

ASK ØY

KOMMUNE



Morgendagens Omsorg i Askøy

**TEMAPLAN 2015 -2018
FAGAVDELING HELSE- OG OMSORG**

INNHOOLD

Sammendrag	2
Innledning	3
Formålet med planen	3
Definisjon og avgrensninger	4
Planprosess, organisering av planarbeidet	6
Føringer for planarbeidet	6
Statlige føringer	6
Regionale føringer	7
Kommunale føringer	7
Status	8
Tall og statistikk	8
Beskrivelse av tjenestene	11
Forvaltningsavdelingen	11
Helse og omsorg	13
Utfordringer	19
Tjenesteproduksjon og forventet etterspørsel	20
Bemanning	21
Hjemmesykepleie	21
Skjermede plasser - demente	22
Samlet behov for arbeidskraft	23
Aldersavgang	24
Rekrutteringsbehov	25
Tilgang på helsekompetanse	26
Strategier og målsettinger	27
Forebygging, tidlig innsats og rehabilitering	28
Fysio- og ergoterapitjenestene	28
Hverdagsrehabilitering	30
Rehabilitering i sykehjem	30
Dagsenter og møteplasser for eldre	30
Frisklivssentralen	31
Frivillighet	31
Hjemmebaserte tjenester og heldøgns helse- og omsorgstjenester	32
Tjenester til hjemmeboende	32
Omsorgsbolig	34
Trygghetsavdelingen	34
Bruk av velferdsteknologi i hjemmet og omsorgsbolig	35
Sykehjem	35
Rekruttering og kompetanse	36
Oppsummering av mål og tiltak	38

SAMMENDRAG

Temaplan - Morgendagens omsorg i Askøy kommune - har som formål å beskrive hvilke utfordringer vi har og hvordan vi vil møte de.

Kommunene har fått ansvar for nye tjenester som en følge av endret arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg står vi foran store demografiske endringer. For Askøy vil dette gi et økt press på våre omsorgstjenester.

Stortingsmelding 29 – Morgendagens omsorg utforsker muligheter og leter etter nye måter å ta for seg omsorgstjenestene på. Fremfor å heve terskelen for å få hjelp må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering.

Vi har fire store utfordringer som vi allerede nå må planlegge for:

1. Demografiske endringer
2. Endret arbeidsdeling – nye tjenester
3. Underskudd av kompetanse/arbeidskraft
4. Hvordan utvikle økonomisk bærekraftige tjenester

Strategier for å møte framtiden:

- Dreie tjenestene fra behandling til forebygging. Ha større fokus på egenmestring, tidlig intervensjon og forebygging for å dempe behovet for helse- og omsorgstjenester.
- Skille mellom omsorgs- og behandlingsoppgaver i hjemmetjenestene.
- Tilby langvarig heldøgns omsorg i omsorgsboliger fremfor sykehjem
- Etablere omsorgsbolig-pluss boliger for brukere som trenger høyere bemanningsfaktor.
- Samle hjemmesykepleien i færre og større baser for å øke effektivitet og fleksibilitet.
- Tettere samarbeid med frivillige og etablere en frivillighetskoordinator.
- Legge til rette for at folk kan bo lengst mulig i eget hjem.
- Videreføre prinsippet om beste effektive omsorgsnivå som grunnlag for å videreutvikle våre tjenester.
- Økt bruk av teknologi

INNLEDNING

Nasjonalt er omsorgssektoren inne i store endringer. Hvordan vi skal klare å utforme bærekraftige tjenester, blir en stor utfordring for Askøy kommune i de neste ti-årene.

Dagens folkehelseutfordringer knyttet til livsstilssykdommer, økende andel eldre, flere som lever med kroniske lidelser og utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, gjør at helse- og omsorgstjenesten får utfordringer som krever økt kompetanse og økte ressurser.

For Askøy kommune har det helsefremmende og forebyggende arbeidet en målsetting om å gjøre folk i stand til å ta ansvar for egen helse og trivsel gjennom å kunne ta riktige og gode helsevalg i hverdagen. Dette er viktig for å redusere etterspørselen av omsorgstjenestene.

Askøy kommune tildeler tjenester i en bestiller - utfører modell. Dette medfører at forvaltningsavdelingen tildeler de tjenestene som innbyggerne får og fagavdelingen gir tjenestene. I arbeidet med temaplanen har forvaltningsavdelingen deltatt i hele prosessen.

Planen skal bidra til å realisere kommunens visjon:

«Tett på utviklingen – tett på menneskene»

FORMÅLET MED PLANEN

Denne planen skal være et verktøy for å justere og korrigere tjenestetilbudet etter brukernes behov slik at vi kan tilby gode, faglig forsvarlige og trygge tjenester.

Ulike fagmiljø og statlige aktører beskriver en framtid der det blir nødvendig å se tjenestene i sammenheng og over et lengre tidsrom. De valg vi gjør i denne planperioden bør støtte opp under den langsiktige utviklingen.

Kommunene har fått ansvar for nye tjenester som en følge av endret arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen var starten på denne prosessen. De endringene i sykdomsbildene vi ser komme (primært livsstilssykdommer) vil forsterke forskyvningen av oppgavene. I tillegg står vi foran store demografiske endringer.

For kommunen vil dette gi et økt press på våre omsorgstjenester til den eldre delen av befolkningen. Det er også en trend at de yngre aldersgruppene etterspør flere tjenester. Askøy har samtidig en vekst i innbyggertallet. Dette forsterker etterspørselen etter omsorgstjenester. For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommuneorganisasjonen må det ses med nye øyne hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med å skape den.

Temaplan - Morgendagens omsorg i Askøy - har som formål å beskrive hvilke utfordringer vi har og hvordan vi vil møte de. Planen vil foreslå strategiske valg og vil gi konkrete utviklingsplaner og tiltak for fagavdeling Helse og omsorg.

Det er mange som har forventninger, meninger og gode intensjoner knyttet til de omsorgstjenestene vi skal levere. Denne planen vil innfri noen forventninger, men vi

kan ikke gjøre alt i en plan. Noen tema må gjennom politiske og faglige prosesser før de framkommer i en temaplan.

Faglig grunnlag

Det faglige grunnlaget for planen er hentet fra flere offentlige kilder som NOUer og stortingsmeldinger. Vi har valgt å legge størst vekt på den foreløpig siste i rekken av utredninger og rapporter; Stortingsmelding 29; Morgendagens omsorg.

(Morgendagens omsorg - Meld.St.29 2012-13)

Analysene i denne gjelder i stor grad for vår kommune også, så vi har valgt å la vår tilnærming til hvordan vi skal løse de framtidige omsorgsoppgavene langt på vei følge anbefalinger i denne meldingen.

Morgendagens omsorg – gir et grunnlag for hvordan helse- og omsorgstjenestene bør endres for å gi brukerne nye muligheter til å klare seg bedre selv i hverdagen til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse.

Meldingen trekker fram fem satsningsområder. Tre av disse vil ha stor betydning for Askøy kommunes tilnærming til omsorgsutfordringene:

1. Morgendagens omsorgsfellesskap. Et fellesskap mellom kommunen, pårørende og lokalsamfunn/ frivillige og andre aktører for å ivareta omsorgsbehov.
2. Morgendagens omsorgstjeneste. Faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid.
3. Morgendagens omsorgsomgivelser. Utvikling av velferdsteknologi, bygging av framtidens sykehjem og omsorgsboliger.

I tillegg kommer *innovasjon i omsorg og morgendagens omsorgstjenestebrukere*.

Innovasjon i omsorg handler om å kunne møte fremtidens utfordringer i helsesektoren med en helt ny måte å jobbe på, i tillegg til at vi viderefører nødvendige tjenester.

Morgendagens omsorgstjenestebrukere er de nye generasjoner eldre som vil leve lenger og møte alderdommen med bedre økonomi, høyere utdanning, bedre helse og helt andre materielle forhold enn generasjonen før dem.

DEFINISJON OG AVGRENSNINGER

Under følger definisjoner på begreper vi bruker i planen:

Helse defineres som ”å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (Hjort 1982). Man kan ha en sykdom i medisinsk forstand, men allikevel oppfatte egen helse som god.

Levekår. I den nordiske levekårsforskningen defineres dette som tilgang til ulike ressurser. Ressurser kan være individuelle, slik som utdanning, inntekt, formue og helse, eller kollektive, slik som miljø. Ressursene kan videre være medfødte eller ervervede. (NOU 2009:10, Fordelingsutvalget)

Folkehelse. Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen

Folkehelsearbeid defineres som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeid er også å arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

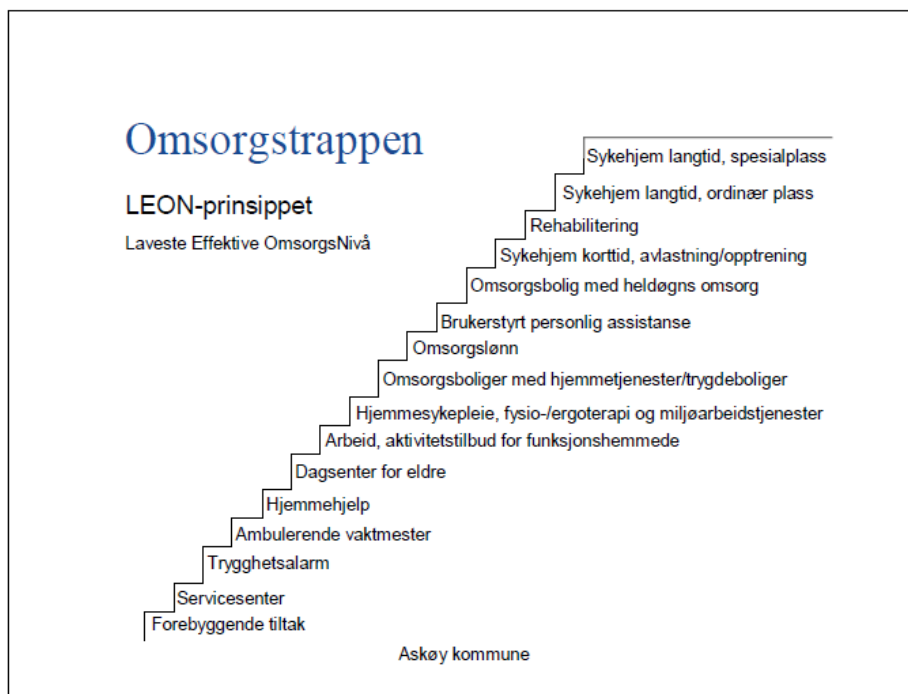
Helsefremmende arbeid defineres som «den prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse»¹. Helsefremmende arbeid dreier seg primært om å styrke folks helse, bidra til at helsen blir en positiv ressurs for mestring i hverdagslivet og dermed bedre motstandskraften mot negative faktorer.

Omsorg. Omsorgsbegrepet har klare forbindelser til lov om helsetjenester i kommunen og brukes ofte i avdelinger som omfatter hjemmesykepleie, sykehjem og hjemmehjelp. Men omsorgsbegrepet trenger ikke være knyttet til praktiske aktiviteter eller omsorgsarbeid. I følge senter for omsorgsforskning er omsorgsarbeidet også uformell, ubetalt omsorg innen familien, mellom venner, naboer og arbeidskollegaer.

BEON/ LEON-prinsippet

Et tildelingsprinsipp som går ut på at det skal tildeles tjenester på det beste effektive/ laveste omsorgsnivå. Tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene er omfattende og kompleks og det er betydelige variasjoner i brukerbehov. Individuelle behov for pleie- og omsorg skal til enhver tid avgjøre tjenestetilbudet til den enkelte bruker.

Omsorgstrappen viser hvordan tjenester ligger i forhold til hverandre i ressursbruk.



¹ WHO i Ottawa-charteret (1986)

Augrensninger i forhold til andre planer

Det vil bli utarbeidet egne temaplan for fagavdeling Individ og levekår, temaplan for rus og psykiatri, og plan for boligsosialt arbeid. Selv om det blir utarbeidet egne temaplaner for ulike brukergrupper vil temaplanen Morgendagens omsorg også gjelde for disse brukergruppene.

PLANPROSESS, ORGANISERING AV PLANARBEIDET

Arbeidet med temaplanen har vært ledet av en plangruppe med representanter fra fagavdelingene Helse og omsorg, Individ og levekår, samfunnsmedisinsk avdeling, Forvaltningsavdelingen, avdeling for tjenesteutvikling og informasjon, Råd for funksjonshemmede og Eldrerådet i tillegg til hovedtillitsvalgt og hovedverneombud. Leder for planarbeidet har vært fagsjef Helse og omsorg. Stig Abrahamsen er oppnevnt som politisk sakfører.

Det har vært fem arbeidsgrupper som bearbeidet de ulike tema og mål for fagavdelingen. Arbeidsgruppene har vært sammensatt av ledere, ressurspersoner og tillitsvalgte. Det ble vektlagt å få en bred sammensetning i gruppene. Forvaltningsavdelingen har vært representert i alle gruppene.

I november 2014 gjennomførte fagavdelingen en rundtur på Askøy der vi møtte og intervjuet innbyggere. På denne runden fikk vi inn 120 innspill på våre helsetjenester nå og i framtiden. Mange av innspillene samsvarer med tenkningen i temaplanen.

FØRINGER FOR PLANARBEIDET

Helse- og omsorgstjenestene er definert av et omfattende lov- og regelverk. Hvilke tjenester befolkningen kan få er rettighetsstyrt og kommunenes tjenestespekter er i hovedsak lovbestemt.

STATLIGE FØRINGER

I følge **helse- og omsorgstjenesteloven** (LOV-2011-06-24-30, Helse- og omsorgsdepartementet) er kommunenes hovedoppgave å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for alle brukergrupper og kommunen er pålagt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestetilbudet følger lov og/eller forskrift.

Kommunenes helse- og omsorgstjeneste omfatter all offentlig helse- og omsorgstjeneste som ikke hører til under stat eller fylkeskommune.

Pasient og brukerrettighetsloven

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for

den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Fra 1.1.2015 gjelder ny §2-1 d i pasient og brukerrettighetsloven om rett til brukerstyrt personlig assistanse.

Samhandlingsreformen

Reformen trådte i kraft 1. januar 2012, og skal blant annet forbedre landets helsetjenester ved å binde sykehusene og kommunene tettere sammen, samt spare kostnader ved å forbygge sykdom, fremfor å reparere/lege pasienter. Tjenestene skal ha god kvalitet, høy pasientsikkerhet, lav ventetid og være mest mulig tilpasset den enkelte bruker. Samhandlingsformen gir den kommunale helsetjenesten mange nye oppgaver som tidligere har ligget på sykehusene.

Plan- og bygningsloven legger de ytre rammene for hvordan kommunen skal drive sin planlegging. I lovens formålsparagraf § 1-1 heter det at loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner.

Lov om folkehelsearbeid

Lov om folkehelsearbeid skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven er sammen med helse- og omsorgstjenestelovens forebyggingsbestemmelser de rettslige virkemidlene for å oppnå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven løfter fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet: utjevne sosiale helseforskjeller, helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre- var og medvirkning.

Meld. st.29 Morgendagens omsorg (se faglig grunnlag)

REGIONALE FØRINGER

Regional plan for folkehelsearbeid

Regional plan for folkehelse skal bidra til et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid i kommunene, fylkeskommunen og statlige organ. Målet er å jevne ut sosiale helseforskjeller.

KOMMUNALE FØRINGER

Askøy kommunes planstrategi.

Kommunestyret har vedtatt et nytt plansystem for Askøy kommune. Vedtatt plansystem følger arbeidsdelingen i plan- og bygningsloven, der kommuneplanen fastsetter kommunens visjon og peker ut satsingsområder, kommunedelplaner utdyper ulike tema, og temaplaner konkretiserer og foreslår tiltak. Kommunens nye plansystem legger opp til at det skal utarbeides faste tematiske kommunedelplaner der kommunedelplan Helse og levekår er en av disse. (Kommunal planstrategi 2012-2016, Vedtatt av Askøy kommunestyre 27.09.2012)

Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel for Askøy kommune er på høring. Samfunnsdelen skal inneholde retningsvalg og mål for Askøysamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Satsingsområdene i samfunnsdelen angir mål og strategier som skal følges opp i kommunens øvrige planlegging.

Kommunedelplan helse og levekår

Temaplan – Morgendagens omsorg i Askøy kommune – har i fravær av en gjeldende kommunedelplan benyttet planprogrammet for kommunedelplan Helse og levekår som et grunnlag. Temaplanen tar utgangspunkt i satsingsområdene som er planprogram for kommunedelplan helse og levekår. Disse satsingsområdene er ikke fastsatt, men likevel viktig for temaplanen.

STATUS

Denne delen av temaplanen tar for seg tall og statistikk og beskriver tjenestene slik de fremstår per 2012-2014.

TALL OG STATISTIKK

Tallene som framkommer nedenfor har benyttet Statistisk sentralbyrå (SSB) som grunnlag. Vi benytter SSB alternativ høy (HHMH) i våre beregninger.² Vi har også hentet tall fra vårt fagsystem Geric. Alle tall er forbundet med usikkerhet. SSB sine tall for demografiske endringer varierer fra år til år. Planens tall fra Geric har usikkerhet knyttet til registeringskvalitet. Kvaliteten på tallene øker for hvert år. Konklusjonen er at tallene som er nær i tid kan vi stole mest på. De langsiktige framskrivningene har større usikkerhet, men de viser trendene.

Demografisk utvikling på lang sikt

Befolkningsutviklingen er en viktig faktor for våre analyser av tjenestebehovet på kort og lang sikt.

Tabellen nedenfor viser befolkningsutviklingen i Askøy kommune for alle aldersgrupper fram til 2040. Totalt vil befolkningen øke fra 27 346 til 46 278 personer. Dette er en økning med 18 932 personer (40,9 %).

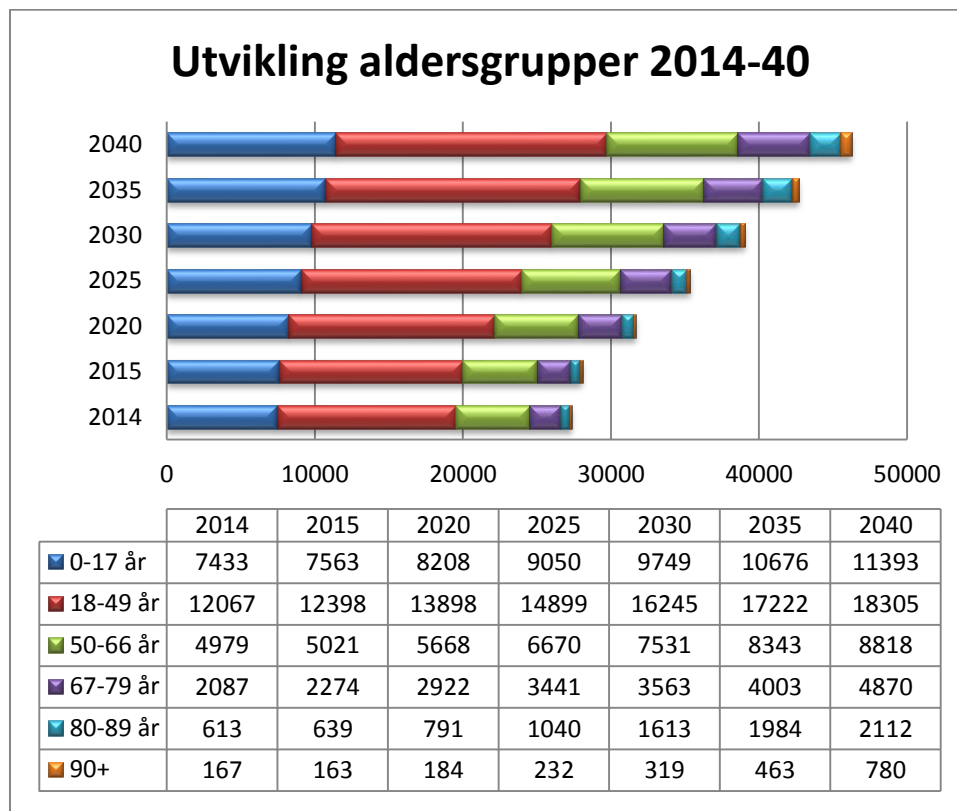
² Differansene mellom høy og middels utvikling er små på kort sikt. For de langsiktige prognosene er forskjellene størst for de yngste gruppene. Denne planen skal gjelde for 4 år (2015 – 2018). Differansen mellom de to alternativene er totalt på 597 personer i 2020.

Høy	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	Diff.2014-40
0-9 år	4337	4369	4652	5169	5693	6078	6413	2076
10-19 år	3827	3899	4354	4716	5018	5572	6108	2281
20-29 år	3144	3267	3750	4104	4453	4697	4929	1785
30-39 år	4090	4151	4677	5052	5453	5737	6019	1929
40-49 år	4102	4275	4673	4908	5377	5814	6229	2127
50-59 år	2938	3021	3596	4463	4794	4986	5452	2514
60-69 år	2775	2838	2877	3069	3641	4490	4798	2023
70-79 år	1353	1436	2117	2579	2659	2870	3438	2085
80-89 år	613	639	791	1040	1613	1984	2112	1499
90-99 år	164	162	177	219	302	438	742	578
100+	3	1	7	13	17	25	38	35
SUM	27346	28058	31671	35332	39020	42691	46278	18932

Tabell 1: Demografisk utvikling i Askøy kommune basert på SSB-høy utvikling sept. 2014

Tall på lang sikt er spesielt viktig for de tjenester/tilbud det tar lang tid å bygge opp.

Med økende alder vil behovet for tjenester høyt oppe i omsorgstrappen øke. Dette kan være tjenester det kan ta lang tid å få på plass. Skal det bygges flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger er dette tidkrevende, så det blir avgjørende å treffe med prognosene og å utvikle fleksibilitet i tjenestene.



Figur 1: SSB høy utvikling pr. 7/10-14

Tabellen ovenfor viser utviklingen i ulike aldersgrupper (funksjonelle grupper) for perioden 2014 – 40. Det vi ser er at det skjer lite de første årene, for deretter bli fulgt av en periode med stor vekst.

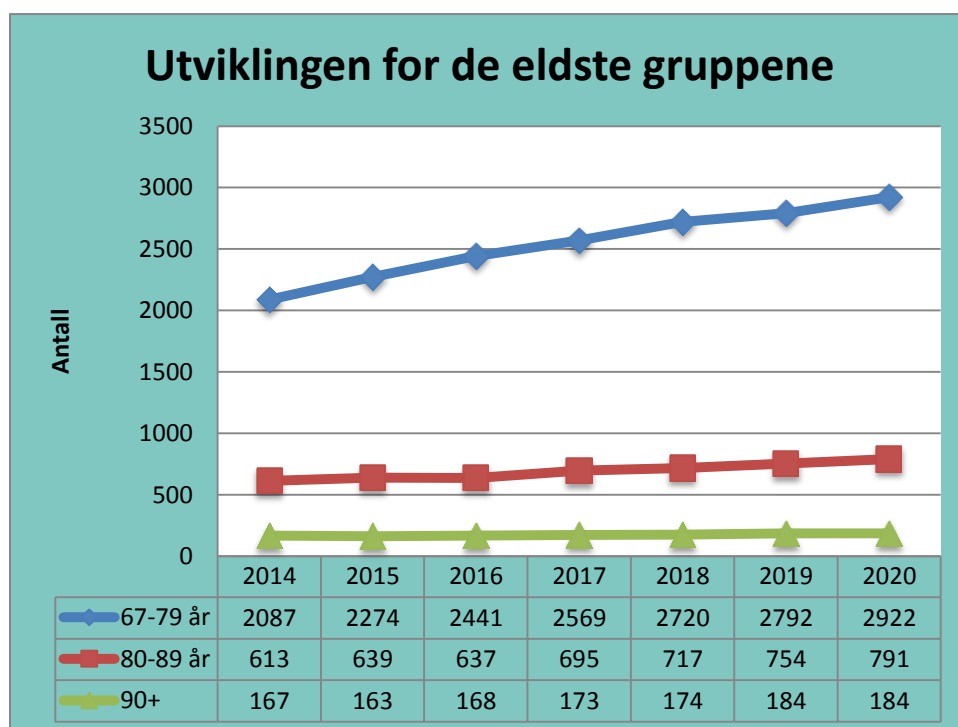
For vår temaplan har veksten i de tre eldste gruppene størst innvirkning. SSB har i sine framskrivninger en horisont fram til 2040. Utviklingen 2014 – 2040 vil gi store utfordringer for kommunens helse og omsorgstjenester dersom vi ikke gjør nødvendige endringer og tilpasninger i vår tjenesteproduksjon.

Vi vil følge nøye med utviklingen i de eldste aldersgruppene i de framtidige rulleringer av temaplanen.

Demografisk utvikling på kort sikt

Når vi ser på utviklingen for aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og de som er 90 år eller eldre ser vi at veksten er størst i gruppen 67-79 år. For denne gruppen har tilbud om tjenester som hjemmesykepleie, praktisk bistand og dagsenter vært mest etterspurt.

Figur2: basert på SSB-høy utvikling sept. 2014



For gruppen 80-89 år er det en jevn vekst. For denne gruppen utgjør veksten 104 personer i perioden 2014 -18. Andelen tjenestemottakere øker med stigende alder. Ressursinnsatsen øker også med stigende alder.

For gruppen 90+ er økningen 2014-18 bare på 7 personer. For begge disse aldersgruppene kan det forventes at de fleste individene har behov for omfattende tjenester (høyt i omsorgstrappen).

Demografi er ikke den eneste forklaringen på hvordan tjenesteetterspørselen utvikler

seg. Helsetilstanden til befolkningen vil også ha betydning. Økt forebyggende innsats og helsefremmende arbeid vil kunne ha positiv innvirkning på etterspørselen.

Kommunenes omsorgstjenester er inne i en utvikling fra å være en eldreomsorg til å være tjenester for alle aldersgrupper. Kommunene har fått og vil få flere helse- og omsorgsoppgaver ved en forskyvning av ansvar fra spesialisthelsetjenesten jmf. samhandlingsreformen. Dette kan gi økt etterspørsel etter tjenester.

BESKRIVELSE AV TJENESTENE

FORVALTNINGSAVDELINGEN

Forvaltningsavdelingen tilrettelegger for at enkeltindividet skal kunne ivareta sin egenomsorg til enhver tid, ved å tildele tjenester på riktig nivå i omsorgstrappen basert på BEON- prinsippet og vedtatte budsjett.

Avdelingen har også ansvar for støttekontakter, BPA og omsorgslønn, samt avlastning utenfor institusjon.

Leder for forvaltningsavdelingen er også leder for Koordinerende enhet – KE.

Bestiller-utfører rollen

Avdelingen har en bestillerfunksjon overfor helse og omsorgstjenestene i kommunen.

Forvaltningen gir vedtak om tjenester og fagavdelingene utfører. Tjenestene er ikke statiske og det er store bevegelser i vedtakstimer. Forvaltningsavdelingen står sentralt i arbeidet med å tilpasse tjenestene i forhold til endringer i etterspørselen og de økonomiske rammene.

Økende pågang etter helse og omsorgstjenester gir fagavdelingene utfordringer rundt økonomi og hvordan de skal klare å gi nok tjenester innenfor gitte budsjettammer. Så langt har bestiller-utfører ordningen ikke tatt hensyn til om det er nok ressurser i den enkelte avdeling til å effektivt utføre alle bestillinger. Det bør vurderes hvordan vi kan håndtere dette på en bedre måte i fremtiden. Det bør bli et tettere samarbeid mellom forvaltningen og hjemmesykepleien slik at oppfølging og revurdering av vedtakene skjer oftere enn nå.

En av nøklene til å imøtekomme den økte etterspørselen etter våre tjenester, ligger i utformingen av vedtak, varighet, evaluering og levering i samsvar med disse.

Samhandlingsreformen

Avdelingen har et ansvar for pasientflyten mellom sykehus og kommunen.

Etter samhandlingsreformen skal kommunene betale for liggedøgn på sykehus når de er ferdigbehandlet. En utfordring er at sykehusene skriver ut pasientene tidligere enn før og kommunen må ha tilbud som også inkluderer etterbehandling og oppfølging av pasienter. I 2012 betalte vi for 394 liggedøgn. I 2013 betalte vi for 351 døgn. I 2014 betalte vi for 226 døgn.

Støttekontakt

Askøy kommune tilbyr støtte -/fritidskontakt til person eller gruppe personer som har behov for bistand til vanlige sosiale aktiviteter og en meningsfull fritid. Tilbudet kan gis som individuelt tilbud, tilbud i gruppe eller tilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner. Tilbudet skal være tilpasset og målrettet for den enkelte for å få en meningsfull fritid sammen med andre.

Det har vært en betydelig økning i antall vedtak om støttekontakter siden 2009, fra 107 til 168 i 2012. Askøy hadde 8,6 støttekontakter pr. tusen innbyggere i 2012.

Avlastning utenfor institusjon

Forvaltningsavdelingen saksbehandler søknader om avlastning utenfor institusjon. Tjenesten er rettet mot familier som har særlig tyngende omsorgsarbeid og som har behov for avlastning. Tilbudet gis som døgnavlastning i besøkshjem og avlastningsfamilier.

Brukerstyrt personlig assistanse – BPA

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en ordning som er særlig tilrettelagt for mennesker med omfattende funksjonsnedsettelse. Dette er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenesten og hverdagen selv.

Koordinerende enhet

Alle kommuner og helseforetak skal ha en koordinerende enhet (KE) for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet.

I forbindelse med Samhandlingsreformen har KE blitt lovfestet i Lov om spesialisthelsetjenester og Lov om helse- og omsorgstjenester (2011)³. Presiseringer av ansvar og oppgaver følger av forskrift fra 2012 - Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

KE skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud og koordinerte tjenester til tjenestemottakere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Dette gjelder uavhengig om de mottar pleie og omsorgstjenester i eget hjem eller sykehjem. Helhetlige tilbud skal sikres gjennom samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer.

KE har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan (IP).

Systemkoordinator utfører det daglige arbeidet for KE. Meldinger om behov for individuell plan skal gå til systemkoordinator.

Forvaltningsavdelingen vil i planperioden

- Tildele tjenester etter helse og omsorgsloven slik at de passer med BEON-tenkningen
- Sette mål for å øke bruken av individuell plan (IP) og bruk av koordinatorene som ett tiltak i arbeid med å sikre helhetlig tilbud

³ KE har vært forankret i forskrift om habilitering og rehabilitering siden 2001 og Askøy kommune etablerte en koordinerende enhet i 2005.

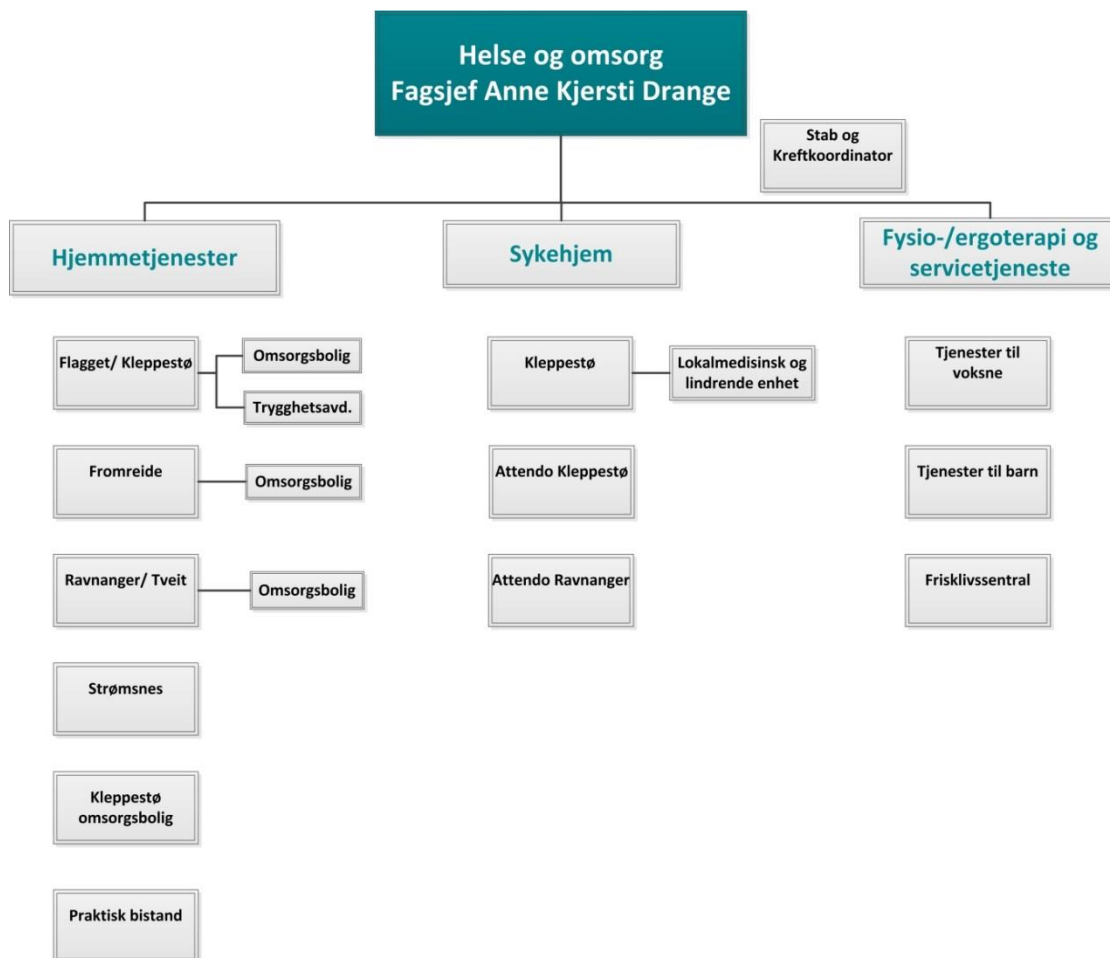
- Tydeliggjøre kriteriene for vedtak og heve kompetansen i avdelingen.
- Ha et tettere samarbeid med HSP når det gjelder utmåling av tjenester.
- Videreutvikle bestiller – utførermodellen
- Utarbeide prognoser for tjenesteetterspørsel
- Innføre elektroniske timelister for støttekontakter

HELSE OG OMSORG

Fagavdeling Helse og omsorg leverer hjemmesykepleie, drift av omsorgsboliger, sykehjem, lindrende behandling, forebygging og rehabilitering.

Fagavdelingen er organisert med en fagsjef som øverste ansvarlig og med 10 avdelingsledere med personal- og budsjettansvar. Avdelingen leverer i hovedsak tjenester etter bestilling fra forvaltningsavdelingen.

Organisasjonskart 2014:



Helse- og omsorgsavdelingen samarbeider med flere andre fagavdelinger i kommunen. Spesielt viktig for våre tjenester er samarbeidet med psykologtjenesten og deres psykolog som jobber med befolkningsgruppen 65+, populært kalt eldrepsykolog. Eldrepsykologen bidrar til oppfølging av enkeltbrukere, samt undervisning og veiledning av personale i de enkelte avdelinger.

SYKEHJEM

Vi har tre sykehjem i kommunen. Deler av sykehjemsdriften er satt ut til private tjenesteleverandører. Attendo har driftet Ravnanger sykehjem og to avdelinger ved Kleppstø sykehjem siden 2013. I tillegg har kommunen avtale med Ask bo og omsorgssenter.⁴ Daglig aktivitetstilbud tilrettelegges av aktivitører. Sykehjemmene har avtaler med samarbeidende aktører som frisør, fotpleier o.l.

Kleppstø sykehjem

Kleppstø sykehjem har i dag 89 plasser. 70 av disse plassene er kommunale, 19 plasser drives av privat aktør – pt. Attendo Norge.

Kleppstø sykehjem – korttidsopphold

Avdeling 1A har status som lokalmedisinsk enhet. Lokalmedisinsk enhet er en avdeling med totalt ti senger. Fire lindrende senger, tre øyeblikkelig hjelp senger og tre korttidssenger.

Øyeblikkelig-hjelp er et kommunalt tilbud for pasienter der lege, enten fastlege eller lege ved legevakt, vurderer at pasienten har behov for døgnkontinuerlig observasjon og en behandling som kan utføres likeverdig i kommunen som i sykehus. Behandling i disse sengene skal ikke vare mer enn maks 72 timer, men dette kan utvides.

Lindrende enhet var t.o.m 2014 et interkommunalt tilbud for kreftpasienter bosatt i Askøy, Fjell, Sund og Øygarden kommune. Opphold ved avdelingen er fra 2015 et kortvarig, målrettet tilbud om smerte- og symptomlindring for flere diagnosegrupper. Med høy kompetanse innen palliasjon og lindrende behandling er Lindrende enhet et ressurscenter for palliativ kompetanse.

Andre korttidsopphold er tidsavgrensede opphold innen:

- medisinsk avklaring/ behandling
- rehabiliteringsopphold
- avlastningsopphold

Rehabiliteringsopphold kan tildeles brukere med potensiale for å gjenvinne redusert/mistet funksjon.

Avlastningsopphold kan tildeles brukere med et særlig tyngende omsorgsnivå, der pårørende har behov for avlastning.

⁴ Ask bo- og omsorgssenter er en ideell, diakonal stiftelse som er forpliktet på den norske kirkes lære. Stiftelsen har driftsavtale med Askøy Kommune og driver i dag et sykehjem med 47 plasser og leier ut 8 eldreboliger.

Langtidsopphold i institusjon

Langtidsopphold er et tilbud til brukere som ikke lenger kan bo i eget hjem.

Kleppestø sykehjem har 36 langtidsplasser, derav 18 skjermede plasser for demente. Attendo Kleppestø har 8 skjermede plasser for demente og 11 somatiske plasser, Attendo Ravnanger har 20 skjermede plasser for demente og Ask bo- og omsorgssenter har 47 plasser fordelt på 6 skjermede plasser for demente og 41 somatiske.

OMSORGSBOLIGER

En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede. Boligen er fysisk tilrettelagt slik at beboere skal kunne motta pleie og omsorg etter behov. Omsorgsboligen er beboerens eget hjem. Kommunen har omsorgsboligene i tilknytning til basene for hjemmesykepleie.

Fordelingen er:

- Flagget omsorgsbolig 20 leiligheter.
- Fromreide omsorgsbolig 19 leiligheter.
- Ravnanger omsorgsbolig 23 leiligheter.
- Kleppestø omsorgsbolig 19 leiligheter, beliggende i tilknytning til Kleppestø Sykehjem på Helsetunområdet. Omsorgsboligen er organisert som en egen avdeling, og er ikke tilknyttet hjemmesykepleien.

HJEMMESYKEPLEIE

Hjemmesykepleie er et tilbud til pasienter som bor hjemme. Tjenesten gis ved behov for hjelp til medisiner, stell av sår, personlig hygiene, måltider og betjening av trykksår. Tjenesten utføres av sykepleier eller annen helsearbeider.

Hjemmebaserte tjenester er en sentral del av helse- og omsorgstjenestene våre. Vi har ca. 105 årsverk fordelt på fire baser. Det er utarbeidet kvalitetsmål for tjenesten.

Oversikt over tjenesteproduksjon 2012 og framskrivning av behov ligger under kapittelet Tjenesteproduksjon og forventet etterspørsel.

Kleppestø/ Flagget hjemmesykepleie og natttjenesten

Avdelingen gir tjenester i områdene sør og vest på Askøy. I nært samarbeid med Kleppestø dagsenter drifter vi Trygghetsavdelingen med 6 plasser. Natttjenesten gir tjenester på hele Askøy.

Fromreide Hjemmesykepleie

Avdelingen tilbyr hjemmesykepleietjenester til beboere på nordre Askøy, i områdene Davanger/Breivik/Åsebø til og med Herdla.

Ravnanger/ Tveit hjemmesykepleie

Avdelingen tilbyr hjemmesykepleietjenester på Askøys midtre del, i området fra Steinrusten-krysset i sør til Davanger-krysset i nord.

Strømsnes hjemmesykepleie

Avdelingen tilbyr hjemmesykepleietjenester i området Florvåg fra tunnelen til og med Hanevik.

PRAKTISK BISTAND/ HJEMMEHJELP

Tilbud om praktisk hjelp i hjemmet. Tilbudet gjelder for personer som på grunn av ulike helseutfordringer trenger hjelp til daglige gjøremål. Målsettingen at bruker skal klare mest mulig selv slik at han/hun opprettholder sitt aktivitets- og funksjonsnivå og blir minst mulig avhengig av hjelp av andre i det daglige.

Avdelingen som yter disse tjenestene har base på Ravnanger Bo- og omsorgssenter, og betjener brukere på hele Askøy.

DAGSENTER FOR ELDRE

Formålet med dagsenteropphold kan være hjelp til egenomsorg, sosial støtte, aktivisering og økt livskvalitet. Aktiviteter blir lagt opp etter brukernes funksjonsnivå. Aktiviteter er avislesing, trim, bingo, sang og musikk. Dagsentrene samarbeider med frivillige og andre aktører.

Vi har tre dagsenter:

- **Kleppestø** dagsenter holder til i Trygghetsavdelingen post 2D ved Kleppestø sykehjem. Åpent fem dager pr. uke.
- **Miljøstua** dagsenter holder til på Furuly. Åpent tre dager pr uke for demente og 2 dager pr uke for somatiske brukere.
- **Fromreide** dagsenter holder til i trivelige lokaler i Fromreide eldresenter. Åpent fire dager i uken.

TRYGGHETSAVDELING

Trygghetsavdelingen er lavterskel døgntilbud for hjemmeboende eldre i samdrift med Kleppestø dagsenter. Trygghetsavdelingen har 6 plasser. Et trygghetsopphold er et tidsbegrenset døgntilbud for hjemmeboende eldre, som har et midlertidig behov for omsorg, hjelp og støtte i trygge omgivelser.

DEMENSOMSORG

Demens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap og kan kreve mye ressurser fra de kommunale omsorgstjenestene. Sykdommen framstår oftest i kombinasjon med andre lidelser, og gir et sammensatt sykdomsbilde.

Askøy kommune tilbyr følgende tjenester til demente brukere og deres pårørende;

- Kartlegging, veiledning, undervisning og kurs via Hukommelsesteamet
- Dagsenteropphold
- Avlastningsopphold
- Langtidsplasser

Hukommelsesteam

Teamet arbeider for et helhetlig demensarbeid, med fokus på utredning og diagnostisering, planlegging og oppfølging av tiltak for personer som lever med demens, og deres pårørende. Hukommelsesteamet tilbyr hjemmebesøk med kartlegging og utredning i samarbeid med fastlege. Teamet gir informasjon om tjenester og veiledning til pasienter og deres pårørende.

Økt kunnskap og kompetanse

Kompetanseheving om demens blant ansatte er et prioritert område i Askøy kommune. Kompetansesenteret for aldring og helse har utarbeidet Studiemateriell, Demensomsorgens ABC. I årene 2012 – 14 har 35 personer i Askøy Kommune gjennomført dette studieopplegget med gode tilbakemeldinger.

Pårørendeskole/ -kurs

Askøy har sammen med kommunene Fjell, Sund og Øygarden gjennomført pårørendeskole/kurs i flere år.

Målsettingen for pårørendeskole er å gi pårørende støtte til å mestre de praktiske og følelsesmessige omstillingene og utfordringene som følger med omsorgen for en person med demens.

Samarbeidspartnere

Nasjonalforeningen for folkehelsen ved Askøy dementforening, som er en frivillig organisasjon, er en etablert samarbeidspartner for drift av pårørendeskole/kurs og samtalegrupper. De driver også temakvelder, demens kafè og andre aktiviteter både for pårørende og for personer som lever med demens. Det er midler fra innsamlingsaksjonen 2013, som blir brukt til dette arbeidet.

KREFTSYKEPLEIETJENESTE

I Askøy kommune har vi to kreftkoordinatorstillinger. Koordinatorene jobber for å utvikle gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunen, og bidrar til kompetanseheving og veiledning til annet personell.

Målsettingen er å møte de utfordringer som kan følge av å bli rammet av en kreftsykdom på en helhetlig og koordinert måte. Kommunen ønsker å kunne tilby et godt tjenestetilbud for kreftpasienter og pårørende i hele sykdomsforløpet, fra diagnosetidspunkt til lindrende/palliativ behandling. Tjenesten er et lavterskeltilbud. Det er utarbeidet en handlingsplan for kreftsomsorg og lindrende behandling i kommunen som gjelder i perioden 2012-2016. Denne legger føringer for kreftomsorgen.

I det pågående prosjektet Kreftkoordinator i primærhelsetjenesten er det også et mål om å få etablert barneansvarlige. Disse skal ha ansvar for oppfølging av barn som pårørende.

FYSIO-, ERGOTERAPI OG SERVICETJENESTEN

Fysio-, ergoterapi og servicetjenester er et lavterskeltilbud, noe som vil si at alle kan ta kontakt direkte med avdelingen uten henvisning fra andre. Tjenester det kan søkes om er behandling, hjelpemidler og vurdering av tilrettelegging i bolig.

Vi gir tilbud til hjemmeboende i alle aldre og til personer i institusjon, kommunale og private. Vi bruker mest ressurser på tjenester høyt i omsorgstrappen. Der blir behandlings- og hjelpefokus det dominerende, da selvhjulpenhet og egenmestring ofte ikke er et realistisk mål.

Tjenesten er delt i en privat og en kommunal del. Kommunal del består av 16 årsverk fordelt på fysioterapeuter, ergoterapeuter og servicemenn. Kommunen har 10 driftstilskudd fordelt på 11 avtalefestede fysioterapeuter tilknyttet seks fysikalske institutt.

Til tjenesten tilhører en *trygghetsterapeut* i 50 % stilling. Dette er et helsefremmende og forebyggende tiltak. Målgruppen er hjemmeboende eldre som ikke mottar noen form for kommunale tjenester. Hensikten med forebyggende hjemmebesøk er å bidra til å styrke den eldre sin mulighet for egenmestring og bevare funksjonsnivået lengst mulig, ved å fremme selvhjulpenhet, fysisk aktivitet og forebygge fall.

Servicetjenesten består av 1,5 årsverk og forvalter det kommunale hjelpemiddellageret. Tjenesten leverer, reparerer og returnerer hjelpemidler.

Fritt for fall - er gruppetrening som foregår over 12 uker 2 ganger pr uke. Deltakere blir testet og vurdert for deltakelse. Gruppen har 8 deltakere og 2 fysioterapeuter har ansvar for treningen. Alle deltakerne får hjemmebesøk av ergoterapeut for fallforebygging i hjemmet. Fritt for fall - har oppstart september og januar.

FRISKLIVSSENTRALEN

Frisklivssentralen på Askøy ble åpnet desember 2012. Tjenesten består av to fysioterapeuter i 50 % stilling. Frisklivssentralen er et lavterskeltilbud. Målgruppen er personer med behov for å endre helseatferd, primært rettet mot fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Deltakerne skal få kompetanse til å mestre krav og utfordringer i hverdagen gjennom tilrettelagt fysisk aktivitet. Det gis også veiledning i kosthold og stressmestring. Alle kan ta kontakt direkte med oss, uten henvisning fra andre.

Frisklivs- og Mestringssenter (FMS)

Fjell, Askøy, Øygarden og Sund samarbeider med Helse Bergen om utvikling og etablering av et interkommunalt Frisklivs- og Mestringssenter (FMS). Dette er en del av prosjekt – ”Betre saman”. Det er ansatt en prosjektleder i 100 % stilling i 3 år. Prosjektet avsluttes ved utgangen av 2015. FMS utvikler skreddersydde tjenestetilbud for livsstilsendring og mestring. Målgruppen er personer med diagnose diabetes II, KOLS og hjerte-/karsykdommer. Ved å kombinere frisklivsarbeid med lærings- og mestringstilbud vil FMS gi tilbud om å endre levevaner.

UTFORDRINGER

Dagens folkehelseutfordring er knyttet til livsstilssykdommer, økende andel eldre, flere som lever med kroniske lidelser og utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. Dette gjør at kommunen får utfordringer som krever økt kompetanse og økte ressurser.

Kommunens folkehelsearbeid vil påvirke fremtidig etterspørsel av våre tjenester. Det vil bli stadig viktigere at helse -og omsorgsavdelingen har et tett og godt samarbeid med resten av kommunen på dette området.

For å være forberedt til den betydelige økningen i tjenesteetterspørsel, som forventes fra slutten av dette ti-året, bør vi allerede nå starte arbeidet med å tilrettelegge for bærekraftige tjenester.

Askøy kommune har valgt å bli en selvstendig helsekommune. Dette betyr at samarbeidet med kommunene på Sotra skal avvikles og tjenestene skal bygges opp lokalt. Sentralt i dette er etableringen av et fullverdig Lokalmedisinsk senter (LMS).

Vi har fire store utfordringer som vi allerede nå må planlegge for:

1. Demografiske endringer
 - Økt etterspørsel etter tjenester
 - Aldersrelaterte omsorgsbehov
2. Endret arbeidsdeling – nye tjenester
 - Samhandlingsreformen
 - Økt behandlingsansvar for livsstilssykdommer
3. Underskudd av kompetanse/arbeidskraft
 - Rekruttering/kompetanseheving
 - Frigjøre/omdisponere arbeidskraft
4. Hvordan utvikle økonomisk bærekraftige tjenester
 - Prioritering av tjenester – mer forebygging
 - Organisasjonsutvikling og lokalisering
 - Familie, frivillighet og næringsliv

Kommunens innbyggere med ulike kulturelle bakgrunner har i liten grad etterspurt de tjenester denne planen omhandler. Dette vil kunne endre seg i årene framover. Det ble utarbeidet Ressursbok i krysskulturell tjenesteyting for ansatte i Pleie- og omsorg i 2006. Temaet blir også tatt opp i kommunens likestillings- og mangfoldsplan 2013-2016.

TJENESTEPRODUKSJON OG FORVENTET ETTERSPOERSEL

Nedenfor kobles data om tjenesteproduksjon til den demografiske utviklingen vi har beskrevet ovenfor.

Produksjonsdata er hva vi kan hente ut av vårt journalsystem – Geric. God registreringskvalitet betyr at dokumentasjonen av de vedtak og tjenester den enkelte har fått tildelt og som har vært utført, stemmer med de faktiske forhold. Vi vil ikke bruke data lengre tilbake enn 2012 fordi registreringskvaliteten før det ikke var god nok.

Antall brukere

Alle som får eller har fått omsorgstjenester er registrert i Geric. Geric vil derfor inneholde registreringer som ikke er relevante for temaplanen. Våre beregninger legger til grunn antall brukere som er registrert med IPLOS-tjenester⁵.

I 2012 hadde vi 1023 registrerte brukere, og i 2013 hadde vi 1042. Disse tallene inkluderer også utviklingshemmede. Tallene for de tre første kvartalene i 2014 indikerer at vi vil få en fortsatt økning i antall brukere.

Dekningsgrader

Askøy kommune har hatt en høy dekningsgrad av institusjonsplasser for gruppe 80+.

I 2009 hadde kommunen en dekningsgrad på 19 %, mens landsgjennomsnittet var på 14 %. Vi hadde også en høy andel brukere med institusjonsplass i gruppen 67 – 79 år. Den totale dekningsgraden var da på 22 %.

Utvalg for Oppvekst og levekår vedtok i 2010 (sak 50/10) at kommunen skulle «tilpasse dekningsgraden for institusjonsplasser til landsgjennomsnittet på ca. 14%.»

«Den samlede dekningsgraden for institusjonsplasser og beboere i bolig med heldøgns bemanning i prosent av befolkningen over 80 år er for landet samlet på like under 29 %. Askøy har en samlet dekningsgrad på like under 35 %. Det betyr at den samlede dekningsgraden for innbyggere over 80 år i Askøy må regnes som høy.» (UOL 50/10)

Omsorgsboliger

I 2014 hadde vi 81 omsorgsboliger (ikke medregnet bolig til utviklingshemmede). Dette var innenfor den anbefalte dekningsgraden.

Omsorgsbolig	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040
80+	780	802	975	1272	1932	2447	2892
10% dekning	78	80	98	127	193	245	289

Tabell 2: estimert behov for omsorgsboliger

⁵ IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter.

Tabellen ovenfor viser antallet personer i aldersgruppen 80+ basert på SSBs framskrivinger. Behovet for omsorgsboliger er satt til en dekningsgrad på 10 % av 80+ gruppen. Tallene som fremkommer i tabellen viser hvor mange omsorgsboliger vi trenger per år. Det vil si at i 2020 er behovet 17 nye omsorgsboliger i forhold til i dag.

Den demografiske utviklingen vil gi en kraftig økning i behovet for omsorgsboliger fra 2020 og utover.

BEMANNING

Nedenfor kommer en gjennomgang av behovet for arbeidskraft i hjemmesykepleien (HSP) og til demente i sykehjem. For å kunne si noe om det framtidige behovet for fagarbeidere/ omsorgsarbeidere og sykepleiere, må vi ta dagens tall fra Gerica og koble disse med befolkningsframskrivingene fra SSB. Det **forutsettes** at antall timer pr. mottaker per uke (5,58) er konstant i perioden fram til 2040.

HJEMMESYKEPLEIE

Tjenestene i hjemmesykepleien utføres av sykepleiere, fagarbeidere og assistenter (få). Det er flere fagarbeidere enn sykepleiere. I referanseåret 2012 hadde vi i snitt 410 mottakere av hjemmesykepleie. Disse hadde til sammen 2 290 vedtakstimer pr. uke.

I tabellen nedenfor ser vi på behovsutviklingen innen hjemmesykepleie på kort og lang sikt. *Innbyggere* er SSB høy befolkningsvekst.

HSP HHMH	2012	2015	2020	2030	2040
Innbyggere	26210	28543	32541	41068	49418 ⁶
antall mottakere	410	447	509	643	773
% mottakere	1,57	1,57	1,57	1,57	1,57
Timer pr. uke	2290	2493	2842	3586	4316
Timer pr. mottaker	5,58	5,58	5,58	5,58	5,58
årsverk vedtak	65	70	80	101	122
Årsverk 60/40	108	117	133	168	203
Økning årsverk	0	10	26	61	95

Tabell 3: estimert økning av årsverk i hjemmesykepleien

Tabellen viser at vi vil få en økning med 95 årsverk i 2040 sett i forhold til 2012. Allerede i 2020 vil behovet øke med 26.

⁶ Innbyggertallet er høyere i denne tabellen fordi det er benyttet SSB tall fra 2012 og ikke 2013 som i den tidligere tabellen.

Forklaring til tabellen

Antall mottakere av hjemmesykepleie i Askøy kommune utgjorde 1,57 prosent av befolkningen i 2012. Vi bruker denne prosenten til å framskrive hvor mange mottakere av hjemmesykepleie vi vil få i 2015 – 2040 basert på SSB sine anslag om høy befolkningsutvikling.

Antall timer pr. uke baserer seg på antall timer vedtak delt på antall brukere i 2012.

Dette gir 5,58 timer pr. bruker. Antall timer for 2015 og framover er lik antall mottakere * 5,58 timer. Det vil si at vi holder timer pr. bruker konstant i perioden 2012 – 2040.

Årsverk vedtak er lik antall timer delt på 35,5 timer arbeidsuke. Det er tidligere etablert en «norm» på hvor mye av arbeidsdagen som går til pleie og hvor mye som går til administrasjon (kjøring mellom brukerne, rapportskriving osv.). Denne normen er på 60/40.

Årsverk 60/40 gir **21,3 timer** til direkte pleieoppgaver pr. uke per ansatt.

Den beregnede økningen av årsverk i hjemmesykepleien slår inn dersom vi ikke legger til rette for endret organisering og drift av tjenestene, tiltak for at brukere skal kunne bo lengst mulig hjemme og økt bruk av velferdsteknologi.

SKJERMEDE PLASSER - DEMENTE

Helsedirektoratet har beregnet forekomsten av demens⁷ i befolkningen på nasjonalt nivå. Ved å benytte den samme prosentvise andelen, kan vi beregne forekomsten av demens i Askøy sin befolkning, på kort og lang sikt. Helsedirektoratet regner med at forekomsten er nesten fraværende for aldersgruppene under 65 år, og stiger til ca. 41 % for gruppen 90+.

	Forekomst	2012	Dem.	2015	Dem.	2020	Dem.	2030	Dem.	2040	Dem.
65-69 år	0,9	1107	10	1433	13	1366	12	1571	14	2439	22
70-74 år	2,1	715	15	837	18	1354	28	1357	28	2003	42
75-79 år	6,1	540	33	615	38	759	46	1210	74	1440	88
80-84 år	17,6	366	64	398	70	513	90	1087	191	1146	202
85-89 år	31,7	250	79	246	78	279	88	490	155	844	268
90+	40,7	143	58	158	64	174	71	271	110	630	256
Sum		3121	260	3687	280	4445	337	5986	573	8502	878

Tabell 4: forekomst av demens, SSB befolkningsutvikling alternativ høy SSB 2013.

Estimert antall demente på Askøy basert på "forekomst" som konstant. Fra 2012 til 2040 vil vi kunne få en økning i antall demente på over 600. Hvor mange som vil trenge tjenester er umulig å si, men vi kan gjøre en grov beregning av hvor mange som vil ha et behov for en skjermet plass.

⁷ Hentet fra Demensplan 2015 «Den gode dagen» - HOD 2007

I 2012 hadde vi ca. 260 demente.⁸ Av disse hadde 54 brukere en skjermet plass. Vi forutsetter at dette var i samsvar med behovet. 54 plasser er utgangspunktet for beregningene.

	Demente	Forekomst%	Økning %	Plasser behov	Økning plasser
2012	260	100,0	0	54	0
2015	280	107,7	7,7	58	4
2020	337	129,6	29,6	70	16
2030	573	220,4	120,4	119	65
2040	878	337,7	237,7	182	128

Tabell 5: utviklingen av behovet for sykehjemsplasser med 2012 som basis. Økningen må ikke summeres, dette viser den totale økningen. Fra 2012 til 2040 er økningen 128 plasser.

Forutsetningene for beregningene:

- *Demente* - er regnet ut ved å benytte SSB sin befolkningsframskriving, alternativ høy vekst, og folkehelseinstituttet sitt anslag om den prosentvise andelen av demente i de ulike aldersgruppene.
- *Forekomst og økning* er prosentberegninger med 2012 som base.
- *Plasser behov* - bruker dagens antall plasser til demente⁹ som basistall og den prosentvise økningen i antallet demente som framskrivning.

Dette gir et anslag i økningen av behovet på 128 nye sykehjemsplasser til demente fram mot 2040, dersom vi ikke legger til rette for at demente kan bo hjemme/i Omsorg Pluss-bolig lengre enn i dag.

Pleiebehov ved økning av antall skjermede plasser

Vi legger til grunn 0,88 årsverk¹⁰ per skjermet plass. Når vi bruker dette til å beregne bemanningsbehov, vil vi trenge 14 nye årsverk i 2020. Dette vil stige mye fram mot 2030. Behovet vil da kunne bli 57 nye årsverk i forhold til 2012. Se tabellen samlet behov i neste kapittel.

SAMLET BEHOV FOR ARBEIDSKRAFT

Vi har så langt sett på behovet for kompetanse for å dekke inn økningen i sykehjemsplasser til demente og økningen i antall brukere i hjemmebaserte tjenester. Økningen i praktisk bistand er liten og tas ikke med. Behovet for nye årsverk baseres på en 60/40- deling av pleietid og administrasjonstid. Administrasjonstid inkluderer bl.a. kjøring mellom oppdrag og rapportskriving.

⁸ Samsvarer med tall fra Olaviken

⁹ 54 – som antagelig er noe lavt i forhold til det reelle behovet

¹⁰ I forbindelse med et tilbud pleie og omsorg leverte i (2012) i en anbudskonkurranse om drift av to sykehjemsavdelinger (19 plasser), ble behovet for pleiepersonell fastsatt. Det ble anslått et pleiebehov på 0,88 årsverk pr. plass.

Tabellen nedenfor viser økningen av årsverk for å dekke skjermede sykehjemsplasser og hjemmesykepleie spenner fra ca. 14 årsverk i 2015 til 208 årsverk i 2040.

(60/40)	2015	2020	2030	2040
HSP	10	26	61	95
S-hjem demente	4	14	57	113
Økt behov	14	40	118	208

Tabell 6: samlet behov for arbeidskraft

Behovsanalysene ovenfor har ikke tatt med utviklingen i de andre tjenestene som bl.a. drift av korttids plasser sykehjem, fysio-/ ergoterapi. Behovet for arbeidskraft vil derfor bli høyere når vi inkluderer alle tjenestene.

ALDERSAVGANG

Med grunnlag i tall fra HR-avdelingen kan vi beregne hvor mange årsverk som vil gå ut ved aldersavgang. De personene som er 60 år i 2014 fyller 67 år i 2021. Tallene nedenfor forutsetter at de ansatte blir i arbeid til de er 67 år.

For perioden 2014 - 2021 vil 27,5 årsverk gå ut.

Tabellen nedenfor viser stillingsprosjenter per avdeling og gir et bilde på at det er mange ansatte i deltidsstillinger innenfor våre tjenester.

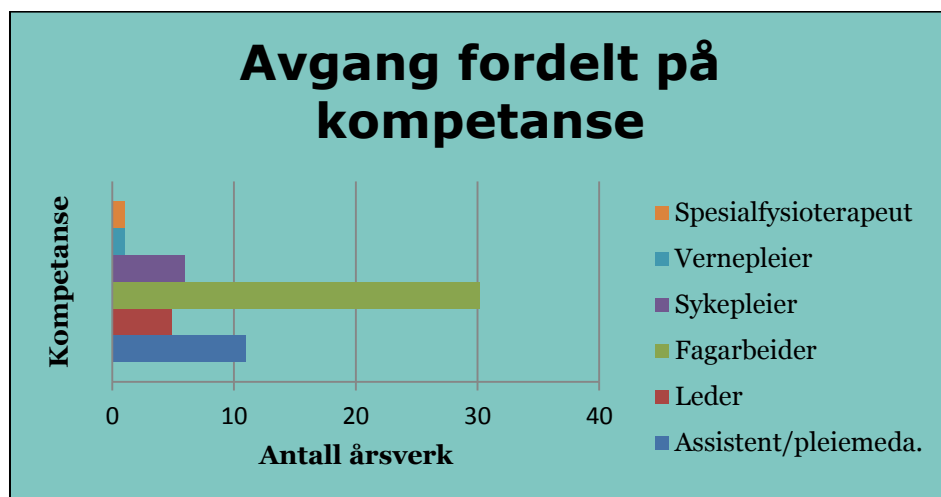
Sted	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	SUM %
PLO åpen omsorg		28							28
Askøy sykehjem, felles drift			35		50		125		210
Flagget tj. for hjemmeboende		27						14	41
Fromreide tj. for hjemmeboende			80	40			173	100	393
Fysio-/ergoterapitjeneste						100			100
Kleppstø omsorgsboliger					75	77		71	223
Kleppstø sykehjem - Post 2B og 2C			35		50		100	80	265
Kleppstø sykehjem - Post 3B og 3C	20	60	85				100		265
Kleppstø sykehjem. Natt	50	50		45			74		219
Lokalmedisinsk senter							7		7
Ravnanger tj. for hjemmeboende			87			100	27	70	284
Strømsnes tj. for hjemmeboende			60		50		401	100	611
Trygghetsavdeling		100							100
Sum årsverk %	70	264	382	85	225	277	1007	435	2745
Årsverk	0,7	2,6	3,8	0,9	2,3	2,8	10,1	4,4	27,5

Tabell 7: naturlig avgang 2014-21. Tallene er stillingsprosjenter.

Mangel på kompetanse grunnet aldersavgang

I tallene over aldersfordeling gitt fra HR-avdelingen er det to grupper kompetanse som skiller seg ut; fagarbeidere og assistenter. Dette gjelder for fagavdeling Helse og omsorg og fagavdeling Individ og levekår. Vi ser på avgangen for de to fagavdelingene samlet fordi vi rekrutterer ansatte fra de samme kompetansegruppene.

Fagarbeidere er den gruppen det forventes størst mangel på nasjonalt. Dette kan gi rekrutteringsproblemer på sikt.



Figur 2: avgang fordelt på kompetanse i perioden 2014-2021.

Tabellen viser den samlede avgangen fordelt på faggrupper, dersom alle over 60 går av ved 67 år. Vi vet at vi mister 54,1 årsverk samlet for de to fagavdelingene, og det ligger i tillegg et potensiale om 75,7 årsverk i avgang til førtidspensjon. Tilsammen ca. 130 årsverk. *Den reelle aldersavgangen vil nok ligge et sted mellom 70 -80 årsverk. I tillegg kommer avgang av andre årsaker.*

REKRUTTERINGSBEHOV

Rekrutteringsbehovet vil være summen av tapt arbeidskraft og behovet for nye årsverk for å dekke opp etterspørselsveksten.

I 2020 vil vi ha behov for ca. 40 nye årsverk knyttet til hjemmesykepleie og demente. I tillegg kommer erstatning av 70-80 årsverk på grunn av ulike pensjonsordninger. Dette utgjør til sammen et rekrutteringsbehov for i overkant av 110 årsverk fram mot 2020. I tillegg kommer annen avgang og økende behov i andre tjenester.

TILGANG PÅ HELSEKOMPETANSE

Tjenestene våre krever helsefaglig kompetanse. I følge beregninger gjort i SSB-rapport 14/2012¹¹, vil vi få et stort underskudd i faggruppene sykepleiere og helsefagarbeidere (hjelpepleiere/omsorgsarbeidere) på landsbasis.

«Som følge av økt studiekapasitet for å møte de framtidige behovene, kan imidlertid tilgangen på sykepleiere være tilstrekkelig i forhold til behovene fram til nærmere 2020. Etter den tid vil underskuddet øke klart og med forutsetningene i referansebanen nå opp i 28 000 årsverk i 2035 med mindre utdanningskapasiteten blir økt.»(SSB rapport 14/2012)

Helsefagarbeidere er en samlebetegnelse på de tidligere hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne etter at disse to gruppene fikk et felles utdanningsløp fra og med elevopptaket i videregående skole i 2006.

Uansett hvilket utviklingsalternativ som velges, vil det bli et betydelig underskudd av helsefagarbeidere i årene som kommer. Selv om ubalansen er størst mot slutten av perioden, vil underskuddet på helsefagarbeidere begynne å gjøre seg gjeldene allerede fra 2015.

De ulike utviklingsalternativene viser at underskuddet i arbeidskraften nasjonalt vil ligge et sted mellom 45 000 og 74 000 mot 2035.

Den negative utviklingen i tilbudet av fagarbeidere og sykepleiere, blir ikke bare et lokalt problem, men også et nasjonalt. Dette medfører at partene i arbeidslivet må se på lønn og andre vilkår for ansatte innen helse og omsorgstjenestene for å stimulere til utdanning av arbeidskraft på området. I hvilken grad de vil lykkes med dette er usikkert.

Det blir viktig for Askøy kommune å utvikle tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse.

¹¹ Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. K. Roksvaag og I. Texmon. SSB rapport 14/2012

STRATEGIER OG MÅLSETTINGER

Askøy kommune må imøtekomme eldrebølgen og eldreomsorgen må bygges ut i forkant. De hjemmebaserte tjenestene må styrkes og det må sikres nok heldøgns helse- og omsorgstjenester til innbyggerne.

I dette kapittelet fremkommer mål og strategier for tjenestene. Det er fokusert på tjenester som skal endres eller etableres. Tjenestene som er beskrevet ovenfor videreføres dersom de ikke nevnes videre i planen.

Askøy kommune skal ha fokus på å utvikle tjenestene i tråd med innbyggernes og samfunnets forventninger, behov og krav. Vi vil ha en effektiv tjeneste med god kvalitet og hvor tjenestemottakeren er i sentrum. Brukernes og pårørendes forventninger og kommunens begrensede ressurser kan ikke alltid forenes. Det handler om prioriteringer og fordeling av ressurser etter brukers behov opp mot tildelte økonomiske rammer. Kvalitet handler om forventninger fra brukerne og pårørende og om hvordan de blir møtt, hvordan tjenestene blir utført og hvilken nytte tiltakene har. Samtidig skal tjenestene gis forsvarlig, korrekt og profesjonelt. Våre tjenester skal bygge på medbestemmelse, kvalitet, verdighet og etiske vurderinger.

Det er stor konkurranse om arbeidskraft. Vi skal bli en attraktiv arbeidsplass som legger vekt på kompetanseheving, gode læringsmiljø, medvirkning og utvikling. Vi vil øke samarbeidet med frivillige lag, organisasjoner og enkeltpersoner for å øke tilbudet av sosiale og praktiske omsorgsoppgaver.

Strategier for å møte utfordringene:

- Dreie tjenestene fra behandling til helsefremming og forebygging. Det handler om å ha større fokus på egenmestring, tidlig intervensjon og forebygging for å dempe behovet for helse- og omsorgstjenester.
- Legge til rette for at folk kan bo lengst mulig i eget hjem med støtte og hjelp fra kommunen
- Videreføre BEON-prinsippet som et verdigrunnlag for utvikling av våre tjenester
- Tilby langvarig heldøgns omsorg i omsorgsboliger fremfor sykehjem.
- Skille mellom omsorgs- og behandlingstjenester. Bruke kompetansen på rett sted.
- Samle hjemmesykepleien i færre og større baser for å øke effektiviteten.
- Økt bruk av teknologi og tettere samarbeid med frivillige.

FOREBYGGING, TIDLIG INNSATS OG REHABILITERING

Framfor å heve terskelen for å få hjelp må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering.

(Morgendagens omsorg)

Ved å tilrettelegge for tidlig innsats i tjenestetilbudet kan sykdomsutviklingen forhindres tidlig i forløpet, og gi en helsemessig gevinst. I tillegg vil en få en samfunnsøkonomisk gevinst ved redusert behov for mer kostbar sykehusbehandling senere i forløpet. En forventet økning av kronisk syke og en forestående økning i antall eldre, forsterker dette argumentet. Tidlig innsats er også viktig for å redusere omfanget av personer som helt eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis som følge av helsemessige problemer.

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til tjenestemottakerens egen innsats. Hensikten er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. De ansatte i kommunen må derfor jobbe sammen med, og ikke for, den enkelte. Tidlig tverrfaglig kartlegging øker mestringsevnen og reduserer behovet for hjelp fra det offentlige.

Ett av hovedmålene i samhandlingsreformen er å utvikle en ny kommunerolle, hvor man i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Dette skal skje ved å gi økt støtte til pasientens egenmestring, økt innsats på forebyggende og helsefremmende tiltak og utbygging av lavterskeltilbud.

Vi må legge mer vekt på aktivitet, forebygging og rehabilitering, og ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder.

Våre tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering er:

- Fysio- og ergoterapitjenestene
- Trygghetsavdelingen
- Dagsenter
- Hukommelsesteam
- Trygghetsterapeut
- Frisklivs- og mestringstilbud

FYSIO- OG ERGOTERAPITJENESTENE

Fysio- og ergoterapitjenestene er sentrale i det forebyggende arbeidet og rehabilitering. Tjenesten er lokalisert til helsetunet Kleppestø og er delt inn i en voksegruppe og en barnegruppe.

Tjenester til voksne.

Vi vil dreie tjenesten til mer innsats på forebyggende tilbud lavt i omsorgstrappen. Brukerne vil oppleve økt egenmestring, mer selvstendighet og vi tror dette vil gi reduksjon i behovet for tjenester fra det offentlige i form av hjemmesykepleie, omsorgsboliger og institusjonsplasser.

Vi vil bruke frisklivstenkning i alle våre tiltak, og ha særlig fokus på rehabilitering - hverdagsrehabilitering, dagrehabilitering, døgnrehabilitering – i tillegg til ulike gruppetilbud f.eks. balansetrening, KOLS og lettere kognitiv svikt.

Tjenester til barn

Innenfor tjenester til barn vil vi også vektlegge forebyggingsaspektet. Forebygging har gevinst på mange plan i barn og unges helseutvikling. Det vil redusere behov for omfattende helsetjenester i ungdomstid og voksen alder og utnyttelse av ressurser og kompetanse.

Vi vil bruke Fysio- og ergoterapitjenesten sin veilederkompetanse til forebygging ved å satse på følgende tiltak:

- Øke innsatsen mot overvekt blant unge
- Gi aktivitetstilbud i skole til de som falle utenfor de ordinære tilbudene
- Gi tilbud om tilpasset aktivitet til barn/unge med psykiske lidelser
- Gi tjenester etter bestilling/henvisning fra skole og barnehage:
- Etablere tverrfaglige/ tverretatlige møteplasser:
- Økt bruk av individuell plan

Privatpraktiserende fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen.

Askøy kommune opplever et stort press på tjenestene til fysioterapeutene på private institutt. Ventelistene for behandling blir stadig lengre, noe som igjen medfører at fysioterapeutene må gjøre tøffere prioriteringer. Ventetiden har økt også for nyopererte pasienter og pasienter i en akutt sykdomsfase.

Bakgrunnen for denne situasjonen er:

1. Samhandlingsreformen. Med denne reformen skulle flere pasienter få behandling nært der de bor og pasientene skulle raskere ut fra sykehus.
2. Økt behandlingsskapitet i sykehusene. Stadig flere pasienter får gjennomført kirurgiske inngrep og andre behandlinger i sykehus som krever oppfølging fra kommune-helsetjenesten.
3. Flere eldre og kronikere. Mange eldre har langvarige helseplager som gjør at de trenger behandling for å fungere godt i hverdagen.
4. Flere fastleger. De senere årene er det blitt over 12 % flere fastleger i Norge. Flere leger medfører flere henvisninger til fysioterapi.

I en periode hvor befolkningen har økt med 60 % har det ikke vært økning i antall stillingshjemler.

Vi vil arbeide for et tettere samarbeid mellom Frisklivssentralen og de privatpraktiserende fysioterapeutene, og i tillegg øke antallet driftstilskudd.

HVERDAGSREHABILITERING

I løpet av 2015 vil vi etablere tilbud om hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig, planlagt og målrettet tilnærming til hjemmeboende eldre med begynnende funksjonstap. Hverdagsrehabilitering er et kompensierende tiltak for tapt funksjon og vil kunne utsette pleiedebut for hjemmeboende eldre personer.

Vi vil etablere et tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Teamet er ansvarlig for kartlegging og utarbeiding av mål, plan og detaljert treningsprogram ut fra personens egne mål om mestring av ulike daglige aktiviteter. Det tverrfaglige teamet må jobbe tett opp mot hjemmesykepleien som blir veiledet av teamet og er de som gjennomfører treningsopplegget med bruker.

REHABILITERING I SYKEHJEM

Fra 2015 er Askøy en egen helsekommune. Fordi samarbeidet med Sotra-kommunene avvikles må vi må bygge opp egne tilbud innen rehabilitering.

Fra mai 2015 opphører avtalen om salg av tre sykehjemsplasser til Fjell kommune. To av disse plassene har vært på avdeling 2B ved Kleppstø sykehjem. Denne avdelingen er en korttidsavdeling og vi ser muligheten for å etablere to øremerkede senger til rehabilitering ved denne avdelingen.

I 2015 gjennomføres et pilotprosjekt som blir evaluert og danner grunnlaget for videre utvikling.

Tildeling av opphold avgjøres i et tverrfaglig inntaksteam bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, avdelingsleder sykehjem og evt. lege.

DAGSENTER OG MØTEPLASSER FOR ELDERE

Våre dagsenter er et forebyggende tiltak. Godt fungerende tilbud bidrar til at den eldre kan få utsatt behovet for tjenester med økt ressursinnsats. Vi vil videreføre dagsenterdriften som et bidrag til økt livskvalitet hos hjemmeboende eldre og deres pårørende.

Vi vil i tillegg se på muligheter for:

- Utvidet åpningstid på Kleppstø dagsenter i helg og høytid- sees i sammenheng med drift på trygghetsavdelingen
- Ytterligere økning når ny omsorgsbolig bygges
- Eget dagsenter for yngre demente
- Kartlegge behov for nye lokaliteter

Dagens dagsentertilbud fanger i liten grad opp eldre som klarer seg selv, men som har behov for møteplasser med andre i samme situasjon. Ulike tilbud om sosiale møteplasser kan utvikles i samarbeid med frivillige aktører.

Som et ledd i økt satsning på forbyggende tiltak, vil vi vurdere trygghetsavdelingens rolle og funksjon.

FRISKLIVSSENTRALEN

Frisklivssentralen er et viktig satsningsområde innenfor folkehelsearbeid i Askøy kommune.¹² Frisklivssentralen skal være en kompetanseenhet innen helsefremmende og forebyggende arbeid, og jobbe aktivt mot å bli et felles helsefremmende tilbud til kommunens innbyggere.

Vi vil starte opp et prosjekt hvor vi kartlegger og igangsetter et tilbud om rehabilitering til pasienter med kreft, knyttet opp mot det pågående kreftprosjektet i Askøy kommune.

Vi vil i planperioden vurdere muligheter for å sette i gang tilbud for barn og unge med overvekt, samt se på muligheten for å videreutvikle et tilbud innen psykisk helse, i form av mestring av depresjon og kurs i mestring av belastning.

Vi vil øke tilbudene til befolkningen gjennom frisklivssentralen, og fra 2016 etablere et kommunalt frisklivs- og mestringstilbud for å ivareta det å leve med varige helseforandringer.

FRIVILLIGHET

Vi vil opprette en koordinatorfunksjon for å skape et økt samarbeid med frivillige. Det finnes en rekke frivillige lag og organisasjoner i kommunen som det kan være naturlig å samarbeide med. Koordinatorens oppgaver vil være å formidle kontakt og samordne behov for tjenester og frivillige aktører. Koordinatoren vil være tilknyttet trygghetsavdelingen og utvikle prosjektene derfra.

Koordinatoren vil ha oppgaver knyttet til å:

- ha oversikt over og kontakt med personer som har behov for en frivillig tjeneste
- ha kontakt med frivillige som kan utføre tjenester,
- samarbeide med Frivilligsentralen, Frisklivssentralen, forvaltningsavdelingen, hjemmesykepleien, det lokale næringslivet, lag, foreninger og skole

Informasjon om behov for og muligheten for frivillig innsats skal være lett tilgjengelig via internett og smarttelefoner. I tillegg må det være mulig å ta kontakt på telefon og møte opp personlig. Frivillige kan f.eks. delta som:

- Besøksvenn
- Ledsager
- Praktisk hus- og hagearbeid
- Opplæring i kombinasjon med sosialisering

¹² Fjell, Askøy, Øygarden og Sund samarbeider med Helse Bergen om utvikling og etablering av et interkommunalt Frisklivs- og Mestringssenter (FMS). Dette samarbeidet varer til og med 2015.

- Transport til og fra aktiviteter

Frivillige kan også delta i konkrete prosjekt som «lyst på livet»- Livscafe-(et lavterskeltilbud-drives av pensjonister der frivillige tar på seg å være sirkelledere).

Rekruttering av frivillige kan blant annet skje gjennom:

- Frivillig arbeid som tema på sluttsamtale/ pensjonssamtale
- Ungdommer via valgfaget Hjelp for andre i ungdomsskolen
- Språkpraksis

Koordinering av frivillig innsats må ses som et tillegg til arbeidet som utføres i Askøy Frivilligsentral og skal ikke erstatte oppgaver som kommunen utfører i dag. Økt samarbeid med NAV og f.eks. ungdomsskoleelever kan gi positiv innvirkning på fremtidig rekruttering til helse- og omsorgsyrkene.

HJEMMEBASERTE TJENESTER OG HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Omsorgstjenestene skal bidra til å dekke brukers behov for omsorg og gi behandling/rehabilitering. Disse behovene skal dekkes på ulike arenaer; i hjemmet, i omsorgsbolig, Omsorg Pluss boliger og i sykehjem.

En godt utbygd hjemmesykepleietjeneste, hjemmebasert rehabilitering og forebyggende tjenester er sentrale både med tanke på å redusere etterspørsel av institusjonstjenester og forhindre sykehusinnleggelser. Hjemmebaserte tjenester kan derfor ses som fundamentet i tjenestene.

Vi ønsker å forsterke innsatsen i hjemmet for å gi individuelle og differensierte tjenester etter brukers behov. Å gi for mye tjenester er like feil som å gi for lite tjenester. Vi må finne den gode balansen. Det vil for de fleste eldre være en god livskvalitet å kunne bo hjemme når det legges til rette for det. Målet er at brukeren skal få nok tjenester til å klare å mestre sin egen livssituasjon lengst mulig. Dette vil vi gjøre ved å bli bedre til å ivareta hjemmeboende sine behov for trygghet, sosial kontakt og hjelp til praktiske oppgaver.

Vi opplever at en økende gruppe av hjemmeboende er plaget med angst og psykiske utfordringer. Vi vil i samarbeid med psykologtjenesten vurdere ulike tiltak for å hjelpe denne gruppen.

TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

Ny tilnærming til hjemmebaserte tjenester

Vi vil i perioden starte arbeidet med å skille tydeligere mellom behandlings-/ rehabiliteringsoppgaver og omsorgsoppgaver som trygghet, sosial kontakt og praktiske gjøremål.

I begrepet *behandling* legger vi tradisjonell medisinsk/sykepleiefaglig oppfølging og pleie, samt fysikalsk behandling/ rehabilitering. Behandling i hjemmet utføres per i dag av hjemmesykepleie, fysio/ergo-tjenestene og kreftsykepleietjenesten. *Trygghet* i hjemmet er brukers subjektive opplevelse, pårørendes forventninger og opplevelse. I dag ivaretas trygghet gjennom tilbud som dagsenter (DS), trygghetsavdeling (TA), trygghetsalarm og besøk av hjemmesykepleien. Vi skal legge til rette for *sosial deltakelse* for hjemmeboende. Noen har stort nettverk mens andre har behov for organisert deltagelse. I dag ivaretas sosial deltagelse ved tilbud om dagsenter, trygghetsopphold og besøk fra hjemmesykepleien. I tillegg kommer noen arrangement fra frivillige lag og organisasjoner. For å dekke behovet for *praktisk hjelp* har vi per i dag tjenesten praktisk bistand som er gulvvask og annet renhold.

I dag utfører hjemmesykepleien oppgaver knyttet til både behandling og omsorg. I en framtid med knapphet på sykepleiere og helsefagarbeidere, må vi konsentrere behandlingskompetansen til behandling. Dette åpner opp for også å benytte frivillige og arbeidskraft uten helsefagbakgrunn til omsorg. I framtiden ser vi at behandlingsoppgavene blir mer spesialiserte bl.a. som en følge av samhandlingsreformen. Dette vil kreve mer spesialisert kompetanse. Diagnoseteam/-prosjekt kan være en måte å imøtekomme denne utfordringen på¹³.

Vi har en del udekkede behov innen omsorgsdelen av tjenesten. Behov for hjelp til praktiske gjøremål er mer enn det vi i dag har i denne tjenesten. Praktisk hjelp omfatter også ivaretagelse av personlige behov, bolig og vedlikehold av ADL¹⁴ ferdigheter. Sosial deltagelse er også noe vi ønsker å bidra til å forbedre. Vi vet det er behov for lokale møteplasser for eldre hjemmeboende. Når det gjelder ivaretagelse av trygghet vil vi øke bruken av ny teknologi når den foreligger. Omsorgsoppgaver er områder hvor vi kan utvikle samarbeid med frivillige.

For praktisk gjennomføring av dette må vi innføre to typer arbeidslister og knytte tilhørende kompetanse til disse. For å få dette til må vi først definere hvilke oppgaver vi har. Dette er en prosess som må utvikles gjennom planperioden, i samarbeid med Forvaltningsavdelingen og ses i sammenheng med en rekrutteringsplan.

Vi vil samle hjemmesykepleien i større baser for å oppnå stordriftsfordeler. For å vurdere lokalisering, utforming, gjennomføring og kostnadsberegning vil det bli opprettet et eget prosjekt for dette. Prosjektet må være et samarbeid mellom teknisk avdeling og helse og omsorg.

Vi vil ta i bruk modulen Mobil Pleie i Geric. Dette er bruk av tilpasset visning av journalsystemet på smarttelefoner i hjemmesykepleien for bedre kvalitetssikring, pasientsikkerhet og effektivitet.

¹³ Etter samme modell som Kreftprosjektet

¹⁴ ADL står for «Activities of Daily Life», som vi på norsk kaller «aktiviteter i dagliglivet». ADL omfatter alle de aktivitetene og handlingene vi utfører, fra vi våkner om morgenen til vi legger oss om kvelden.

Medbestemmelse og individuelle behov skal ligge i bunn for de tjenester som gis i hjemmet.

OMSORGSBOLIG

Fremtidens sykehjem skal prioriteres til utredning/ vurdering av hjelpebehov, akutt hjelp (ØH-plasser), korttidsplasser og mer spesialiserte behandlingsplasser som f.eks. lindrende enhet og lokalmedisinsk senter. For å klare dette må en del av langtidsplassene på sykehjem bli et tilbud i omsorgsbolig. Denne flyttingen av oppgaver samsvarer med intensjonene/ anbefalingene i St 29 Morgendagens omsorg og samhandlingsreformen.

Vi vil opprette en ny type omsorgsbolig – *Omsorg Pluss* - i tillegg til de vanlige boligene. Omsorg Pluss boliger er et nytt tilbud som skal benyttes til brukere som ikke kan ivaretas i hjemmet eller ordinær omsorgsbolig. Dette kan være personer som har et større behandlings- eller tilsynsbehov som f.eks. langtidspleietrengende, demente, alderspsykiatri og russkader. Per i dag gis tilbud til disse kategoriene i sykehjem, men vil i fremtiden dreies derfra og gis i Omsorg Pluss boliger. I begrepet Omsorg Pluss legger vi både økt kompetanse, tilstrekkelige ressurser og tilrettelagt fysisk utforming. I planperioden starter prosessen for å bygge Omsorg Pluss boliger på østsiden av Askøy, for pasientkategoriene demens, alderspsykiatri og russkadde.

Vi vil se på muligheten for å omgjøre noen av våre ordinære omsorgsboliger til et tilbud for somatiske langtidspleietrengende som erstatning for langtidsplasser i sykehjem. I dette ligger det vurdering av egnethet, lokalisering og standard. Ved en slik omlegging vil driften av omsorgsboligene ivaretas av egen bemanning og ikke være tilhørende hjemmesykepleien. Omsorg Pluss-boliger kommer i planperioden ikke til å erstatte skjermede demensplasser på våre sykehjem.

I tillegg må vi planlegge ytterligere bygging av omsorgsboliger for personer med fysiske helseplager for å møte fremtidens befolkningsvekst og behov for omsorgsboliger. De fremtidige hovedlokaliseringene for bygging av nye omsorgsboliger er Askøy øst, vest og nord.

TRYGGHETSAVDELINGEN

Driftsansvaret for Trygghetsavdelingen skal i løpet av 2015 overføres fra Kleppstø hjemmetjeneste til Kleppstø omsorgsbolig.

Vi vil se på muligheten for å øke aktivitetstilbudet på kveld, helg og høytid. Vil se på muligheten for å gjøre dette i samarbeid med frivillighetskoordinator.

BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI I HJEMMET OG OMSORGSBOLIG

Vi vil imøtekomme brukernes behov for økt trygghet ved å ta i bruk godkjent velferdsteknologi¹⁵. Vi vil ikke være ledende i arbeidet med å utvikle velferdsteknologi, men ta i bruk allerede utprøvde løsninger.

Trygghetsteknologi kan være med på å gi bruker økt trygghet i eget hjem og minske risiko for komplikasjoner etter fall. Denne teknologien er nå utviklet slik at det ikke kan betegnes som overvåkning.

Eksempler på trygghetsteknologi er trygghetsalarm med fallsensor, med mulighet for å tilknytte andre sensorer som senge-/setematte, røykvarsler, komfyrvakt, bevegelseslys, døralarm, og vurdere trygghetsalarmer med innebygget fallsensor og GPS.

For fysisk velfungerende brukere med begynnende demensutvikling kan sporingsteknologi utsette behovet for kontrollerende omgivelser. Bruker ivaretar sin fysiske funksjon og beholder sin egenmestring og bevarer selvstendighet. Ved å ta i bruk GPS og annen sporingsteknologi kan bruker bevege seg fritt innenfor et visst område og varsel gis først dersom bruker beveger seg utenfor det definerte området.

Kommunikasjonsteknologi kan være med og utsette behovet for fysisk tilstedeværelse av hjemmesykepleien i form av tilsyn og påminnelser. Kan også brukes mellom bruker og hans/ hennes pårørende og nettverk for sosial kontakt.

Vi vil øke bruken av digitale hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentral. Dette kan øke brukers egenmestringsevne, gi økt trygghet og utsette/ minke behov for fysisk tilstedeværelse av hjelpere.

Vi vil i perioden vurdere å etablere ulike prosjekter for bruk av velferdsteknologi. Økt bruk av velferdsteknologi og digitale hjelpemidler vil kreve økt samarbeid mellom tjenestene og kompetanseheving.

SYKEHJEM

Det er i sak 50/10 i utvalg for oppvekst og levekår vedtatt at andelen korttidsplasser skal være ca 20% av institusjonsplassene.

Arbeidet med å omgjøre langtidsplasser til korttidsplasser har pågått i noen år og vil fortsette. Samhandlingsreformen og st.m. 29 – Morgendagens omsorg – ser endringen fra langtids- til korttidsplasser som en hovedstrategi for å møte de framtidige utfordringene. I planperioden viderefører vi denne strategien. I tillegg legger utviklingen av helsetunområdet til et lokalmedisinsk senter premisser for hvordan bygningsmassen skal benyttes.

¹⁵ Det finnes ingen standarder på begrepsbruk innenfor det velferdsteknologiske området (DS 2011). Dette har medført at begrepsbruk og hva ulike begreper omfatter varierer, der ulike begreper overlapper og har uklare avgrensninger til hverandre. (Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030)

Askøy lokalmedisinske senter

Vi vil utvikle Askøy som egen Helsekommune. Dette betyr å videreføre og videreutvikle dagens interkommunale tiltak i egen regi. Helsetunområdet vil bli utredet til å bli Askøy lokalmedisinske senter (LMS). Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til etablering av senteret. Gruppen utreder hvilke tjenester som skal inngå, omfanget og hvordan bygningsmassen skal benyttes.

Bruk av teknologi i institusjon:

Vi vil forbedre alarmfunksjonene på Kleppestø sykehjem. I dette ligger det utskiftning av håndholdte telefoner/ mottakere.

Det vil også bli vurdert innføring av ulike typer digitale informasjonsskjermer og aktivitetsteknologi.

REKRUTTERING OG KOMPETANSE

Vi har tidligere i planen påpekt det store behovet for rekruttering og omlegging av tjenesteproduksjonen de neste tiårene. Det er avdelingslederne som er ansvarlige for å gjennomføre nødvendige endringer og omstillinger i årene som kommer. For å være best mulig forberedt til dette ønsker vi å tilføre lederne økt kompetanse blant annet innen relasjonsledelse. Vi vil også øke innsatsen for å utvikle ledergruppen til et lederteam.

For å ha kontroll på kompetansebehovet vil vi i samarbeid med HR-avdelingen utarbeide en rekrutteringsplan. Denne skal si noe om hvor mange av hver fagkompetanse vi trenger innenfor hver av tjenestene. Vi må ha kontroll på når vi mister folk pga. aldersavgang og når økte tjenestebehov slår inn. Samtidig må vi ha kontroll på hvilke utslag endringer vi gjør i tjenesteproduksjonen vil ha på behovet for arbeidskraft.

Vårt behov for kompetanse kan skaffes enten via kompetanseheving eller rekruttering. Intern kompetanseheving vil bygge på erfaringer og læringer vi har fra kreftkoordinator-prosjektet. I dette prosjektet fikk vi til bred kompetanseheving til alle ansatte i hjemmetjenestene.

Gode fagmiljøer og anerkjennelse kan gjøre det lettere å rekruttere den kompetansen vi vil trenge. I tillegg til å være gode på kreftomsorg, vil vi utvikle en god demensomsorg.

For å ha god tilgang på faglærte vil vi vurdere å opprette en eller flere trainee-stillinger. Etter modell fra Bergen kommune kan en trainee-stilling ha en varighet på to år, med intern rullering av arbeidssted og arbeid innen både hjemmesykepleie og institusjon. Oppretting av trainee-stillinger vil bli vurdert i samarbeid med HR-avdelingen.

For å sikre en jevnere tilgang på vikarer for alle avdelingene i fagavdelingen vil vi delta i kommunens arbeid for å utvikle en vikarpool. HR-avdelingen står sentralt i dette arbeidet. Ansatte som får hele eller deler av stillingen sin tilknyttet en vikarpool vil være tilgjengelige for flere arbeidssteder. Dette vil gjelde både faglærte og assistenter. Vi har allerede et system for vikarformidling tilgjengelig via vårt turnusprogram. I MinArbeidsplan legger arbeidsstedene ut sine ledige vakter, og de

ansatte kan melde sin interesse via internett.

For å tilføre basiskunnskaper for alle som skal utføre omsorgsoppgaver vil vi vurdere å ta i bruk e-læringsmoduler hos Kommunenes Sentralforbund og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Vi ønsker å øke samarbeidet med NAV for å bedre tilgangen på helsepersonell i tiden fremover. Det er positivt hvis kommunen kan tilby arbeid til personer med restarbeidsevne. NAV har et interessant prosjekt som heter Mann i helse, men foreløpig er dette ikke etablert i Hordaland. Mann i helse er et komprimert utdanningsløp som fører fram til fagbrev som helsefagarbeider.

Det skjer store endringer innen helse- og omsorgsfeltet på både kort og lang sikt, og lokalt og nasjonalt. Vi har per i dag ingen funksjon som ivaretar det som skjer innen forskning, praksis, teknologisk utvikling og statlige føringer. Høy kvalitet i helse- og omsorgstjenesten forutsetter at ansatte har oppdaterte kunnskaper, holdninger og ferdigheter slik at brukerne mottar gode tjenester basert på kunnskap. For å kunne ta bedre grep om fremtidige utfordringer vil vi vurdere å opprette en analyse-, plan-, forsknings- og utviklingsfunksjon.

OPPSUMMERING AV MÅL OG TILTAK

1: FOREBYGGING, TIDLIG INNSATS OG REHABILITERING

Mål: Vi vil tilrettelegge for at den enkelte skal mestre egen livssituasjon og bo lengst mulig i eget hjem.

Strategi: Vi vil dreie tjenesten til mer innsats på forebyggende tilbud lavt i omsorgstrappen. Vi vil bruke frisklivstenkning i alle våre tiltak, og ha særlig fokus på rehabilitering.

Begrunnelse: Gi reduserte kostnader over tid og utsetter behov for mer ressurskrevende tjenester. Kan gi økt livskvalitet og bidrar til bærekraftige tjenester.

Tiltak:

1.1

Hverdagsrehabilitering. Vi vil etablere et tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier.

1.2

Utvide tilbudet ved Kleppestø dagsenter/ Trygghetsavdelingen.

1.3

Frivillighetskoordinator. Etablere funksjon for å håndtere kontakten mellom frivillighet og omsorgstjenestene.

1.4

Videreutvikle helsefremmende tiltak for barn og unge (veiledning og aktivitetstilbud).

1.5

Videreutvikle frisklivssentralen

- Forebyggende tiltak barn/ unge (overvekt, mestring av depresjon og andre belastningsutfordringer)
- Kommunalt frisklivs- og mestringstilbud
- Planlegge rehabiliteringsprosjekt for kreftpasienter, sett i sammenheng med pågående kreftprosjekt – prosjektmidler

1.6

Rehabilitering i sykehjem. Etablere reserverte plasser ved Kleppestø sykehjem til rehabilitering.

1.7

Vi vil arbeide for et tettere samarbeid mellom Frisklivssentralen og de privatpraktiserende fysioterapeutene, og i tillegg øke antallet driftstilskudd.

1.8

Våre dagsenter er et forebyggende tiltak. Godt fungerende tilbud bidrar til at den eldre kan få utsatt behovet for tjenester med økt ressursinnsats.

Vi vil vurdere å etablere et eget dagsenter for yngre demente.

2: HJEMMEBASERTE TJENESTER OG HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Mål: Utvikle bærekraftige tjenester. Brukerne skal få nødvendige tjenester når de trenger det.

Strategi: For å klare dette må vi tilpasse organisasjonen gjennom effektiviseringstiltak og tenke nytt rundt hva tjenestenes innhold skal være og hvem som skal utføre de. Vi ønsker å forsterke innsatsen i hjemmet for å redusere behovet for ressurser høyere i omsorgstrappen. Vi vil skille tydeligere mellom behandlings-/ rehabiliteringsoppgaver og omsorgsoppgaver som trygghet, sosial kontakt og praktiske gjøremål.

Begrunnelse: Vi må forberede oss på en framtid hvor det blir mangel på kompetanse og hvor vi har begrensede økonomiske ressurser samtidig som behovene øker.

Tiltak for hjemmetjenestene og omsorgsboliger:

2.1

Effektiviseringstiltak i hjemmesykepleietjenesten.

Vi vil samle hjemmesykepleien i større baser for å oppnå bedre ressursstyring, økt fleksibilitet og redusere sårbarhet.

Vi vil ta i bruk modulen Mobil Pleie i Geric. Dette er bruk av tilpasset visning av journalsystemet på smarttelefoner i hjemmesykepleien for bedre kvalitetssikring, pasientsikkerhet og effektivitet.

2.2

Vi vil starte utredningsarbeidet for ny type omsorgsbolig – Omsorg Pluss-boliger på Askøy øst. En Omsorg Pluss-bolig vil være et tilbud innen demens, alderspsykiatri og rus, og erstatter langtidsplasser på sykehjem.

Forsterkede omsorgsboliger kommer i planperioden ikke til å erstatte skjermede demensplasser på våre sykehjem, men vi vil se på muligheten for å erstatte de andre langtidsplassene.

2.3

Vi vil starte et utredningsarbeid for avklare framtidige behov for omsorgsboliger

2.4

Velferdsteknologi i hjemmet

- Vi vil imøtekomme brukernes behov for økt trygghet ved å ta i bruk godkjent teknologi. Vil vi teste ut trygghetsalarm med fallsensor, med mulighet for å tilknytte andre sensorer som senge-/setematte, røykvarsler, komfyrvakt, bevegelseslys, døralarm, og vurdere trygghetsalarmer med innebygget fallsensor og GPS.
- Vi vil i perioden vurdere å etablere ulike prosjekter for bruk av velferdsteknologi. I tillegg vil vi øke bruken av digitale hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentral.

2.5

Vi vil forbedre alarmfunksjonene på Kleppestø sykehjem. I dette ligger det utskiftning av håndholdte telefoner/ mottakere.

Vi vil også vurdere innføring av ulike typer digitale informasjonsskjermer og aktivitetsteknologi.

2.6

Vi vil utrede Helsetunområdet til å bli Askøy lokalmedisinske senter (LMS).

2.7

Vi vil øke antall korttidsplasser ved å omgjøre langtidsplasser, 10 stk.

2.8

Økt stillingsramme – vekst i etterspørsel etter tjenester medfører at vi må øke antallet ansatte gjennom hele planperioden.

2.9

Tiltak for å sikre nok kompetanse:

- Analysere oppgavene i hjemmesykepleien og tilpasse arbeidslistene til omsorg og behandlingsoppgaver.
- Ny kompetanseprofil i hjemmetjenestene. Mer rekruttering av «utradisjonell» kompetanse til omsorgsoppgavene.
- Opprette behandlings- og diagnosteam bestående av sykepleiere og helsefagarbeidere

3: REKRUTTERING OG KOMPETANSE

Mål: Vi må til enhver tid ha nok kompetanse og arbeidskraft til å dekke tjenestebehovene.

Strategi: Være i forkant av endringer i tjenestebehovet.

Begrunnelse: Vi står foran en betydelig økning i antallet eldre og andre med behov for helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil det være redusert tilgang på

helsefagarbeidere og sykepleiere. Vårt behov for kompetanse kan skaffes enten via kompetanseheving eller rekruttering.

Tiltak:

3.1

Samarbeid med HR-avdelingen innen rekruttering:

- Vi vil utarbeide en rekrutteringsplan. Denne må inneholde tiltak for hvordan skaffe nok og riktig arbeidskraft i en framtid der det er stor konkurranse om enkelte faggrupper.
- Trainee-stillinger
- Vikarpool

3.2

Vi vil tilføre ufaglærte ansatte nødvendig basiskompetanse ved å ta i bruk e-læringsmoduler.

3.3

For å kunne ta bedre grep om fremtidige utfordringer vil vi vurdere å opprette en gruppe for plan, analyse, forskning og utvikling.

3.4

Erstatte aldersavgang. I perioden 2015-2018 vil behovet være et sted mellom 10 og 20 årsverk.

3.5

Leder- og teamutvikling for å øke kompetanse innen relasjonsledelse. Starte teamutviklingsprosess.