge hjelp til: personlig stell og hygiene, hjelp til opprettholde ernærings- og væskebalanse, nødvendig aktivitet, søvn og hvile, respirasjon, sirkulasjon og varmeregulering.

Eksempel på helsetjenester i hjemmet kan være:

- Hjemmesykepleie, blant annet hjelp med medisiner/ medikamenthåndtering, sykepleiefaglig hjelp, for eksempel sårstell og helsefaglige observasjoner
- Fysioterapi
- Ergoterapi, blant annet tilrettelegging i hjemmet
- Psykisk helsehjelp, f.eks. samtaler til støtte og mestring
- Habiliterings- og rehabiliteringsforløp, der ulike tjenester inngår
- Det er ikke et krav at tjenesten tilbys innendørs. Hvis det er hensiktsmessig, kan tjenestene også gis utenfor hjemmet. For eksempel kan tjenester som inngår i et rehabiliteringsforløp gjennomføres helt eller delvis utendørs med utgangspunkt i hjemmet.

5.1 Særskilt om omsorgsboliger for eldre

Ved søknad om heldøgns omsorgsbolig benyttes ordinært søknadsskjema, og søknaden behandles av Tjenestekontoret. Tjenestene som ytes til den enkelte defineres som hjemmebasert omsorg, og gis ut ifra individuelle enkeltvedtak etter innflytting. Når utmåling av tjenester skal vurderes, ligger grunntanken om at et hvert individ bør gjøre det en klarer selv for å opprettholde størst mulig grad av mestring i hverdagen.

Et av kriteriene for tildeling av bolig med heldøgns omsorg er at maksimum innsats i form av helsehjelp i hjemmet og praktisk bistand skal være utprøvd. Annet kriterium er at brukeren av helsemessige årsaker har behov for raskere respons enn det som kan forventes fra hjemmesykepleien når forverring av tilstand eller annet øyeblikkelig bistandsbehov oppstår.

Bistandsbehovet til de som bor i omsorgsboligene har endret seg mye siden boligene ble bygget, og mange av brukerne har omfattende behov for pleie og omsorg hele døgnet på linje med de som tildeles plass i institusjon. Det som er avgjørende for valg av bolig med heldøgns omsorg kontra sykehjem, er behovet for tett medisinskfaglig og sykepleiefaglig oppfølging.

Kommunen har i dag 155 plasser i heldøgns omsorgsbolig, og omsorgsboligene ligger geografisk spredt over hele kommunen. Bygningsmassen er generelt gammel, og utforming og utstyr som følger leilighetene, er av samme type som når boligene ble bygget. Omsorgsboligene er ikke i tilstrekkelig grad tilpasset dagens krav om universell utforming, og det er ikke plass til oppbevaring av hjelpemidler. Svært mange av leilighetene er trange, og utstrakt bruk av tekniske hjelpemidler blir vanskelig.

Med utgangspunkt i beskrivelsen av dagens situasjon, anbefaler arbeidsgruppen at det foretas en vurdering av en samlokalisering av ordinære omsorgsboliger. Dette kan gjøres ved å bygge nytt med mange boenheter på samme geografiske område, eller at det løses ved å tilpasse en eksisterende bygning. Det vil bety et større fagmiljø for de ansatte, og mer tilgjengelig kompetanse. Dagens organisering fremmer ikke samarbeid på tvers av avdelingene da de ligger langt fra hverandre geografisk, og mange små avdelinger fører til at det brukes mye tid på administrasjon. Dette er tidsbruk som i stedet kunne vært benyttet til fagutvikling og kvalitetsutvikling av tjenestene.

I større enheter kan man hjelpe hverandre, noe som vil gi større faglig trygghet. Det ville være mulig å bruke personalets kompetanse på en mer fleksibel og økonomisk måte. Det ville innebære større sikkerhet i forhold til evakuering ved brann på natt, eller om det skulle oppstå andre kritiske situasjoner. En ulempe ved samlokalisering av flere boliger, kan bli at brukerne får flere ansatte å forholde seg til. Dette kan likevel bedres ved smart organisering av arbeidet.

Arbeidsgruppen mener det bør foretas en vurdering av dagens drift av noen av de ordinære omsorgsboligene, om de eventuelt skal endres fra døgnbemannede boliger til boliger med lavere grunnbemanning supplert med ambulerende tjenester som hjemmesykepleie.

5.2 Heldøgns omsorgsboliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Kommunen har fem omsorgsboliger til denne gruppen, og antall leiligheter varierer fra to til åtte. Kragerø kommune yter i dag tjenester til 40 mennesker med psykisk utviklingshemming/personer med funksjonsnedsettelser, og av disse bor 28 personer i en omsorgsbolig med tilknyttet heldøgns bemanning. I tillegg er det seks mennesker med diagnosen utviklingshemming bor i ordinære omsorgsboliger. Det er stor spredning i alder, funksjonsnivå og omsorgsbehov hos de som bor i boligene i dag.

De fleste funksjonshemmede bor hele sitt voksne liv i samme omsorgsbolig. Levealderen stiger og vi har de siste årene sett at disse beboerne også får somatiske helseutfordringer, og de får behov for helsehjelp i hjemmet i tillegg til praktisk bistand opplæring / miljøtjenester.

Prognosene viser at andelen mennesker med lett utviklingshemming øker, samtidig som det blir færre med mer alvorlig grad av funksjonshemming. Ut fra denne prognosen kan det se ut til at behovet for

heldøgns omsorgsboliger for denne gruppen vi bli redusert. Ved å tildele tjenester som bo-veiledning og miljøtjenester i kombinasjon med bruk av velferds- og trygghetsteknologi er det sannsynlig at yngre personer med funksjonshemninger vil få større grad av selvstendighet og frihet og større mulighet for å mestre det å bo i egen bolig.

Alle mennesker, uavhengig av funksjonsevne, skal ha like muligheter og rettigheter. Dette gjelder alle som møter på barrierer på grunn av sykdom, skade eller lyte, eller på grunn av pårørendes sykdom, skade eller lyte. Trenden i samfunnet synes å være at stadig flere personer med funksjonsnedsettelse selv ønsker å velge hvor de skal bo, og vil ha muligheten selv til å velge hvordan tjenestetilbudet skal tilrettelegges. Dette innebærer at kommunen må være åpen for å tenke nytt når det gjelder fremtidige boligløsninger for denne gruppen.

I dag ligger disse omsorgsboligene i nærheten av hverandre. Det bør foretas en vurdering av behovet for slike boliger i årene fremover, om eksisterende boliger skal opprettholdes og oppgraderes, eller om det bør vurderes å bygge nytt – også med tanke på samlokalisering for å oppnå mer synergieffekter. Dagens organisering av tjenestene er ikke optimal, og det er et potensiale for å benytte fagkunnskap og kompetanse på tvers i større grad. Det er stor variasjon i andelen ansatte med høgskoleutdanning i omsorgsboligene, og det er behov for å tilrettelegge for arenaer for kunnskaps- og erfaringsoverføring. Kompetanseheving og fagutvikling er nødvendige fokusområder.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det gjøres en vurdering av dagens organisering av tjenestene til funksjonshemmede.

5.3 Omsorgsboliger for personer med psykisk helse/rus relaterte utfordringer

Stortingsmelding nr 25 «Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene» tok sikte på å gi grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Norge har et godt utbygd tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, men det er imidlertid flere forbedringspunkter knyttet til oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og koordinering av tjenester. Dette er bakgrunnen for at de første pakkeforløpene for psykisk helse og rus ble lansert i 2018. Pakkeforløp skal bidra til å løse noen av dagens utfordringer, blant annet når det gjelder variasjon i ventetider, utredning og behandling.

Kragerø kommune har to omsorgsboliger som yter tjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk, til sammen ni leiligheter og en akutt døgnplass. Boligene ligger geografisk spredt, og det er en utfordring å kunne benytte personalet på tvers mht sikkerheten til ansatte og ved akutte hendelser. Leilighetene er relativt store men de har manglende fellesareal, og har ellers en bygningsmessig utforming som ikke gir optimal oversikt og mulighet for å hjelpe den enkelte med å ha kontroll på besøkende.

Vårt personell har behov for kompetanseheving ift forebygging, behandling og oppfølging av psykoser og psykiske lidelser, og mer kompetanse på rusfeltet. Økt kompetanse i form av TERMA-kurs og gode rutiner for trening på håndtering av slike situasjoner er viktig for både å forebygge og håndtere situasjoner med vold og trusler. Dessuten er det avgjørende for å sikre våre ansatte et forsvarlig arbeidsmiljø og redusere uønskede belastninger og unngå at ansatte blir utsatt for skader.

De særskilte utfordringene innenfor psykisk helse og rusfeltet som Kragerø står overfor vil bli beskrevet ytterligere i delplan 5 som vil foreligge til politisk behandling våren 2020.

6.0 Strukturkostnader ved dagens organisering av omsorgsboliger og øvrige hjemmetjenester

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Den inneholder en rekke tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i sykehjem og hjemmetjenester og for å utvikle nye og mer bærekraftige løsninger. Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til tallmessige framskrivninger, og det foreligger lite forskning på trendene i behovet for omsorgstjenester. Det er viktig å understreke at framskrivningene ikke har tatt hensyn til virkningene av de strategier og tiltak regjeringen har utformet for å forebygge eller redusere veksten av omsorgsbehovet i fremtiden.

KOSTRA-tall viser at Kragerø kommune bruker mer penger på helse og omsorgstjenester enn andre sammenliknbare kommuner. En klart medvirkende årsak til dette er at det på tidlig 90-tall ble tatt en politisk beslutning om å satse på hjemmebaserte tjenester fremfor institusjonsplasser, med bygging av døgnbemannede omsorgsboliger med relativt stor spredning geografisk. 154 leiligheter fordelt på 12 boligkomplekser hvor alle i hovedsak har egen døgnbemanning er en kostbar driftsform, og geografisk avstand vanskeliggjør en fleksibel bruk av personell.

6.1 Drift av dagens omsorgsboliger og samarbeidet med Kragerø kommunale Boligstiftelse

Omsorgsboligene eies av Kragerø kommunal boligstiftelse, og det inngås individuelle leiekontrakter med alle som tildeles slik bolig. Kragerø kommunale boligstiftelse ble i sin tid etablert for å eie/bygge rimelige og praktiske boliger til utleie for eldre og /eller andre vanskeligstilte på boligmarkedet. Mandatet til boligstiftelsen ble utvidet tidlig på 90-tallet, i forbindelse med ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede, og senere ved bygging av omsorgsboliger for eldre. Samarbeidet mellom Boligstiftelsen og kommunen er i seinere tid utvidet for å inkludere nye brukergrupper som rus/psykiatri og flyktninger (jfr. Boligsosial handlingsplan 2017).

Mange kommuner har lagt bygging og forvaltning av omsorgsboliger i en boligstiftelse slik som Kragerø kommune. Noen kommuner har utelukkende omsorgsboliger eiet av stiftelse, mens andre har en kombinasjon av kommunalt eide og stiftelseseide boliger. Av våre nabokommuner har blant annet Bamble, Drangedal og Porsgrunn boligstiftelse. Det er avholdt et informasjonsmøte med representanter for Boligstiftelsen i forbindelse med planarbeidet. Her ble det gitt informasjon om utviklingstrekk innen omsorgsfeltet, med signaler om mulige behov for samlokalisering av boligmassen i større enheter og modernisering av andre deler av boligmassen.

Det vil være naturlig at kommunen gjør en vurdering om modernisering og nybygg skal utføres i regi av Boligstiftelsen eller om Kragerø kommune skal utføre dette arbeidet i egen regi. En vil komme tilbake til dette spørsmålet ved realisering av aktuelle tiltak.

7.0 Økonomiske og driftsmessige utfordringer frem mot 2040

Utviklingen i omsorgstjenestene må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger med heldøgns bemanning, tilpassede boliger uten døgnbemanning og tjenester som gis i pasientenes eget hjem.

Sett i lys av den demografiske utviklingen, må det planlegges for flere parallelle tiltaksløp. Rekkefølgen for gjennomføring av ulike tiltak har en viss grad av betydning, da noen tiltak avhenger av andre. Kostnadskrevende tiltak må innarbeides i økonomiplanen, og behovet for omsorgsboliger for eldre

kontra sykehjemsplasser må ses i sammenheng med kommunens helhetlige og langsiktige samfunnsplanlegging på tvers av fagområder. Det må satses på forebygging, helsefremming og rehabilitering for å utsette økt behov for tjenester, samtidig som innbyggere med tjenestebehov må få dekket disse. Organisering av tjenestene er også viktig for å utnytte kompetanse og ressurser mest mulig effektivt.

7.1 Utvikling og utfordringer innen hjemmebaserte ambulerende tjenester

Sett ut ifra dagens antall eldre i aldersgruppen 80+, er det ca 1/4 som har helsetjenester i form av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand som hjemmehjelp. Innen 2040 vil antall eldre bare i denne aldersgruppen med behov for helsehjelp ut i fra samme beregningsmodell være mer enn doblet.

Selv om vi lykkes å dreie tjenesten med økt satsning på forebygging og hverdagsmestring, vil behovet for økt bemanning i hjemmesykepleien alene være åpenbart. Økende faglige utfordringer og stadig mer kompliserte medisinske og sykepleiefaglige problemstillinger stiller store krav til fremtidig kapasitet og ikke minst kompetanse og faglig spesialisering.

Med samme andel hjemmetjenestemottakere 80 år+ som i dag vil antallet stige fra dagens 224 til 493 i 2040. Hvis vi regner samme brutto driftsutgifter som i dag vil disse øke med kr 79 mill. Da er investeringer og prisvekst holdt utenfor (jfr. RO-rapporten 2018).

7.2 Døgnbemannede omsorgsboliger kontra boliger som serves av ambulerende tjenester

Dersom dagens organisering og drift av heldøgns omsorgsboliger videreføres uten endringer, vil det jfr. RO-rapporten være behov for 88 nye plasser innen 2040.

Arbeidsgruppen mener imidlertid at en samlokalisering av omsorgsboliger samlet sett vil redusere behovet for fast tilknyttet personell. Det er naturlig å anta at innføring av velferds- og trygghetsteknologi på samme måte vil redusere behovet for bemannet bolig, og i kombinasjon med en mer fleksibel ambulant tjeneste vil vi oppnå en mer effektiv ressursutnyttelse.

Ved omlegging av driften av en eller flere omsorgsboliger med døgnbemanning, vil man kunne frigjøre personellressurser til utvidelse av en ambulant tjeneste. Eksempelvis har en omsorgsbolig med én fast nattevakt alene ca 1,9 årsverk, uavhengig av om boligen har eller 2 eller 15 leiligheter.

7.3 Tiltak og anbefalinger for fremtiden

- Samlokalisering av ordinære omsorgsboliger, oppgradering/endring av den eksisterende boligmassen for tilpasning til mer bruk av tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi
- Vurdere omlegging av driften av døgnbemannede omsorgsboligene kan gjøres kontra ordinære omsorgsboliger uten tilknyttet døgnbemanning
- Opprette samlokalisert bokollektiv for demente Furubo/Helle
- Endring i organiseringen av dagens omsorgsboliger for funksjonshemmede
- Økt satsning på ambulerende hjemmebaserte tjenester med fokus på hverdagsrehabilitering, forebyggende tjenester og hverdagsmestring
- Etablering av vikarpool / ressursbaser på tvers av virksomheter og avdelinger
- Økt satsing på ergoterapitjenester, korttidslager og servicetekniker for tilpasning av boliger
- Måltrettet kompetanseheving og fagutvikling

- Økt satsning på aktivitets- og dagtilbud, med et sentrumsnært samlingssted som kan gi tilbud til mennesker uavhengig av alder og diagnose
- Kommunalt ansatt driftstekniker som kan «bestilles» til enkle tilpassinger av private boliger.

8.0 Investeringsbehov frem mot 2040

Ved en dreining av tjenesten med økt satsning på forebyggende innsats rehabilitering, og innføring av velferdsteknologi, forventes det at den generelle helsetilstanden til befolkningen bedres og at behov for tjenester vil reduseres. Om en lykkes med en slik dreining av tjenestetilbudet, vil det være mulig å redusere behovet for tradisjonelle omsorgstjenester. Erfaringene de nærmeste 4-5 årene vil kunne gi sikrere grunnlag for å kunne anslå fremtidig dimensjonering av tjenestene.

Husbanken gir tilskudd til kommuner for bygging av omsorgsboliger. Dette tilskuddet beløper seg til maksimalt 1 492 000 kr per boenhet, som tilsvarer 45% av beregnet anleggsbidrag på kr 3 316 500 (2019-tall). En forutsetning for å få tilskudd er at omsorgsboligene er tilrettelagt for tilkobling av elektroniske hjelpemidler og velferdsteknologi. Husbanken gir også tilskudd til rehabilitering/utskifting av eksisterende boliger.

Som beskrevet annet sted i planen er det et relativt stort behov for modernisering og nybygging (til erstatning for eksisterende boliger) kommende år.

Tiltak - investering	Iverksetting	Kostnad	Omtalt i kapittel
Utredning og vurdering av behov for utbygging og modernisering trinn 1 (Samlokalisering av boliger)	2021	Minimumstall	Kap. 5 og 6
Rehabilitering og modernisering av 15 leiligheter	2022 oppstart	Investering: kr 27 mill	Kap. 5 og 6
Utbygging trinn 1: Samlokalisering ved nybygg av 45 leiligheter	2025	Investering: kr 82 mill	Kap.5 og 6
Utredning og vurdering av behov for utbygging trinn 2	2035		
Utbygging trinn 2: Eventuelt bygging av netto nye leiligheter	2040	Investering: Må vurderes	Kap.5 og 6

Tiltak - drift			
Styrking av bemanning i ambulerende hjemmetjenester trinn 1 (hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie) 25 år	I perioden 2021-2025	Kr 19 mill	Kap.3, 4 og 7
Tjenestekontor, velferdsteknologi og servicetekniker og ambulerende vaktmester: 6 år	2022-2026	Kr 4 mil	Kap. 4
Styrking av bemanning i ambulerende hjemmetjenester trinn 2 (hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie) 20 år	2026-2035	Kr 9 mill	Kap. 3, 4 og 7

9.0 VEDLEGG : Beskrivelse av omsorgstrappen i Kragerø kommune



Forklarin
g til
mod
elle
n:

Tjenester som krever enkeltvedtak fra Tjenestekontoret
Tjenester som krever enkeltvedtak fra Tjenestekontoret eller andre
Tjenester som krever vurdering av kommunal instans, men i utgangspunktet ikke enkeltvedtak fra Tjenestekontoret
Tilbud som den enkelte kan melde seg på – annonseres på ulik måte. Tilbudene skal være kjent blant kommunens ansatte slik at det kan gis informasjon når det er aktuelt