

Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne

Til medlemmer og varamedlemmer
i Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne

Sandnes, 01.09.2017

INNKALLING TIL MØTE I RÅDET FOR PERSONER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Tid: Onsdag 30.08.17 kl. 16.00
Sted: Rådhuset, møterom 1A.

Godkjenning av innkalling og protokoll fra møte 23.05.17.

Saksliste:

- Sak 19/17 Arkivsak 13/06290**
Status tjenestetildeling – 1. tertial 2017
- Sak 20/17 Arkivsak 16/09849**
Læringsnettverk pasientforløp for eldre og kronisk syke
- Sak 21/17 Invitasjon til arbeidsseminar for rullering av rusmiddelpolitisk**
handlingsplan i Sandnes kommune, den 2 oktober 2017.
- Sak 22/17 Gjennomgang av planforslag «En god hverdag – for alle!»**
Administrasjonen ber rådene gå gjennom planforslaget og gi innspill/kommenterer på innholdet. Rådene vil få planen til formell behandling senere i høst.
- Sak 23/17 Gjennomgang av saksliste for møte i Utvalg for Helse og sosialtjenester**
06.09.17

Eventuelt

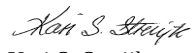
Forfall meldes til Kari S. Struijk på tlf. 51 68 63 00, eller på mail:
kari.slettebo.struijk@sandnes.kommune.no

Varamedlemmer innkalles ved forfall.

Med vennlig hilsen



Glenn Øgreid
nestleder


Kari S. Struijk

SANDNES KOMMUNE – RÅDMANNEN

ORIENTERINGSSAK

Utvalg for helse- og sosialtjenester 06.09.2017
Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne 30.08.2017
Eldrerådet 29.08.2017

Arkivsak : 13/06290
Arkivkode : ---
Saksbehandler : Frode Otto

Status tjenestetildeling - 1. tertial 2017

STATUS TJENESTETILDELING – 1. TERTIAL 2017

OMSORGSTJENESTER

Utskrivingsklare pasienter 1. tertial 2017:

Betaling for utskrivingsklare pasienter på Stavanger Universitetssjukehus har vist følgende utvikling etter at betalingsplikt ble innført januar 2001:

Periode	2013	2014	2015	2016	2017
1. tertial	307.250,-	689.310,-	3.140.784,-	3.099.579,-	3.369.011,-
2. tertial	705.375,-	799.940,-	2.390.915,-	1.648.830,-	
3. tertial	837.375,-	2.561.510,-	1.452.053,-	2.067.795,-	
Totalt	1.850.000,-	4.050.460,-	6.983.796,-	6.816.204,-	3.369.011,-

For årets første 4 måneder er det betalt for 729 døgn på Stavanger universitetssjukehus, med en døgnpris på 4622. (4505,- i 2016). I januar og februar var det spesielt mange mange utskrivingsklare pasienter med en markant nedgang i mars og april. Etter at Rundeskogen bo- og aktivitetssenter åpnet i januar 2017 er avtalen om kjøp av plasser i Gjesdal avvirket.

Tildelte tjenester 1. tertial 2017 og venteliste pr 30.04.17

(Tall i parentes gjelder 3. tertial 2016)

Tildelinger av opphold i sykehjem og annen boform med heldøgnsomsorg:

Type opphold	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017
Tildelte langtidsopphold	36	56	46	35	44	54
Tildelte bokollektiv/bofellesskap	2	11	4	5	9	4
Tildelte rullerende opphold	7	6	7	1	6	2
Tildelte korttidsopphold	202	221 ¹	211 ²	222 ³	195 ⁴	239 ⁵
Sum	247	294	268	263	254	299

1: I tillegg er det gjort 216 vedtak om forlengelse av korttidsopphold.

2: I tillegg er det gjort 266 vedtak om forlengelse av korttidsopphold.

3: I tillegg er det gjort 265 vedtak om forlengelse av korttidsopphold.

4: I tillegg er det gjort 258 vedtak om forlengelse av korttidsopphold.

5: I tillegg er det gjort 267 vedtak om forlengelse av korttidsopphold.

Søkerliste:

- **15** (22) personer oppfyller kriteriene for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og venter på tildeling av plass. Alle får nødvendig helsehjelp i form av andre pleie- og omsorgstjenester. Av de 15 (22) er 8 (12) ivaretatt med korttidsopphold i påvente av langtidsopphold.
- **17** (12) personer oppfyller kriteriene for tildeling av rullerende opphold eller korttidsopphold i sykehjem eller plass i bokollektiv/bofellesskap. Alle får nødvendig helsehjelp i form av andre pleie- og omsorgstjenester.

Dag- og aktivitetssenter for eldre:

- **173** (163) personer har dagopphold pr 30.04.17.
- **52** (46) personer er tildelt dagopphold.
- **57** (55) personer har avsluttet dagopphold.
- **1** (3) personer trenger dagopphold. Alle får nødvendig helsehjelp i form av andre pleie- og omsorgstjenester.

Serviceleiligheter:

- **138** (143) personer bor i serviceleilighet pr 30.04.17.
- **7** (7) personer er tildelt serviceleilighet.
- **3** (8) personer oppfyller kriteriene for tildeling av serviceleilighet. Alle får nødvendig helsehjelp i form av andre pleie- og omsorgstjenester.

Praktisk bistand (hjemmehjelp og miljøarbeidertjenester):

- **532** (552) personer får praktisk bistand pr 30.04.17.
- **38** (135) personer er registrert som nye mottakere av praktisk bistand.
- **37** (140) har avsluttet praktisk bistand.
- **0** (0) personer venter på tildeling av praktisk bistand.

Hjemmesykepleie:

- **1145** (1149) personer får hjemmesykepleie pr 30.04.17.
- **324** (311) personer er registrert som nye brukere av hjemmesykepleie.
- **320** (225) har avsluttet hjemmesykepleie.
- **0** (0) personer venter på tildeling av hjemmesykepleie.

Trygghetsalarm:

- **715** (721) personer har trygghetsalarm pr 30.04.17.
- **79** (66) personer er innvilget trygghetsalarm.
- **69** (58) har avsluttet trygghetsalarm.

Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming/annen funksjonsnedsettelse:

Omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjenester:

- 3 (1) personer er tildelt bolig i perioden.
- 34(39) personer (hvorav 7 (12) er under 18 år) med psykisk utviklingshemming/andre funksjonsnedsettelser står på venteliste til bolig. I påvente av slik bolig mottar de andre omsorgstjenester/avlastningstjenester/barneverntjenester. Personer som er tildelt bolig i påbegynte prosjekter er ikke med i tallet.

Plass i dagaktivitetssenter:

- 77 (76) personer har plass i dagaktivitetssenter pr 30.04.17.
- 1 (2) er tildelt plass i dagaktivitetssenter.

Tilsynstilbud for elever med funksjonsnedsettelser i ungdomsskole og videregående skole:

- 2 (3) elever i videregående skole har tilsynstilbud etter skoletid og på skolens fridager ved Kvål og Vågsjerd dagaktivitetssentre (ikke inkludert i ovennevnte tall)
- 1 (1) elev har tilsynstilbud etter skoletid og på skolens fridager i avlastningsboligen
- 4 (5) elever i videregående skole har tilsynstilbud etter skoletid og på skolens fridager ved Varatun Gård (ikke inkludert i ovennevnte tall)
- 21 (22) ungdomsskoleelever har tilsynstilbud etter skoletid og på skolens fridager gjennom ulike tilbud (ikke inkludert i ovennevnte tall).

BOLIGTJENESTEN

Vanskeligstilte boligsøkere:

Kriteriet for å bli godkjent som vanskeligstilt boligsøker er at søkeren ikke er i stand til å løse boligspørsmålet på egen hånd.

Dato:	31.08.14	31.12.14	30.04.15	31.08.15	31.12.15	30.04.16	31.08.16	31.12.16	30.04.17
På venteliste	166	141	130	111	84	73	70	64	85
Bofellesskap psykisk helse/bolig i nærheten	22	36	30	21	16	15	6	6	7

Tildelte boliger:

2. tertial 2014	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017
18	27	19	19	24	32	34	60	45

Tildelte bofellesskap psykisk helse:

2. tertial 2014	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017
2	2	0	2	0	4	2	2	1

Midlertidig husvære:

Tabellen viser hvor mange personer som benyttet seg av midlertidig overnatting eksklusiv Akutten samt ca kostnad.

	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017
Antall personer	103	98	80	72	53	59	45
Kostnad, omtrentlig	5,3 mill	4,7 mill	3,2 mill	2,8 mill	2,2 mill	1,7 mill	2 mill

Startlån:

	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017
Antall startlån	49	50	28	31	30	35	33	27
Beløp, mill kr	51,3	51,3	24,8	33,8	45,6	44,9	54,45	49,5

RÅDMANNEN I SANDNES, 25.07.2017

Elin Selvikvåg
kommunaldirektør

Frode Otto

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.

SANDNES KOMMUNE – RÅDMANNEN

ORIENTERINGSSAK

Utvalg for helse og sosial	Dato	06.09.17
Sandnes eldreråd	Dato	29.08.17
Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne	Dato	30.08.17

Arkivsak : 16/09849
Arkivkode : 430
Saksbehandler : Marianne Skrettingland

Læringsnettverk pasientforløp for eldre og kronisk syke

Sandnes kommune deltar i dag i et læringsnettverk: Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke. Deltakere er 17 kommuner i Rogaland sammen med Helse Stavanger og Helse Fonna.

Dette er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS. Sandnes startet opp et læringsnettverk høsten 2016.

Nettverket i Sandnes består av følgende medlemmer:

Marianne Skrettingland, rådgiver, leder for nettverket
Lisbet Loen Ommundsen, pasientkoordinator Sandnes helsesenter
Ingunn Lindefjell, soneleder Omsorg sør
Gunn Vignes, leder Samordningstjenesten
Tina Torbergsen, leder hverdagsrehabilitering
Sigve Engelsvoll, omsorgssjef Omsorg øst
Svein Henning Haarr, fastlege
Julie Sønnervik, sykehjemslege

Læringsnettverket startet i august 2016, og avsluttes desember 2017. I denne perioden er det tre 2-dagers samlinger for alle deltagerne i nettverket med foredrag og gruppearbeid. I Sandnes har vi jevnlig møter i nettverket for å tilpasse dette til vår kommune og lage lokale rutiner.

Målet er å videreutvikle tjenestene sammen med den enkelte bruker med utgangspunkt i spørsmålet: Hva er viktig for deg?

Vi jobber med å forbedre interne forløpsrutiner og samarbeidsrutiner mellom kommunen og sykehus for å oppnå helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp.

Målet er at vi skal skape pasientens helsetjeneste, gode overganger internt i kommunen (mellom sykehjem og eget hjem) og mellom sykehus og kommune og å redusere antall reinnleggelser.

Fra spørsmålet: Hva er i veien med deg, til spørsmålet: Hva er viktig for deg? dreier vi fokus fra begrensinger til mestring. Vi vil se hele mennesket med de ressursene de har, og dermed kunne sette inn hjelp på det/de områdene som trengs for at pasienten skal mestre livet sitt med minst mulig hjelp fra kommunen.

Fokuset er hverdagsmestring, pasienten skal være en aktiv deltaker i eget liv og få brukt egne ressurser.

Med å stille spørsmålet: hva er viktig for deg? i starten av et pasientforløp, ønsker vi at pasienten skal sette seg mål for det de ønsker å oppnå med tjenesten. Vi oppnår mer

brukermedvirkning, pasienten blir mer delaktig i utforming av tjenesten og vi vil kunne gi en bedre, mer målrettet tjeneste.

I Sandnes jobber vi med interne rutiner for å forbedre kvaliteten på tjenestene våre.

- Vi har et prosjekt med annen rapportering i hjemmetjenesten: fra høytlesing av all rapport på sonen til stille rapport der ansatte selv leser rapport om brukerne de skal gå til.
- Tavlemøter på sykehjemsavdeling for å kvalitetssikre behandlingen av pasientene, spesielt viktig på korttidsavdeling med mye aktiv behandling.
- Sjekklister for å bedre kvalitet på inn og utskriving.
- Rutine for oppfølging av legetimeretter sykehusopphold og sykehjemsopphold

Den store utfordringen vil bli å få implementert hverdagsmestring som tankegang ut i tjenestene våre. Vi må lage gode rutiner som sikrer at alle pasienter blir stilt spørsmålet: Hva er viktig for deg? i starten av et forløp. Pasientenes må ta i bruk egne ressurser og de ressursene de har i pårørende. Pasientene skal ha en aktiv rolle i sitt eget liv, ikke passive mottakere av hjelp. Dette vil på lang sikt forhåpentligvis føre til mer selvhjulpne pasienter som mestrer livet sitt bedre selv med mindre hjelp fra kommunen.

Mestringsenheten deltar også i et KS-læringsnettverk innen rus og psykiske helse sammen med lokale samarbeidspartnere og 17 andre kommuner. Også dette nettverket har tydelig fokus på «Hva er viktig for deg?» og samhandling. Læringsnettverket har som mål å utvikle lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid med recovery som et overordna perspektiv på tjenestene. Kort fortalt handler recovery om prosesser og grep som folk gjør for å mestre livet, kanskje på tross av psykisk helseutfordringer eller rusproblem. Ansattes rolle blir å ha holdninger og arbeidsmåter som støtter opp om «recoveryarbeidet» som brukeren selv jobber med. Å ha et recoveryperspektiv på tjenestene betyr at kunnskap og erfaringer hos de som har eller har hatt skoen på anses som en viktig kunnskapskilde for tjenesteutvikling.

RÅDMANNEN I SANDNES, Dato

Elin Selvikvåg
Kommunaldirektør

Marianne Skrettingland

Vedlegg:

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.

ARBEIDSSEMINAR – RULLERING AV RUSMIDDELPOLITISK HANDLINGSPLAN 02.10.17



Mandag
2.oktober.2017
kl. 08.30–
12.15

Sandnes Kompetansesenter
Langgata 54, 4 etg, Sandnes

Sandnes kommune vedtok sin helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplan i juni 2012. Det er på tide med plan-rullering, det vil si oppdatering. Planen omhandler bredden på det ruspolitiske området – fra generelt forebyggende fokus via skjenke- og bevillingspolitikk, til tiltak rettet mot etablert rusproblematikk. Dette krever involvering av aktuelle instanser fra hele planens virkeområde. Du inviteres til seminaret for å bidra med å identifisere, avgrense og tydeliggjøre

områder som planrulleringen bør ivareta, slik at kommunen får en oppdatert plan som gjenspeiler dagens utfordringer og muligheter.

PROGRAM OPPSTARTSSEMINAR 2. OKTOBER 2017

08.30 ÅPNING – om planarbeidet, hva er gjort og hvilke utfordringer og muligheter har vi nå?

v/ kommunaldirektør Elin Selvikvåg

08.45 GRUNNLAG FOR EN HELHETLIG RUSMIDDELPOLITISK PLAN – HVA BØR VI TENKE PÅ?

v/ Jan Gunnar Skoftedalen, Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon

09.30 PAUSE m/frukt og kaffe

09.45 HVA ER BRA OG HVA BØR PLANEN PEKE PÅ NÅ?

Utfordringer og muligheter sett fra ulike perspektiver
Korte innlegg fra sentrale perspektiver, instanser og personer

10.30 DIALOGVERKSTED med strukturert gruppearbeid
"Sett fra mitt ståsted: Hva bør planen peke på nå?"
Introduksjon, gruppearbeid og framlegg i plenum

11. 45 LUNSJ

12. 15 AVRUNDING

Hvis du vil forberede deg er dette link til gjeldende plan:

<https://www.sandnes.kommune.no/helse-sosial/planer/rusmiddelpolitisk-handlingsplan/>

Påmelding innen 20. september til:

katharina.hovland@sandnes.kommune.no

En god hverdag – for alle!

Innledning

Planen *En god hverdag – for alle!* er en revidering av eksisterende Omsorgsplan for Sandnes kommune 2012-20130, *Den gode og aktive omsorg*. Det har vært en dreining i samfunnet fra passiv omsorg til en mer aktiv rettet helse- og omsorgstjeneste. Dette medfører at det tradisjonelle omsorgsplanbegrepet er for snevert og ikke dekkende for de tjenester som faktisk gis. Planen dekker en bred brukergruppe og skal bygge opp om at brukerne opplever en god hverdag.

Bakgrunn

Kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunen skal ivareta har økt gradvis over tid. Utviklingen stiller økte krav til både kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Brukernes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring. «*Ingen beslutning om meg, tas uten meg.*»

Kommunen utfordres på å få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressursen på nye måter. I dette ligger å utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og endringer av organisatoriske og fysiske rammer.

Helse- og omsorgstjenestene er ikke lenger bare eldreomsorg, men dekker hele livsløpet. Nye yngre brukere bringer med seg nye ressurser, krav og setter sitt preg på tjenestene.

Fram mot 2030 vil det bli en betydelig økning i behovet for helsepersonell. Det utdannes ikke nok helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere for å dekke behovet både til å erstatte personer som oppnår aldersgrense og nye stillinger.

Pleie- og omsorgsoppgaver handler primært om å bistå andre mennesker med deres midlertidige eller kroniske helse- og omsorgsutfordring. Tjenestene er i stadig endring, det er nye lovkrav, innbyggerne har andre forventninger enn for 20 år siden, nye hjelpemidler utvikles, det er en gradvis forskyvning av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og nye legemidler, behandlingsformer og hjelpemidler utvikles. En økende del pasienter har et komplekst sykdomsbilde og behov. Det stilles høye krav til kompetanse, erfaring og egnethet hos helsepersonell, samtidig som økonomiske rammer gir utfordringer knyttet til ressursbruk. I dette forventningsgapet befinner det seg et menneske som har behov for å bli møtt med respekt og behandlet med verdighet i hele livsløpet. Pasienten skal ikke «miste» seg selv, men oppleve mestring, selvstendighet og god selvfølelse. De fysiske, psykiske og åndelige behov skal ivaretas. Velferdsteknologi og bruk av frivillige er «støttetjenester» som kan gjøre hverdagen og oppgavene enklere for bruker og ansatt, men like fullt må noen administrere, organisere og følge opp disse støttetjenestene og se til at de fungerer og fyller de oppgaver som er nødvendig.

Målgruppe

Omsorgstjenestene omfatter brukere og pasienter i alle aldersgrupper og med svært ulike behov og funksjonsnivå. Det er en bred variasjon av diagnoser funksjonsnedsettelse og utfordringer. Denne planen omhandler primært mottakere av tjenester fra omsorgsdistriktene, Enhet for funksjonshemmede og Samordningsenheten. De kan også sekundært være mottakere av fysio- ergoterapienheten. Fysio- ergoterapienheten er viktig medspiller for å forhindre/forebygge behov for omsorgstjenester.

Planen har mange tangeringspunkt til andre tema- og kvalitetsplaner, som for eksempel Plan for psykisk helsearbeid 2017-2022, Boligsosial handlingsplan, strategi for frivillighet i Levekår, strategi for velferdsteknologi med mer.

Medvirkning

Under utarbeidelse av planen er det avholdt et dialogmøte der representanter fra Sandnes eldreråd, Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne, Seniorsaken, Pensjonistforbundet i

Sandes, Demensforeningen i Sandnes, eldre- og seniorsentre, politikere fra utvalg for helse- og sosialtjenester samt representanter fra tjenesteområdene i Levekår.

Mål

Helse- og omsorgstjenestene skal gi helhetlige og samordnete tilbud til personer som har rett til og behov for bistand. Tjenestene skal i størst mulig grad være rettet mot forebyggende og helsefremmende tiltak og skal kjennetegnes av verdier som selvstendighet, mestring, verdighet, trygghet og medbestemmelse. Tjenestene skal være virkningsfulle, involvere brukerne og legge til rette for at den enkelte kan leve og bo selvstendig. Tjenestene skal bygge opp under at den enkelte kan ha en aktiv og meningsfull tilværelse. Tjenestene skal innrettes effektivt på lavest mulig nivå for å ivareta målsetting om selvstendighet og mestring i eget liv. Oppsummert kan hovedmålene uttrykkes på denne måten:

- Selvstendig i eget liv
- Lengst mulig hjemme
- Tjenester på lavest mulig nivå
- Brukermedvirkning

En framtidsrettet og god helse- og omsorgstjenesten må legge større vekt på aktivisering, både sosialt og fysisk, og gi økt oppmerksomhet på brukerens sosiale og kulturelle behov.¹

[Statlige mål og styringssignal](#)

Nasjonale mål og føringer

En rekke stortingsmeldinger, slik som Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 2008-2009), Morgendagens omsorg (St.meld.nr. 29 2012-2013), Folkehelsemeldingen (St.meld.nr. 34 2012-2013 og 19 2014-2015) og Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld.st. 26 2014-2015) gir føringer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere oppgaver og større ansvar blir overført til kommunene. Det er en forventning om en større satsing på forebyggende tiltak og at oppfølging av syke skal skje i nærmiljøet. Videre er det en forventning om at kommunene drives aktivt innovasjonsarbeid der bl.a. velferdsteknologiske løsninger er sentrale. Ansatte skal ha kompetanse til å gi tjenester av høy kvalitet, og samhandling både mellom tjenester og tjenestenivåer skal gi innbyggerne sammenhengende helsetjenester.

Stortingsmelding 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester legger vekt på en mer aktiv pasient- og brukerrolle. Kvalitet og pasientsikkerhet er viktige tema. Kvalitetsforbedring av tjenestene skal skje ved bedre strukturer, økt kunnskap og innovativ tjenesteutvikling. Utviklingen skal skje i tråd med målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten (veileder IS 1162, 2005) der kjennetegnene på god kvalitet er at tjenestene skal

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- involvere brukere og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet i perioden 2015-2020. Planen inneholder fem hovedsatsinger:

Sammen med bruker, pasient og pårørende. Tjenestene skal utvikles sammen med både pasienter, brukere og deres pårørende. Brukere skal få større innflytelse og målet er at

¹ Omsorg 2020, Helse- og omsorgsdepartement

tjenesten skal bidra til at hver enkelt mottager får ivaretatt sine grunnleggende behov og får leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre.

En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste. For å sikre bærekraften i tjenesten er det behov for faglig omstilling, endret og høyere kompetanse med vektlegging på mestring, forebygging, rehabilitering, aktivisering, veiledning og velferdsteknologi. Godt og synlig lederskap vektlegges også.

Moderne lokaler og boformer. Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes etter de behov morgendagens brukere har. Dette krever et mangfold av boformer.

Den nye hjemmetjenesten. På landsbasis har det vært en vekst i hjemmesykepleien. Dette skyldes flere faktorer, bl.a. at antallet yngre brukere under 67 år har økt og ansvar og oppgaver har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling. Dermed har kommunen fått og vil få nye brukergrupper med faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov. Det ligger et potensiale både kvalitets- og ressursmessig, i å styrke hjemmetjenesten. De møter ofte brukere og pårørende i en tidlig fase i sykdomsutviklingen og en faglig sterk hjemmetjeneste kan bidra til å forebygge og utsette en ytterligere funksjonssvikt.

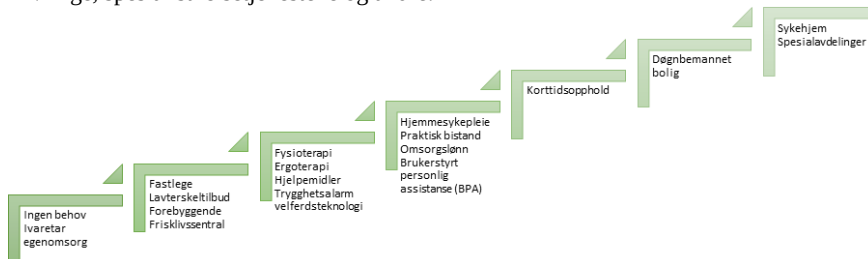
Fornyelse og innovasjon er nødvendig for å få gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Det skal satses på ny teknologi og faglige metoder.

Prinsipper og Verdigrunnlag

Omsorgstrappen

En av de mest sentrale målsettingene for tjenestene er at ingen skal bli fratatt oppgaver som de kan utføre selv samt at brukere skal styrkes til selv å mestre eget liv. Dersom det er behov for tjenester skal dette gis på så lavt nivå som mulig.

Tjenestetilbudet kan ofte illustreres som en trapp som viser eksempler på nivå i omsorgstjenestene. Brukerne befinner seg ofte på flere trinn av trappen samtidig med ulike kombinasjoner av tjenester. Langs hele akse pågår et kontinuerlig samspill med pårørende, frivillige, spesialisthelsetjenestene og andre.



Hverdagsmestring

Den enkelte innbygger har ansvar for eget liv og egen helse. Hverdagsmestring handler om hvordan den enkelte skal kunne håndtere hverdagen til tross for uhelse og funksjonsnedsettelser. Det er behov for en generell holdningsendring både hos brukere (hva kan du gjøre selv) og ansatte (hjelp mindre). Målet skal være å styrke den enkelte brukers tro på egen mestring, og ikke føle/ gjøre seg avhengig av det offentlige hjelpeapparatet.

Positiv atferdsstøtte

Enhet for funksjonshemmede (EFF) har Positiv Behaviour Support (PBS) - Positiv atferdsstøtte som verdigrunnlag og rammeverk for miljøarbeidet.

Positiv atferdsstøtte er også en metode som kan brukes for å forebygge og redusere utfordrende atferd, og dermed også redusere bruk av makt og tvang. Målet med Positiv atferdsstøtte er at personer med nedsatt funksjonsevne skal oppnå meningsfulle liv/ha god livskvalitet og sikres aktiv deltagelse i relasjoner, aktiviteter og samfunnet.

Hva er viktig for deg?

Brukers behov skal være fokus i møtet mellom bruker og kommunes helse- og omsorgstjeneste. Kommunens ansatte må invitere til dialog og innspill, og være tilgjengelig. Forskning viser at brukere som er med å utforme tjenestene opplever bedre pasientforløp.

Når en bruker kommer i kontakt med tjenesteapparatet må de få gi uttrykk for sine verdier, tanker og behov knyttet til sine helse- og omsorgsutfordringer. Bruker og pårørende må derfor få delta i utformingen av tilbudet som skal gis. Brukers mål og hva som er viktig for den enkelte skal være basis i tjenesteutøvingen.

Demografisk utvikling

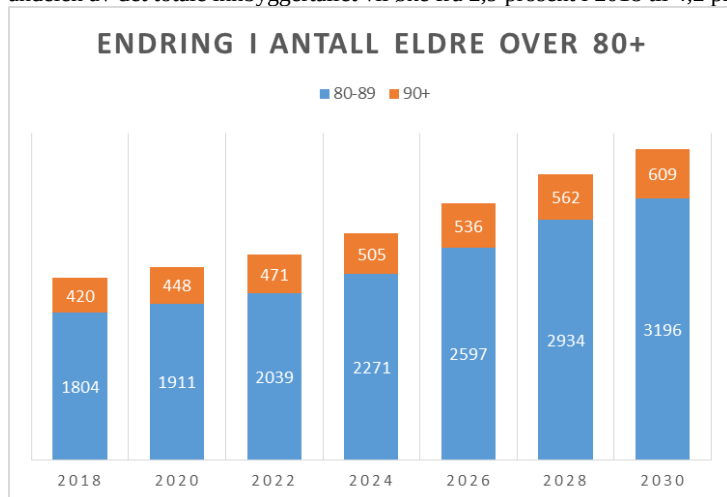
Folkehelsen i Sandnes kjennetegnes av generelt gode levekår, bra helsetilstand og gode levevaner.

Samtidig er det sosiale ulikheter i befolkningens helse, og det er tendenser som tyder på at disse er

økende. Det pekes på fem hovedområder hvor Sandnes kommune har særlige utfordringer og muligheter²:

- økte sosiale ulikheter
- større mangfold i befolkningen
- muligheter for hverdagsaktivitet
- psykisk helse, deltakelse og tilhørighet
- flere eldre

Det er viktig å ha oversikt over endringer i befolkningsutvikling for å kunne dimensjonere tjenestene og å være i forkant av utviklingen. Tjenestene gis til personer i alle aldre, mange yngre får mye tjenester. Personer over 80 år har ofte store behov og Sandnes vil få en stor økning denne aldersgruppen fram mot 2030. Det er stadig flere personer i aldersgruppen 67 - 79 år og yngre som er brukere av omsorgstjenestene. Samme trend gjelder også på landsbasis. Prognosen for antall eldre over 80 år viser at det er en markant økning i antall personer og at andelen av det totale innbyggertallet vil øke fra 2,9 prosent i 2018 til 4,2 prosent i 2030.



Tjenester

Organisering

Omsorgstjenesten er delt i 4 geografiske distrikt. Inndelingen er hovedsakelig basert på grunnkretser. Distriktene er egne resultatenheter og gir timebaserte tjenester som

² Folkehelsen i Sandnes Helsetilstand og påvirkningsfaktorer, vedlegg til planstrategi 2016-2019 Bsak 28/16

hjemmesykepleie, praktisk bistand, driver bo- og aktivitetssentrene og dagaktivitetstilbudene for eldre. Tjenestene som ytes blir vurdert og tildelt av et sentralt tildelingskontor.

Fysio- og ergoterapitenesten er organisert i en egen resultatenhet. Tjenester gis til alle aldersgrupper med hovedvekt på barn og eldre. Tjenestene ytes i nært samarbeid med omsorgstjenestene. Enheten har også ansvar for drift av kommunalt hjelpemiddellager og alarmsentral. Private fysioterapeuter som får kommunalt driftstilskudd, har hovedvekt på pasienter i aldersgruppen 16-67 år. Det er vedtatt en virksomhetsplan for fysio- og ergoterapitenesten med mål og prioriteringsnøkler for tjenesten.

Samordningsenheten har mennesker med psykisk utviklingshemming og fysiske funksjonsvansker som målgruppe. De har blant annet ansvar for saksbehandling og tjenestetildeling av privat avlastning, opphold i avlastningsbolig, støtte- og fritidskontakt, dagaktivitetsplasser og omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Samordningsenheten har også ansvar for kartlegging og vurdering av kandidater til boliger for funksjonshemmede samt overordnet ansvar for individuelle planer.

Tildelingskontoret i samordningsenheten har ansvar for saksbehandling og tildeling av tjenester som gis ut fra omsorgsdistriktene. Dette gjelder hjemmetjenester, trygghetsalarmer og heldøgnsplasser samt serviceboliger.

Enhet for funksjonshemmede - EFF - gir tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Tjenestene omfatter miljøarbeidertjeneste i heldøgns bemannede bofellesskap, timebaserte tjenester, dagtilbud, døgnbemannede avlastningstilbud og privat avlastning. Denne resultatenheten ble opprett i 2016.

[Tjenestetilbud](#)

Eldre – og seniorsenter og Frivilligsentralen

Det er 6 private og 2 kommunale eldresenter i Sandnes. Kommunen gir tilskudd til drift av de private basert på stillinger på det enkelte senter. Eldresentrene driver et viktig arbeid med tanke på forebygging av helsesvikt og isolasjon. Det er stor spennvidde i arrangement – litteraturgrupper, turer, kurs, foredrag, dansekvelder osv. Det er også mulighet å kjøpe middag, enklere retter til å spise på senteret eller ta med hjem. To eldresenter leverer middagsmat hjem (2 dager i uken hver) til personer som ikke er i stand til eller ikke vil benytte senteret. Eldresentrene har mange frivillige som stiller opp og gjør en stor innsats. Frivillighetssentralen gir tilbud til mange omsorgstrengende personer. Mange pensjonister er engasjert der og deltar aktivt med å hjelpe andre. Dette er også et godt helsefremmende tiltak for både de frivillige og mottakerne av hjelpen.

Fysio- og ergoterapi

Fysio- og ergoterapi er en del av kommunens helsetilbud og utfører undersøkelser, behandling, trening og tilrettelegging til mennesker som har problemer knyttet til bevegelse og aktivitet. Målet er å fremme og vedlikeholde god helse og funksjon gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling, habilitering og rehabilitering. Fysio- og ergoterapeutene arbeider med brukere i alle aldre. Mange brukere har sammensatte behov og trenger langvarig og tverrfaglig oppfølging. Terapeutene samarbeider derfor med flere ulike instanser og fagpersoner så vel som pårørende.

I tillegg til kommunalt ansatte har omtrent 30 selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter driftsavtale med kommunen.

Tekniske hjelpemidler formidles fra terapeut til bruker via Kommunalt hjelpemiddellager. Hjelpemiddellageret har som hovedoppgave å levere ut, montere, foreta tilpasninger og reparasjoner av tekniske hjelpemidler til brukere i kommunen.

Frisklivssentralen

Frisklivssentralen kan hjelpe personer til å sette konkrete mål, finne frem til aktiviteter og tilbud som passer, og gi støtte til å gjennomføre planlagte tiltak. Veiledning og oppfølging foregår både individuelt og i grupper og tar utgangspunkt i behov og det som ønskes oppnådd.

Tilbudene er spesielt rettet mot de som står i fare for å få, eller allerede har fått livsstilsrelatert sykdom. Tilbudene omfatter røykeslutt, ernæring og aktivitet og søvn.

Friskliv75 er Frisklivssentralens tilbud til kommunens innbyggere på 75 år. De blir invitert til en fagdag med fokus på frisk aldring, kosthold, fysisk aktivitet og trygghet i hjemmet.

Trygghetsalarm

Kommunen disponerer omtrent 800 trygghetsalarmer. Alarmer tildeles personer som har behov for å tilkalle hjelp på kort varsel. Alarm gir brukeren økt trygghet og kan hjelpe enkelte til å bo lenger i eget hjem. Alarm tildeles som et supplement til andre helse- og omsorgstjenester. Gjennom bruk av alarmer vil den enkelte få kontakt med vakthavende helsepersonell i hjemmesykepleien.

Fra høsten 2017 kan kommunen tilby digitale trygghetsalarmer som ikke krever annen installasjon en strømtilkobling. Alarmene bruker mobilt bredbånd som kommunikasjonskanal. De nye alarmene rutes til et bemannet responscenter som vil videreformidle anrop til hjemmesykepleie eller legevakt etter behov.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere personlig bistand (praktisk og personlig bistand samt opplæring) på. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. Brukerstyrt personlig assistanse er først og fremst beregnet for personer med langvarig og stort behov for bistand i dagliglivet.

Kommunen vurderer bistanndsbehovet og skal i samarbeid med den enkelte bruker avgjøre om det skal tilbys tjenester i form av brukerstyrt personlig assistanse.

Når personlig assistanse organiseres som en BPA-ordning, er det brukeren selv, eventuelt med bistand, som organiserer og leder arbeidet med assistentene. Det er et krav at arbeidslederrollen blir forsvarlig ivaretatt.

Omsorgslønn

Personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid og utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen, kan få omsorgslønn. Omsorgslønn skal gjøre det mulig for private omsorgspersoner å opprettholde omsorgsarbeidet for sine nærmeste. Ordningen omfatter både omsorgsyter uten omsorgsplikt og foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn.

Ingen har en lovfestet rett til omsorgslønn, men kommunen har en plikt til å tilby ordningen.

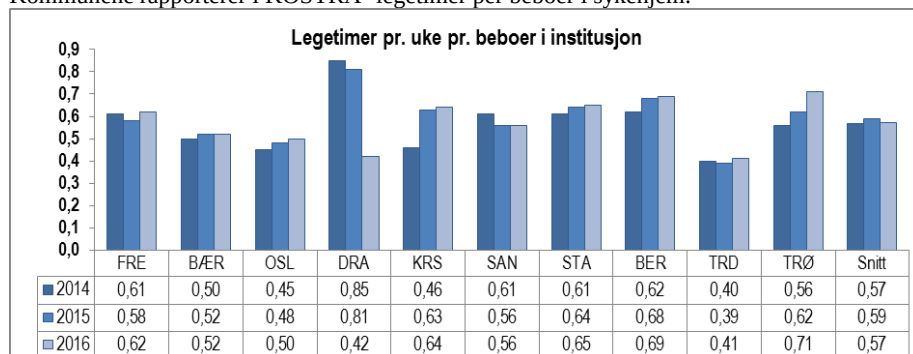
For å få tildelt omsorgslønn må kommunen ha vurdert dette som den mest hensiktsmessige måten å yte tjenester på i hvert enkelt tilfelle. Denne vurderingen skal skje i samarbeid med omsorgsyter og eventuelt omsorgsmottaker.

Legetjenester

Sandnes kommune vedtok i 2014 en plan for legetjenesten. Hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger benytter sin fastlege. På sykehjem er det egen sykehjemslege som har ansvar for pasientene. Planen legger blant annet vekt på at innbyggerne skal ha reelle valg mellom ulike fastleger og at det er god kapasitet i fastlegeordningen. I følge planen skal legetjenesten til sykehjemsbeboere styrkes da det både er flere alvorlig syke og flere plasser i sykehjem. Fastlegen er en viktig samarbeidspartner for de kommunale tjenestene og dette bør utvikles

videre³. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende og kommunen har begrenset styringsrett over deres virksomhet.

På sykehjem er sykehjemslegen også medisinsk rådgiver med ansvar for medisinske rutiner og kliniske vurderinger ved alvorlige sykdomsforløp og ved vurdering av samtykkekompetanse. Sykehjemslegen inngår i den tiden kommunen kan pålegge fastleger kommunalt arbeid. Noen få sykehjemsleger er kommunal ansatt i hele sin stilling og har ikke fastlegepraksis i tillegg. Kommunene rapporterer i KOSTRA⁴ legetimer per beboer i sykehjem.



Sandnes ligger på gjennomsnittet sammenlignet med kommunene i ASSS⁵-nettverket. I 2009 var det 0,40 time per beboer. Tidsrammen omfatter den tid legen er tilgjengelig på avdelingen, forberedelsestid og tidsbruk for eventuell kontakt når legen ikke er tilstede.

Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten er ryggraden i kommunens omsorgstjeneste, og ivaretar personer med små og store bistandsbehov både i korte perioder og over lengre tid. Hjemmetjenester gis til eldre og yngre brukere. I tråd med nasjonale rapporter er en stadig større andel brukere yngre. Kommunens målsetting er at flest mulig skal bo i eget hjem så lenge som mulig med nødvendige omsorgstjenester. Dette vil kreve en styrking av hjemmetjenesten i årene som kommer. Hjemmetjenesten skal ha fokus på hva som er viktig for brukerne og fokusere på mestring av hverdagen.

Hjemmetjenesten består av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Hjemmesykepleien gir nødvendig helsehjelp i den kommunen brukeren bor eller oppholder seg i. Typiske oppgaver er personlig stell, sår og medikamenthåndtering, oppfølging og observasjon. Det er ingen aldersgrenser for tjenesten. Tjenesten skal arbeide mot fastsatte mål for brukeren og gi intensive tjenester for om mulig å gjøre brukeren mer selvhjulpent.

I juni 2017 var det 1154 mottakere av hjemmesykepleie. Dersom en legger til grunn at behovet for hjemmesykepleie og tildelingsfrekvens vil være uforandret i årene framover vil befolkningsveksten føre til omtrent 600 flere brukere i 2030.

	2017	2020	2025	2030
0 – 66 år	272	280	297	312
67 – 79 år	288	327	387	429
80 år og eldre	594	645	801	1041
Sum	1154	1252	1485	1782

Praktisk bistand og opplæring omfatter både hjelp til egenomsorg, personrettet praktisk bistand og annen hjelp til alle dagliglivets gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. Dette skal gjøre brukeren mest mulig selvhjulpent i daglivet og kan innebære

³ KS FoU: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? 2016

⁴ KOSTRA – årlig rapportering til SSB

⁵ ASSS – landets 10 største kommuner

opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål. På samme måte som hjemmesykepleien har tjenesten praktisk bistand også fått en større andel yngre brukere med årene. Praktisk bistand kan også omfatte opplæring i dagliglivets gjøremål. Da kalles tjenesten miljøarbeid og benytte i stor grad av EFF.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en metode som bidrar til hverdagsmestring. Det er en rehabiliteringsform for hjemmeboende med fokus på å opprettholde eller øke fysisk funksjon og livskvalitet. Tjenesten skal bidra til at hjemmeboende klarer seg selv hjemme og mestre eget liv så lenge som mulig. Hverdagsrehabilitering gis i en tidsbegrenset periode og det gis intensiv opptrening i daglige aktiviteter med utgangspunkt i deltagerens egne mål. Et tverrfaglig team kartlegger deltakers behov og utarbeider rehabiliteringsplan og treningsprogram. Hjemmetrenerne i hjemmetjenesten utfører treningen.

Deltagerne har gitt tilbakemelding på tjenesten og er jevnt over godt fornøyd. Mange har blitt mer aktive og har hatt utbytte av å delta. De fleste har nådd sine mål og blitt selvhjulpne eller fått redusert sitt hjelpebehov.

Dagaktivitetstilbud

Kommunen har dagsentertilbud for eldre helsesvake ved 6 bo- og aktivitetssenter. Dagsentrene tilbyr et sosialt fellesskap med andre og brukerne får gjennom måltidene god ernæring. For mange er turen til dagsenteret eneste mulighet til å komme ut fra hjemmet sitt. Et godt tilrettelagt dagtilbud tar hensyn til brukernes individuelle behov, har fleksible åpningstider og brukerstyrte, individuelle aktiviteter. To av dagsentrene, Lura og Austrått, er spesielt tilrettelagt for personer med demens hvorav et tilbud er for yngre personer med demens. Ved hjelp av statlige tilskuddsmidler har disse utvidet åpningstid om ettermiddagen. Aktivitetstilbud til personer med psykisk og/eller fysisk funksjonsnedsettelse gis ved Kvål og Våggjerd aktivitetssenter. Tilbudene er organisert og tilpasset ulike brukergrupper. Omsorgstjenesten omfatter brukere i alle aldersgrupper. Det er en økning av brukere med store behov i alder under 67 år. Det gir en utfordring opp mot de tradisjonelle tilbudene i kommunen

Det er per i dag ingen tilrettelagte dagaktivitetstilbud for yngre med kun fysisk funksjonsnedsettelse. Det er behov for å se på mulige løsninger for mer tilpasset tilbud for brukergruppene.

Avlastning

Avlastningstiltak gis til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastning gis ut fra ulike behov og organiseres på ulike måter. Avlastning i eget hjem eller i andres hjem gis timebasert eller som døgnavlastning. Avlastning i bolig er et døgnbasert tilbud til foresatte med hjemmeboende barn og unge med psykisk og/eller fysisk funksjonsnedsettelse. Enkelte med diagnoser innen psykiatrispekteret får aktivitetsbasert avlastning. I Aktivitetsbasert avlastning bruker en aktiviteter og friluftsliv i arbeidet med barna/ungdommene.

Avlastningstilbud på dagaktivitetssenter eller avlastningsopphold i sykehjem kan gis for å utsette innleggelse i institusjon og gi eldre muligheten til å bo hjemme lengst mulig.

Avlastning i hjemmet, særlig for personer med demens, er tiltak som kan hjelpe pårørende til at personen kan bo hjemme lengre. Frivillighet inn i hjemmene i form av besøksvenn/«frivillig venn» kan hjelpe ensomme eller helsesvake til mer aktivitet.

Boliger for personer med nedsatt funksjonsevne

Personer med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for tilrettelagte boliger med tilgang til tjenester hele døgnet, eller store deler av døgnet. Dette innbefatter brukere med fysiske funksjonshemminger og psykisk utviklingshemming. Boligene er ofte flere (fra 4 til 12) selvstendige boenheter samlet i en bygning sammen med en personalbase. Noen boliger har fellesarealer som benyttes til fellesarrangement og måltider etter beboernes ønsker og behov. Enkelte i brukergruppen kan ha stor nytte av å bo i egen leilighet i nær tilknytning til en bolig med bemannet personalbase.

I NOU 2016:17 «På lik linje» fremholdes det at en god bosituasjon er viktig for alle mennesker og særlig for de som har behov for stabilitet og forutsigbarhet. NOU foreslår en lovfesting av det kommunale ansvaret for å skaffe egnede og tilpassede boliger til denne. Det er xx personer per xx september som er kvalifisert og venter på slik bolig, av disse er xx mellom 16 og 18 år.

Heldøgnsomsorg for eldre

Heldøgnsomsorg blir gitt både i omsorgsboliger (bokollektiv og bofellesskap) og i institusjon (sykehjemsplasser). Forskjellen er i hovedsak ulik lovregulering, ulik ordning for brukerbetaling og ulike krav til vedtak. I omsorgsbolig følges den enkelte beboer opp av sin fastlege mens sykehjem har egen sykehjemslege tilknyttet avdelingen.

Bokollektiv er heldøgnsbemannet og har personer med lettere demenssykdom som målgruppe. Leilighet/hybel ligger i tilknytning til fellesareal (kjøkken, spiseplass og oppholdsrom). Beboer møblerer egen enhet selv, betaler husleie og for tjenester som om vedkommende bodde i eget hjem. Beboer bruker også egen fastlege. I de senere år er flere bokollektiv omgjort til sykehjemsplasser.

Bofellesskap er også heldøgnsbemannet. Målgruppen er helsesvake eldre. Leiligheten er ofte større enn i bokollektiv på bekostning av et noe redusert fellesareal. Flere bofellesskap er i de senere år omgjort til sykehjemsplasser. Betalingsordning og legetilsyn er som for bokollektiv. Sykehjem retter seg mot de mest pleietrengende og sykeste brukerne, fortrinnsvis eldre personer. Beboere i sykehjem skal få dekket sine behov for pleie, medisinsk oppfølging og behandling samt individuelt tilpassede aktiviteter.

Beboer disponerer rom og bad. Rommet har sykeseng og enkel møblering. Det er anledning til å ha noen få egne møbler. Legebehovet dekkes av sykehjemslege. Beboer betaler vederlag etter statlig forskrift. Vederlaget er inntektsavhengig, eventuell formue inngår ikke i beregningsgrunnlaget. Vederlaget dekker det meste av oppholdet, men ikke klær og personlig forbruk.

De fleste plassene er i enkeltrom, men det finnes noen dobbeltrom som fortrinnsvis brukes til korttidsopphold eller til beboere som ønsker å bo sammen.

I sykehjem er det både korttidsopphold og langtidsopphold. Korttidsopphold tildeles brukere som trenger et tidsavgrenset opphold på grunn av rehabilitering, vurdering av helsetilstand, etter sykehusinnleggelser, kriser i hjemmet og i livets siste fase. Korttidsplassene er i hovedsak samlet på Sandnes helsesenter og Rundeskogen bo- og aktivitetssenter.

For å møte ulike brukerbehov er enkelte avdelinger spesielt innrettet for brukere med ulike behov. Her kan nevnes skjermingsavdelinger for personer med kognitiv svikt/demenssykdom, lindrende behandling og rehabilitering.

Sandnes kommune er vertskommune for Jæren øyeblikkelig hjelp. Av de 13 plassene disponerer Sandnes seks plasser. Plassene skal erstatte innleggelser på sykehus.

IPLOS-måling⁶ viser at 88,8 prosent beboere på langtidsplass i institusjon som har omfattende bistandsbehov i 2016, snittet i ASSS-kommunene er 85 prosent. Andelen har økt fra 85,3 prosent i 2014. I de fleste av ASSS-kommunene har andelen med omfattende behov økt de siste årene.

⁶ IPLOS- Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

Dekningsgrad er et begrep som ofte blir brukt som måltall for heldøgns plasser. Dekningsgraden gjenspeiler hvor mange plasser som disponeres i forhold til befolkningen som er 80 år og eldre. Det er usikkert hvor stor dekningsgraden bør være og om det er det rette måltallet. Behovet for plasser påvirkes av mange faktorer, alt fra hvordan boligmassen og sosiale møtepunkter i kommunen er til befolkningens helsetilstand og den medisinske utviklingen.

Plasser med heldøgnsbemanning	2017	2018	2019	2020
Antall plasser 1. juli 2017	484	484	484	484
Rundeslogen bo- og aktivitetssenter, femte etasje	21	21	21	21
Reduksjon dobbeltrom	-6	-6	-6	-6
Oppstart Lura etter oppussing			14	14
Disponible plasser 31/12	499	499	507	507
Dekningsgrad i prosent	23,0	22,4	22,2	21,5

Behovet for heldøgns plasser vil stige når antall eldre øker. En godt utbygd hjemmetjeneste, velferdsteknologi og hverdagsmestring samt gode dagaktivitetstilbud kan forsinke behovet for en heldøgns plass. I tillegg kan alternative boformer være et effektivt virkemiddel. Det må satses sterkt på behovsreducerende tiltak.

Det er vanskelig å si noe eksakt om i hvor stor grad tiltakene reduserer behovet for heldøgns omsorg. I planene for framskriving legges det derfor til grunn to alternativer med en dekningsgrad på 22 prosent og 20 prosent av befolkningen som er 80 år og eldre. Underveis må det vurderes hvilket alternativ som er mest bærekraftig og dekker behovene.

Plasser med heldøgnsbemanning	2017	2020	2025	2030
Antall plasser 31/12	499	507	507	507
Antatt behov, 22 % dekningsgrad	478	519	645	837
Behov for nye plasser, 22 %	-21	12	138	330
Antatt behov, 20 % dekningsgrad	435	472	586	761
Behov for nye plasser, 20 %	-64	-35	79	254

Tabellen over viser at det vil være behov for en økning av antall heldøgns plasser fram mot 2030 uansett hvilket alternativ som velges. Det vises for mer utførlig beskrivelse av andre boformer, tomtealternativer og utvidelsesmuligheter i kapittelet om fremtidens boform.

Koordinering

Kommunen har en koordinerende enhet som fungerer som et kontaktpunkt for meldinger om behov for habilitering og rehabilitering. Det skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og enheter.

En koordinator har hovedansvaret for koordinering og oppfølging av pasienter og brukere som mottar flere langvarige helse- og omsorgstjenester. Koordinator skal bidra til å sikre samordning av tjenestetilbudet.

Brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjon, har rett på en individuell plan.

Kreftkoordinator er et lavterskel tilbud for personer med behov for veiledning og rådgiving i sykdomsforløpet. Andre grupper som personer med demens lidelser eller nevrologiske lidelser har ofte behov for koordinator/veileder spesielt i starten av sykdomsforløpet og gjerne før det er behov for ordinære pleie- og omsorgstjenester. Bedre opplevelse av brukerreisen kan oppnås ved blant annet «en dør inn» for å få hjelp. Felles tildelingskontor er et tiltak som er iverksatt for å få til dette. Dette må videreutvikles for å tilpasses behovene.

Oppfølgingsteam som ny arbeidsform er noe regjeringen ønsker kommunene etablerer for å få til bedre tverrfaglighet og koordinerte tjenester. Det handler om å organisere tjenestene i team for å følge opp personer med store og sammensatte behov.

Tiltaksliste tjenester

- Variert tjenestetilbud må opprettholdes og videreutvikles, og tilpasses brukernes behov. Det må særlig satses på hverdagsrehabilitering og hjemmetjenester.
- Hverdagsrehabilitering skal tilbys alle aktuelle brukere.
- Kapasitet ved dagaktivitetstilbud må økes. Det bør vurderes på hvilken måte ulike brukergrupper kan få dagtilbud.
- Eldre- og seniorsentrene må opprettholdes. Kommunen bør i løpet av 2018/2019 avholde møte med sentrene for å se på drift og oppgaver som kommunen ønsker dekket.
- Kommunen skal delta i nasjonalt velferdsteknologiprogram for å videreutvikle trygghetsalarm og teknologisk støttetjenester.
- Kommunen må planlegge flere plasser i bo- og aktivitetssenter innen 2025 for å opprettholde dekningsgraden.
- Enhetene skal arbeide videre med å utvikle gode pasientreiser og gi innbyggerne «en dør inn» ved å etablere flere koordinatorstillinger.
- Omorganiseringen i EFF skal evalueres.
- Kommunen må fortløpende vurdere behov for andre organisatoriske endringer.
- Alternative måter å organisere tjenestene på må vurderes – mulig utvikling av primærteam/tverrfaglige team.

Brukermedvirkning

I Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, står det at brukernes medborger- og medvirkningsansvar og den enkeltes muligheter og ressurser til selv å påvirke eget liv og egen helse skal fremmes og forsterkes. Fremtidens brukere vil stille høyere krav til kvalitet på tjenestene og vil medvirke til hvordan tjenestene innrettes og ytes ut fra egne mål og for funksjonsnivå og helse.

Brukermedvirkning og brukerinvolvering er et fokusområde for tjenestene. Ansvarliggjøring av den enkelte og økt egenomsorg er viktig for å gi bedre helse og livskvalitet og en bærekraftig tjeneste. I henhold til pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 har bruker rett til medvirkning. Kommunen må så langt som mulig tilrettelegge tjenestene i samarbeid med tjenestemottaker. Denne medvirkningen kan foregå på individnivå og systemnivå. Ulike metoder må benyttes for å sikre medvirkning og innhente tilbakemeldinger og erfaring fra bruker og pårørende slik at tjenestene kan tilpasses og bli bedre.

Brukerundersøkelser

Kommunen har behov for å få tilbakemelding på tjenestene som gis for å kunne endre, tilpasse og utvikle dem. En metode som har vært brukt er ulike varianter av brukerundersøkelser, i papirform eller elektronisk. Tjenestene opplever liten respons på de brukerundersøkelsene

som benyttes per i dag. Det er meldt inn ønske om en forenklet utgave som kan være enklere for både bruker og pårørende å respondere på.

Bedre kvalitet på brukerundersøkelser og økt respons kan oppnås andre metoder.

Brugerundersøkelsen kan gjennomføres på samarbeidsmøter, det kan foretas hyppigere undersøkelser, gjerne med noen få enkle spørsmål eller satses på digitale løsninger ved blant annet å gjennomføre undersøkelse på nettbrett i møte med den enkelte bruker/pårørende.

Dialog og kommunikasjonsløsninger

God kommunikasjon og formidling er sentrale punkt i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Pårørende melder om behov for informasjon om brukers tjenester og daglige aktiviteter. Bedre kommunikasjon mellom pårørende og kommune kan oppnås ved mer bruk av Individuell Plan (IP) i omsorgstjenestene. Bruk av IP kan ivareta behov slik som rådgiving fra kommunens side, ha en kontaktperson og få riktig hjelp til riktig tid.

Digitale kommunikasjonsbøker som kan brukes av ansatte, bruker og pårørende kan være en alternativ løsning for bedre kommunikasjon. Mulighet for nye løsninger for kommunikasjon med andre brukergrupper, yngre brukere, psykiske lidelse etc., slik som bruk av videokommunikasjon i samhandling med kommunen, må vurderes. Informasjon må være lett tilgjengelig. Skype/åpen møteplass kan vurderes som alternative tiltak.

Brukere må gis informasjon om hva brukermedvirkning er og hva det innebærer. Det er viktig å lytte til brukerne i hverdagen, involvere og motivere bruker til å ta ansvar for egen helse for å unngå passivisering.

Brukerråd

Sandnes eldreråd og Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne bør benyttes mer aktivt i prosesser med utvikling av tjenestene. I bo- og aktivitetssentrene er det etablert brukerråd med representanter både fra pårørende og ansatte. Rådene er sentrale i tjenesteutviklingen og kvalitetsforbedrende arbeid på institusjonene.

Brukermedvirkning i hjemmetjenesten er vanskelig på systemnivå. Det er en mer spredt og variert brukergruppe. Alternativt bør det vurderes om brukerråd for hjemmeboende brukere er mulig.

Pårørenderepresentant i kvalitetsutvalg eller arbeidsmiljøutvalg kan være en måte å sikre god brukermedvirkning.

På systemnivå må det være et internkontrollsystem som kontrollerer at brukermedvirkning blir ivaretatt og gjennomført.

Nettverkssamlinger/dialogkonferanser/fagdager/infomøter for brukere og pårørende bør benyttes langt oftere av kommunen.

Minoriteter

I Sandnes er mer enn en femtedel av innbyggerne av innvandrerbakgrunn. Kulturforskjeller og språkbarriere kan hindre en god helse- og omsorgstjeneste. Utfordringer knyttet til dette kan være eldre personer med analfabetisme som bor hos sine barn og ikke lærer norsk. Noen er ukjent med norsk kultur, eller er ukjent med hvordan de kan ta imot et hjelpetilbud til foreldre eller barn. Ivaretagelse av tro og religionsutøvelse kan bli vanskelig i praksis i møte med norsk helsevesen. Det kan handle om lite kunnskap blant helsepersonell eller vansker med praktisk tilrettelegging.

Enkelte grupper har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen. Noen er traumatisert fra tidligere hendelser og mer utsatt for psykisk belastning. Kulturforskjell kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å identifisere behovet når smerter uttrykkes ulikt. Blant annet er demens en lidelse som kompliserer oppfølgingen ved kultur og språkutfordringer.

Innsats bør fokusere på økt kompetanse blant ansatte og ta i bruk tilgjengelige hjelpemidler og tolketjeneste. Flyktningeenheten har stor kompetanse på dette feltet og kan være en ressurs for helse- og omsorgstjenesten med egne kontaktpersoner eller koordinator.

Tiltaksliste brukermedvirkning

- Se på mulighet for å bruke tilbakemeldingsverktøy slik som FIT (Feedback-Informed Treatment). Det er et verktøy som legger til rette for systematisk tilbakemelding fra bruker til behandler.
- Fortsette bruk av IP (individuell plan) – opplæring av ansatte
- Opprettholde brukerråd i bo- og aktivitetssenter
- Bruke klarspråk i kommunikasjon med bruker og i vedtak
- Se på mulighet for anskaffelse av digitale kommunikasjonsverktøy mellom tjenestene og pårørende/brukeren.
- Delta i testing av «digital innbyggertjeneste»
- Invitere med brukerrepresentanter fra start i ulike prosesser og prosjekter
- Gjennomføre brukerundersøkelser i gitte intervaller
- Bruke avvikssystemet som internkontroll
- Startsamtale/innkomstsamtale skal være en fast del av tilbudet i institusjon og hjemmetjenesten
- Benytte utarbeidet informasjonsbrosjyre fra hjemmesykepleien i møte med bruker og pårørende.
- Formalisere samarbeid med Flyktningenheten med kontaktpersoner for omsorgstjenesten
- Bruke tolk ved første kartlegging
- Utarbeide retningslinjer for bruk av tolketjeneste
- Gjøre kjent og tilgjengelig enkle hjelpemidler som elektronisk oversetter med mer

Pårørende

Familie, nærpersioner og sosiale nettverk spiller en betydelig rolle for den enkelte pasients helse og livskvalitet. Manglende nettverk kan derfor resultere i økt etterspørsel etter kommunale tjenester. Kommunale tjenester erstatter ikke et manglende sosialt nettverk og pårørende er en verdifull ressurs. Ansatte må verdsette deres kompetanse når det gjelder kjennskap til bruker og den bistand de kan gi, og bidra til et godt samspill.

Tilgjengelig informasjon om hvilke tilbud som er tilgjengelig er viktig for både pårørende og bruker. Ansatte må lytte til pårørendes behov og ta hensyn til disse der det er mulig. Pårørende må informeres om kommunens tjenestetilbud og avklare forventninger tidlig i forløpet. Mer bruk av koordinatore/kontaktpersoner som kan gi råd og veiledning er et behov. For de som har store omsorgsoppgaver kan samtaler eller støtte i grupper være nyttig.

Pårørende til personer med omfattende hjelpebehov kan ha behov for avlastning i perioder. Det er i dag avlastningstilbud i bolig, sykehjem og på dagsenter. Det kan også være mulig å tilby avlastning i eget hjem.

Pårørende ønsker mer små/hyppigere muligheter for tilbakemelding i det daglige. Det arbeides nasjonalt med å utvikle et digitalt verktøy for samhandling med bruker og pårørende. Det er også tilgjengelig ulike applikasjoner for «hverdagslige» tilbakemeldinger mellom pårørende og kommunen.

Barn som pårørende

I henhold til helsepersonelloven § 10a har helsepersonell plikt til å identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av foreldrenes tilstand. Lovkravet skal styrke stillingen til barn av foreldre med alvorlig sykdom.

Det er gjennom de seinere årene et styrket fokus på barn som pårørende. I Pårørendeveilederen (IS 2587) er ansvaret tydelig beskrevet.

Kommunen har utarbeidet interne retningslinjer for barn som pårørende. Retningslinjene gjelder alt helse- og sosialpersonell i Levekår og fastleger som er i kontakt med voksne med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom/ skade. Retningslinjene omfatter også mindreårige søsken til alvorlig syke og mindreårige etterlatte. Barn som pårørende skal tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Bestemmelsen omfatter således både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn i alderen 0-18 år.

Tiltaksliste pårørende

- Utarbeide informasjonsverktøy til bruk i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem.
- Opprettholde og etablere koordinatorstillinger for spesifikke områder slik som kreft og demens.
- Vurdere mulighet for bruk av elektronisk samhandling mellom tjenestene og pårørende.
- Legge til rette for mer fleksible avlastningsordninger.
- Opprettholde og systematisk benytte bruker- og pårørenderåd i bo- og aktivitetssentrene som en ressurs til utvikling og forbedring.
- Implementere og følge opp retningslinjene for barn som pårørende. Gjennomføre en kvalitetssjekk i 2018, om retningslinjene oppfylles.
- Det utarbeides en egen pårørendestrategi for Levekår

Frivillighet

Frivillighet er et utbredt begrep i Norge der hovedinnsatsen legges ned i kultur- og idrettssektoren. Bare 10 prosent av det frivillige arbeidet i Norge skjer innenfor omsorgssektoren. Grensen mellom offentlig virksomhet, privat næringsliv og det sivile samfunn er i endring. Det vokser frem en erkennelse om at det offentlige ikke kan, eller skal, løse alle oppgaver. Frivillige aktører gjør en betydelig samfunnsinnsats, og frivillig arbeid er et viktig supplement til de kommunale tjenestene⁷.

Tjenesteområdet Levekår har siden 2014 arbeidet etter en frivillighetsstrategi for å bidra til en god samhandling mellom tjenestene og frivillige enkeltpersoner, lag og organisasjoner. Dette arbeidet krever ildsjeler og motiverte ledere og må arbeides med kontinuerlig. Kommunen satser også på en styrking i frivillighetsarbeidet for eldre og pleietrengende. På den måten kan en oppnå økt livskvalitet for både de som mottar frivillig bistand, og for de som gir slik støtte. Rekruttering og oppfølging av frivillige, samarbeid med frivilligsentralen, utvikling av frivillig «aktivitetsvenn» sammen med Nasjonalforeningen for folkehelsen og etablering av kontaktpersoner på alle bo- og aktivitetssenter er noen av tiltakene som er gjennomført. Det er etablert et faglig nettverk for frivillig arbeid slik at de ulike virksomhetsområder kan lære av hverandre. Det er utarbeidet informasjonsmateriell som skal invitere personer til å bli frivillig. «Aktivitetsdosetten» er tatt i bruk som metode ved ett bo- og aktivitetssenter.

Aktivitetsdosetten innebærer at pasienter på sykehjem får en daglig «dose» med aktiviteter. Frivillige er delaktige i å utføre aktivitetene sammen med pasientene.

Omsorgsdistriktene har i 2016 knyttet til seg flere frivillige, og den frivillige innsatsen har økt. Det å være frivillig kan være helsefremmende i seg selv og bør være en oppfordring til friske eldre å aktivisere seg med. Pårørende deltar ofte som frivillig og noen fortsetter å virke som frivillig. Bruk av yngre frivillige gir en større bredde i tilbudet. Ungdommer og unge voksne har andre ressurser. For å få til et godt tilbud for brukerne må det legges til rett for et godt samarbeid mellom de kommunale tjenestene og frivillige. Rekruttere og beholde frivillige er satstingsområde for ressurspersonene i tjenestene.

⁷ Morgendagens omsorg (St.meld.nr. 29 2012-2013)

Tiltaksliste frivillighet

- Ressurspersoner/koordinatorer i hver enhet og bo- og aktivitetssenter
- Nettverksgruppe for ressurspersonene, ledet av Frivilligsentralen
- Rekruttere og beholde frivillige i alle aldersgrupper
- Oppdatert og lett tilgjengelig informasjon om frivillighetsmuligheter på kommunens nettsider, samt vedlikeholdt brosjyre til bruk ved rekruttering.
- Rådgiver i fagstab Levekår er ansvarlig for oppfølging av strategien
- Samarbeid mellom enhetene. Eksempelvis flyktninger som frivillig i Omsorg, EFF og Frivilligsentralen.
- Samarbeid med Eldrerådets frivilliggruppe for å spre informasjon i organisasjoner for eldre.
- Samarbeidsavtaler med ulike aktører, i regi av Frivilligsentralen.
- Tilby aktuelle ansatte opplæring i studiet Frivillighetskoordinering og Aktiv omsorg.
- Enhetene arrangere jevnlig samlinger/opplæring og informasjon til de frivillige.
- Koble bruk av metoden «Aktivitetsdosetten» i sykehjem mer mot frivillige.
- Utvikle etiske retningslinjer for bruk av frivillige, inkludert informasjon til pårørende og taushetsløfter.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologibegrepet beskriver teknologiske løsninger som skal styrke den enkeltes mulighet for egenmestring, forsterke brukernes trygghet, bevegelsesmulighet og muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet.

Et av hovedmålene er at ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger skal innbyggerne i Sandnes kommune oppleve trygghet og større egenmestring i sin hverdag der de bor.

Innbyggerne skal oppleve tjenestene de mottar som fleksible og med stor grad av brukermedvirkning. Bruk av velferdsteknologi skal gi bedre ressursutnyttelse i fagutøvelse og forvaltning.

Velferdsteknologi er fortsatt relativt nytt og er i en rivende utvikling. Direktoratet for e-helse har blitt etablert og de utgir stadig nye anbefalinger rundt dette temaet. Sandnes kommune skal arbeide videre med å ta i bruk og implementere velferdsteknologi i tjenestetilbudet. For at dette skal bli en realitet vil det kreve holdningsarbeid både blant ansatte, pårørende og brukere. Ansatte skal læres opp i Velferdsteknologiens ABC for å kunne være med å gjøre vurderinger av behov og finne gode løsninger for den enkelte bruker.

Gjennom aktiv brukermedvirkning, tverrsektorielle/interkommunale samarbeid og pilotering av teknologiske løsninger gjør kommunen seg verdifulle erfaringer som vil være sentrale når ny velferdsteknologi skal implementeres.

Det er viktig å investere i tiltak som utsetter/reducerer etterspørselen etter heldøgns plasser. Hverdagsmestring og systematisk innføring av velferdsteknologi vil være viktige tiltak i denne satsningen. Kommunen har utarbeidet sin egen strategi for sin satsning på velferdsteknologi. Når strategiperioden er utløpt i 2020 må det vurderes om videre tiltaksplan skal tas med i neste revisjon av Omsorgsplanen.

Sandnes har sammen med elleve andre kommuner anskaffet digitale trygghetsalarmer. Dette danner grunnlag for å kunne benytte annen type trygghetsskapende teknologi som dørsensorer, GPS og fallalarmer. Ved implementering av velferdsteknologi vil det på sikt bli behov for nye måter å håndtere varslene som genereres.

Utfordring med ny teknologi er at det stadig utvikles nye løsninger og montering og vedlikehold av utstyr kan kreve behov for mer spisskompetanse. For å få til en vellykket implementering må det sikres at informasjon, kunnskap og holdningsendring formidles ut i alle tjenestene.

Tiltaksliste velferdsteknologi

- Aktiv brukermedvirkning for å sikre at det fokuseres på behovet som skal dekkes, i stedet for løsninger som ikke tas i bruk.
- Trygghetsalarmer skal alltid være tilgjengelig på kommunalt hjelpemiddellager, og tildeles uten venteliste til de som blir vurdert til å ha nytte av slik alarm.
- Trygghetsalarm skal kobles til en bemannet responstjeneste som «siler» anrop.
- Ulik trygghetskapende sensorikk skal tilbys brukere med behov for slikt utstyr.
- I 2017/ 2018 skal levekår bidra i nasjonale prosjekter knyttet til digitalisering av søknader og informasjonsutveksling mellom brukere og henholdsvis helsetjenestene i levekår og de kommunale NAV-tjenestene.
- Kommunen skal fortsatt delta aktivt i ulike nettverk for erfaringsutveksling og samarbeid om velferdsteknologi.
- Kompetanseheving med gjennomføring av Velferdsteknologiens ABC til aktuelle ansatte.
- Kartlegging av arbeidsprosesser og vurdering av gevinst vil være sentralt for at satsingen skal være en suksess. Det jobbes nå videre med gevinstrealisering i forhold til elektronisk medisindispenser og e-lås, for å vurdere om dette er noe Sandnes kommune bør satse på i 2017. En stor del av jobben vil være å få prosjekter over i driftsfase slik at man kan jobbe med volum og hente ut eventuelle gevinster.

Demensomsorg

Dette kapitlet omhandler demensomsorgen spesielt. Det bygger på offentlige bakgrunnsdokumenter samt gjennomgang av erfaringer i kommunen.

Regjeringen har lansert «Demensplan 2020» hvor målsettingen er et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrer personer med demens i fellesskapet. Planen tydeliggjør hvordan kommunen bør løse denne utfordringen, samtidig som antall personer med demens er økende. Fokusområder vil være:

- Forebygging
- Kunnskap og kompetanse
- Diagnostisering og oppfølging etter diagnose
- Fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud
- Tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet
- Deltakelse og involvering

Demensomsorgen i Sandnes skal preges av et helhetlig og tilpasset tilbud, tidlig utredning og veiledning til både pasienter og pårørende. For å klare dette kreves et godt samarbeid både internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunn

Demens forårsakes av forskjellige hjernesykdommer og kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. Personer som rammes av demens får vansker med å anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagliglivets funksjoner. En del viser manglende innsikt, motorisk uro eller aggressivitet. Andre symptomer kan være angst, depresjon, hallusinasjoner og apati. Mange vil i startfasen kunne være deprimerte, engstelige og trekke seg tilbake. Senere i forløpet vil det kunne være større endringer i personlighet og væremåte.

De vanligste formene for demens er Alzheimers sykdom og vaskulær demens. Utover dette kan demens oppstå ved en rekke mindre hyppig forekommende hjernesykdommer. De ulike typer demenslidelser krever ulik type forståelse og tilnærming. Funksjonsnivå vil være ulikt i de ulike stadier av sykdommen og etter hvert som sykdommen utvikler seg.

Demenslidelse refereres ofte til som en pårørendesykdom. Ikke bare bruker blir rammet, men i stor grad de nærmeste pårørende og det sosiale nettverket. Om vi regner med de nærmeste pårørende, er minst 250 000 mennesker berørt av demenssykdommer i Norge.

Forekomst

Forekomsten av demenssykdom øker sterkt med økende alder. Ved å bruke data fra ulike studier i Europa har Alzheimer Europa kommet fram til at forekomsten av demens i Norge var over 77 000 personer i 2012. Mange av studiene baserer antallet på mennesker som har fått demensdiagnose. Når en vet at en betydelig andel av personer med demenssykdom ikke er diagnostisert, er dette estimatet trolig for lavt.

Flere personer med minoritetsbakgrunn blir diagnostisert med demenssykdom. Dette utfordrer helsepersonell på kunnskap om kultur og språk.

Vi ser også en økning blant personer med utviklingshemming, noe som kan forklares med at levealderen for personer med utviklingshemming har økt de siste 20 årene, og at de har en høyere risiko for å utvikle demens enn befolkningen generelt.

Fordi antallet eldre i befolkningen øker, øker også antallet demenstilfeller. Det finnes per i dag ingen studie som har kartlagt nøyaktig forekomst av demenstilfeller i Norge. Helsedirektoratet arbeider med å utvikle gode verktøy for å innhente og analysere data fra ulike registre. Oppsummert IPLOS⁸ –tall fra 2015 viser at 17 472⁹ personer var registrert med diagnose demens, men tallene er underrapportert. Antallet viser kun personer som mottar kommunale tjenester på rapporteringstidspunktet. Det er ukjent hvor mange personer som lever med udiagnostisert demens. Alzheimer Europe presenterte i 2013¹⁰ prevalens tall for Norge basert på europeiske studier. Anslagsvis er det 78 000 personer med demens, noe som tilsvarer cirka 1.55 prosent av befolkningen. Av disse anslås 4000 å være under 65 år. Det er beregnet at antallet personer med demens vil fordobles fram mot 2040, forutsatt at dagens utvikling fortsetter (Demensplan 2020).

Personer med demens trenger pleie og omsorgstiltak. Det antas at cirka halvparten av alle demente personer i Norge i dag bor i eget hjem. De øvrige bor på institusjon. Anslagsvis 84 prosent av beboerne på sykehjem har demenssykdom. Hos personer med demens som legges inn på sykehjem har 30 prosent mild demens, 50 prosent moderat demens og 20 prosent alvorlig demens.¹¹

Forekomst i Sandnes

Tabellen under viser prevalens (beregnet antall tilfeller) av demens i Sandnes. Beregningen er basert på prevalens fra Folkehelse rapporten¹² og SSB sin framskrivning av folkeveksten i Sandnes (moderat vekst).

⁸ Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)

⁹ [Helsedirektoratets rapport IS-0600: Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

¹⁰ [2013: The Prevalence of dementia in Europe](#)

¹¹ [Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens \(REDIC\) 2015 Corinna Vossius, Geir Selbæk, Arnt Egil Ydstebø, Jurate Saltyte Benth, Geir Godager, Hilde Lurås, Sverre Bergh](#)

¹² Folkehelseinsittuttet, fhi.no [Folkehelse rapporten](#) oppdatert 09.04.2015

Feltkode endret

Framskrivning av antall personer med demens i Sandnes for planperioden:

Alder	Prevalens (%)	2017	2020	2025	2030
65-69	1	29	32	36	39
70-74	2	48	53	60	66
75-79	6	89	111	143	165
80-84	18	196	212	282	367
85-89	32	218	235	272	370
90 år eller eldre	41	166	184	211	250
Sum		746	827	1 004	1 257

Om en regner med at hver person som utvikler demens har 4 pårørende er det i Sandnes trolig 3000 mennesker berørt av demenssykdommer i 2017 og økende til 5000 i 2030.

Slike prognoser fordrer at kommunen har tiltak som tilrettelegger for personer med demens i ulike faser av sykdommen, og som ivaretar et optimalt funksjonsnivå så lenge som mulig.

Forebygging

Ved å forskyve demensdebuten, kan forekomsten av demens reduseres betydelig. Fall, ensomhet og kognitiv svikt er tre faktorer som påvirker hverandre gjensidig. Redusert almenntilstand på ett område får gjerne konsekvenser for andre områder. Å opprettholde muskelstyrke, god balanse og førighet kan bidra til å forhindre fall, og redusere eller utsette pleiebehov. Videre kan sosial stimulering og kognitiv trening bidra til økt mestring og mening. Dagsenter og andre aktivitetstilbud kan være en egnet arena for dette. Det er også et fokus som må være til stede i arbeidet med samfunnsplanleggingen, informasjonskampanjer og gjennom arbeidet til frisklivssentralen.

Kunnskap og kompetanse

Ansatte i omsorgstjenesten må ha nødvendig kompetanse innen demensomsorg for å sikre langsiktig kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det må derfor gis mulighet for grunn-, etter- og videreutdanning. Opplæringstiltak må tilrettelegges slik at ansatte som arbeider med demente får god opplæring og at andre får mer generell basiskunnskap.

Kommunen har etablert studiegrupper som bruker opplæringsverktøy utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Verktøyet er tilpasset alle grupper av ansatte. Opplæringsverktøyet har fokus på å øke kompetanse innen demensomsorg og miljøterapi. Kommunen må satse videre på Demensomsorgens ABC program.

Ansatte ved flere demensavdelinger har gjennomgått opplæring i VIPS (personsentrert omsorg). Målet med personsentrert omsorg er å styrke identiteten, fremme brukermedvirkning og tilpasse aktiviteter til den enkelte. Et annet mål med personsentrert demensomsorg er å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så langt det er mulig. Det er ønskelig at det nyttes VIPS som arbeidsmetode i de institusjonene hvor det arbeides med mennesker med demens.

Videre gis det veiledning og opplæring i bruk av tvang og fokus på tillitsskapende tiltak, jf pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Omsorgstjenestene må ha fokus på å fortsatt styrke den etiske kompetansen gjennom systematisk refleksjon, i tillegg til veiledning om bruk av tvang med fokus på tillitsskapende tiltak, jf pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Det er også behov for økt kulturell forståelse og kompetanse om personer med minoritetsspråklig bakgrunn og mennesker med utviklingshemming som utvikler demens, samt behandling og håndtering av personer med utfordrende adferd.

Lege og pleiepersonell på institusjon må sikre god kartlegging og dokumentasjon av behandlingsløp ved forverring for å unngå unødige innleggelse i sykehus. Det er også viktig at fastlegene har god kompetanse og kunnskap om demens og god oversikt over kommunens tilbud.

Det må tilbys veiledning til pårørende, både om praktiske og økonomiske forhold i tillegg til mer sykdomsrelaterte emner. Dette kan ivaretas av personell på institusjon, hjemmetjenesten eller av egen demenskoordinator i kommunen.

Gjennom etablerte fagnettverk opprettholdes godt samarbeid og kompetanseformidling med spesialisthelsetjenesten.

Diagnostisering og oppfølging etter diagnose

Rett diagnose gir pasient, pårørende og tjenesteapparatet mulighet til å iverksette nødvendige tiltak tilrettelagt pasientens behov. Utredning er ofte et samarbeid mellom legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten samt spesialisthelsetjenesten.

I Sandnes er det etablert fire demensteam i tilknytning til omsorgsdistriktene. Demensteamene er fastlegens forlengede arm når det foreligger mistanke om en demensdiagnose. Målet er at utredningen starter så tidlig som mulig for å kunne gi rett veiledning og hjelp i tidlig fase. Teamene er tverrfaglig sammensatt av sykepleiere og ergoterapeuter. Teamene bidrar i utredningen ved å dra på hjemmebesøk for samtale og kartlegging. Per i dag løses disse oppgavene innenfor eksisterende stillingshjemler. Dermed er det begrenset hvilke oppgaver teamet kan ivareta utover kartleggingen.

Flere uttrykker behov for å ha noen å kontakte etter at demensteamet har gjennomført kartleggingen. Det er nødvendig å se på organiseringen av demensteamet for å møte fremtidens behov. Enten ved å styrke demensteamet eller engasjere egne demenskoordinatorer.

Det er også viktig med gode samarbeidsrutiner med fastlegene for å sikre riktig utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med demens. Legetjenesten må ha god kompetanse og kunnskap om demens, samt god oversikt over hvilke tilbud som finnes i kommunen. Dette gjelder tilbud som er aktuelle for pasienter og tilbud til pårørende.

Pårørende til personer med demens har en krevende omsorgssituasjon og er ofte utsatt for helseskade på grunn av dette. De trenger kunnskap om sykdommen, behandling og tiltak, og må inkluderes i utredningsarbeidet. Dette er med på å gi økt trygghet til å håndtere sykdommen og leve med den syke.

Fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud

Personer med demens har en hverdag som ofte er preget av mangel på sosial og sansemessig stimulering. Dette kan føre til isolasjon, angst og depresjon. Demens fører også til økende behov for hjelp av andre. Gode dagtilbud er et viktig element i samspillet med pårørende og kan bidra til å forebygge og utsette behov for heldøgntilbud.

På Austrått bo- og aktivitetssenter er det etablert et bydekkende dagtilbud for yngre demente. Lura bo- og aktivitetssenter har også et tilbud til personer med demens. Det er i dag utvidede åpningstider, uten at kapasiteten er utnyttet fullt ut. Alle andre aktivitetsavdelinger har også gjester med demens, men en ser at det er en fordel å samle tilbudet til denne brukergruppen. Satsingen på dagaktivitetstilbud må fortsette. Tilbudene må tilpasses den enkeltes ønsker og interesser. Det kan derfor være aktuelt å se på mer fleksible åpningstider på dagsentrene. Det må etterspørres «hva er viktig for deg?», hvor tilbudet tilrettelegges ut fra den enkeltes preferanser og behov.

I tillegg må en fortsette samarbeidet med frivillige slik at en kan tilby aktivitetsvenn og besøksvenn til hjemmeboende med demens.

Kommunen bør også se på muligheten for å tilby brukerstyrte senger i enkelte tilfeller. Vissheten om at det finnes et høyere omsorgsnivå en kan benytte seg av ved behov, er ofte den tryggheten som skal til for at pasienter og pårørende kan klarer seg uten institusjonsplass.

Pårørendes grad av belastning må kartlegges og hjelp må tildeles etter individuell vurdering av behovet. For tjenestetilbudet skal ha avlastende effekt for pårørende, bør det gis med tilstrekkelig intensitet slik at det oppleves som en reell avlastning.

Tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet

Det er et mål at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem. Det er en utfordring å tilrettelegge tjenestene for personer med demens slik at den enkelte og de pårørende opplever trygghet og sikkerhet. For å kunne mestre hverdagen og leve et så selvstendig liv som mulig er det viktig med kontinuitet i hjemmetjenesten, aktivitetstilbud og avlastning.

Det finnes også ulike teknologisk hjelpemidler, som elektroniske kalendere, dagsplaner, døralarm/matter og GPS-sendere som vil kunne bedre omsorgen for hjemmeboende personer med demens. Her må en samarbeide med hjelpemiddelsentralen for å finne best egnet hjelpemiddel. Mye kan også anskaffes på privat marked og pårørende må informeres om hvilke muligheter som finnes.

Når personer med demens trenger sykehjems plass eller heldøgns plass er de optimale rammebetingelsene små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere og et stabilt personale med nødvendig kompetanse. Det bør være direkte tilgang til tilrettelagt uteareal og det bør legges til rette for sosiale felleskap.

I noen tilfeller viser en del mennesker med demens sterk motorisk uro eller aggressivitet. Det er i slike tilfeller behov for et spesielt tilrettelagt botilbud. Dette for å ivareta både personell, andre brukere og ikke minst personene som har en slik tilstand. De miljøterapeutiske rammene vil kunne avhjelpe uro og aggresjon. En slikt botilbud har ikke kommunen i dag og må planlegges utbygget.

Deltakelse og involvering

Sandnes kommune inngikk i 2016 en avtale med Nasjonalforeningen for folkehelse om å bidra til å bli en demensvennlig samfunn. Formålet med avtalen er å tilrettelegge for at mennesker med demens kan møte forståelse, respekt og støtte, ha mulighet til å være inkludert og delta i nødvendige hverdagsaktiviteter som å handle, bruke offentlig transport, delta i kulturaktiviteter og lignende.

Gode kartleggingssamtaler samt gode overføringer mellom helsetjenestene ved endringer i tjenestetilbudet blir viktige. For mange vil pårørende være en viktig aktør for å kunne gi det

riktige individuelt tilpassede tilbudet. I tillegg til å etterspør «hva er viktig for deg», vil personsentrert omsorg som arbeidsmetode ivareta dette fokuset.

Alle bo- og aktivitetssenter i Sandnes kommune har også aktive brukerråd som ivaretar deltakelse og involvering på systemnivå.

Tiltaksliste demens

- Ansatte som arbeider på avdelinger for mennesker med demens benytter VIPS (personsentrert omsorg) som arbeidsmetode.
- Avsette midler til en bydekkende stilling for demenskoordinator.
- Tilbud om informasjonskurs og veiledningsgrupper til «nysyke» og deres pårørende.
- Vurdere mulighet for å innføre besøksvenn/aktivitetsvenn rettet mot hjemmeboende personer med demens
- Ta i bruk velferdsteknologiske løsninger som GPS, aktivitetskalender eller lignende, tilpasset den enkeltes behov.
- Etablere to brukerstyrte senger som et prøveprosjekt.
- Etabler botilbud som kan ivareta brukere med sterk motorisk uro og aggresjonsproblematikk.

Fremtidens boform

Den enkelte innbygger har selv ansvar for bolig gjennom livsløpet. Kommunens rolle er å tilrettelegge for variert boligbygging. En videreføring av dagens innretting med å møte eldres behov for omsorgstjenester med institusjonsplasser vil trolig ikke være bærekraftig på sikt. Det må derfor tilrettelegges for at folk skal bo lengst mulig i eget privat hjem.

Å ta ansvar for egen helse gir trygghet, samtidig som trygghet for at hjelpen er der når du trenger det, har stor verdi for den enkelte. Gruppen av eldre mennesker øker i årene framover. Universelt tilpassede boliger vil kunne bidra til at eldre kan bli boende i egen bolig og i større grad være selvhjulpne. Det er viktig å planlegge lokalisering av baser for hjemmebaserte tjenester i tilknytting til boligprosjekter. Sammensatte boligmiljøer med møteplasser for ulike aktiviteter vil kunne redusere etterspørselen etter kommunale tjenester.

Ensomhet er en av faktorene som kan bidra til svekket helse. Ved å forebygge ensomhet og skape trygge bomiljø kan flere klare å bo lengre i eget hjem. Dette gjøres gjennom å legge til rette for sosiale nettverk ved å lage gode møteplasser i nærmiljøet. Det er viktig å være fysisk aktivitet for å opprettholde god helse og nærmiljøet må tilrettelegges for dette.

God planlegging i boområdene, med universell utforming, tilgjengelige aktivitetsstilbud og fasiliteter kan forenkle bosituasjon for eldre og helsesvake. Ved å tilrettelegge som et demensvennlig samfunn, hvor næringsfunksjoner har kunnskap om hvordan møte personer med demens kan flere kunne bo lengre i eget hjem.

Boligkjeden for brukere med helse- og omsorgsbehov kan beskrives som delt i tre nivå der nivå 1 er egne boliger/leiligheter der tjenestene ytes som hjemmebasert. Nivå 2 omfatter omsorgsboliger med bemanning det meste av døgnet. De fleste tjenester ytes av ansatte i omsorgsboligen. Dette gjelder både tilbud til eldre og for personer med nedsatt funksjonsevne. Nivå 3 er institusjoner/sykehjem.

I Sandnes mangler ett ledd i boligkjeden mellom eget hjem og boliger med bemanning hele døgnet. Det manglende leddet kan beskrives som en bolig med livsløpsstandard «for folk flest» men uten stedlig fast bemanning hele døgnet. Det kan knyttes til en resepsjonsløsning som kan ha en koordinerende rolle for å fremme nettverksbygging og sosial utfoldelse. En slik

boligløsning kan inneholde felleslokaler og uformelle møteplasser. Boligkompleksene bør ligge nær funksjoner som matbutikk, frisør, kafe og lignende. Slike tilbud kan utvikles i markedet.

Tilpasset hjelp, på rett trinn i omsorgstrappen, er nødvendig. For å oppnå dette bør fysioterapeut/ergoterapeut delta i kartleggingsbesøk. De kan vurdere rett hjelpemiddel og aktivitet som kan hjelpe en person til å klare seg i eget hjem. Gode og fleksible hjemmetjenester. Timebaserte miljøarbeidertjenester til funksjonshemmede er forebyggende. Flere tilrettelagte botilbud og økt omfang av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester skal bidra til at flere eldre mestre å bo trygt hjemme lenger.

For personer med stor helsesvikt og som har omsorgsutfordringer som ikke kan løses i eget hjem vil det være behov for tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjem. Dette kan dreie seg om korttidsopphold som rehabilitering eller avlastning til at de skal motta tjenester over lengre tid. Noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der. Noen trenger mye rom rundt seg for ikke ødelegge livet for andre mens andre har stort behov for fellesskap. Det er derfor ikke bare et svar på hvordan fremtidens bolig/sykehjem skal bygges og organiseres, men det kreves et mangfold av løsninger.

I stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg foreslås det noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.
- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for ny velferdsteknologi og alle nødvendige bofunksjoner.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning. Slik kan en få sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem.

Botilbudene skal heller ikke bare fungere godt for beboerne, de skal også legges til rette for og gi plass til pårørende og gi et godt arbeidsmiljø for tjenestutøverne. Det fremholdes også at behovet for ulike korttidsplasser er økende, og de bør så langt som mulig skilles fra bo- og institusjonstilbud som er innrettet for lengre opphold.

[Nye bo- og aktivitetssenter](#)

Lokaliseringsstrategi

Bo- og aktivitetssenter er mindre stedbundne enn for eksempel skoler og barnehager. Hvor et bo- og aktivitetssenter er lokalisert er viktig, men det er ikke nødvendig å ha dekning på bydelssnivå. Ideelt sett bør det tas hensyn til følgende momenter når tomter vurderes:

- Nærhet det lokale livet med samfunns- og servicefunksjoner
- Nærhet til høyverdige kollektivakser (både for ansatte og pårørende)
- Gode uteområder – sansehager – turstier
- Det bør tilstrebes opplevelser som park, frisør, kafe, butikk eller lignende ligger i gangavstand.
- Geografisk spredning

Basert på kriteriene bør nye bo- og aktivitetssenter søkes lokalisert i sentrum eller i bydelssentrum over en viss størrelse.

Størrelse på bo- aktivitetssenter

Husbanken har utarbeidet en veileder¹³ for utforming av omsorgsboliger og sykehjem. For å nytte godt av Husbankens investeringstilskudd må visse krav oppfylles:

- Universell utformet i henhold til NS 11001
- Ha energieffektive løsninger
- Krav til brannsikring i risikoklasse 6 og ha sprinkleranlegg
- Tilfredsstillende krav i arbeidsmiljøloven
- Være tilrettelagt for elektroniske hjelpemidler, varslingssystemer og annen velferdsteknologi
- Tilfredsstillende krav i plan- og bygningsloven og byggeforskrift

Husbanken legger også vekt på at boenhetene ikke skal ha institusjonslignende preg og omgivelser som kan virke stigmatiserende, antall boenheter som lokaliseres sammen skal ikke være for høyt. Det er en føring at boenhetene bør plasseres i ordinære bomiljøer og ulike brukergrupper skal ikke samlokaliseres på en uheldig måte.

Et senter bør organiseres slik at bogruppene (antall beboere som bruker samme fellesstue/kjøkken) ikke blir for høyt. Ofte blir det anbefalt med grupper på 8 – 10 plasser. De minste gruppene er særlig gunstige for personer med demenslidelse.

Det er ingen entydig anbefalt størrelse på et bo- og aktivitetssenter. Et senter bør ikke være for lite for å oppnå noe stordriftsfordeler. Det er spesielt på bemanning om natten og til servicefunksjoner det oppnås stordriftsfordeler. Bemanning i den bogruppene (dagtid og kveld) er bare avhengig av antall plasser i gruppen og beboerkategori. Et bo- og aktivitetssenter bør ikke være mindre enn 61 plasser for å oppnå et robust fagmiljø og utnytte personellressurser godt nok, spesielt gjelder dette antall nattevakter. Det er vanskelig å gi en øvre grense for et maksimalt antall plasser men en antar at 120 plasser vil være stort nok. Det må for alle bo- og aktivitetssenter gjøres gode arkitektoniske grep slik at den enkelte bogruppe blir optimal både med tanke på beboernes trygghet og trivsel samt arbeidsforhold for de ansatte. Det er også viktig at det er god nok uteplass og jo større et bo- og aktivitetssenter bygges må det tilrettelegges for flere uteplasser. Større bo- og aktivitetssenter enn 120 plasser vil virke svært institusjonspreget og størrelsen vil føre til en stor oppsamling av syke eldre.

Tomtealternativer

Regulert tomt

Det er avsatt en tomt på ca 2 200 m² på Sørbø (HUP1). Reguleringsplanen ble godkjent av bystyret i juni 2017. Fra b.sak 111/17 *Lokalisering av bo- og aktivitetssenter har vært en viktig del av utformingen av plangrepet. Samtidig som det var naturlig å skille det noe fra boligbebyggelsen, har det blitt påpekt i prosessen at det var ønskelig å plassere bo- og aktivitetssenter i nærheten til lekeområdet. I planforslaget har bo- og aktivitetssenter fått en svært sentral plassering, i nærhet til både torg og kvartalslek. Det er gitt åpning for å etablere takterrasse, denne kan også fungere som uteoppholdsareal. Det er også åpning for en privat hage i sørvestre del av tomten. Det er ikke utarbeidet romprogram for bo- og aktivitetssenter, men det er gjennom reguleringsbestemmelsene gitt åpning for 4900 BRA etter innspill som er kommet i planprosessen. Det gis også åpning for å tilknytte funksjoner, slik som legesenter, dagsenter og fysioterapi.»* Det antas at denne tomten kan benyttes til et arealeffektivt bygg med 61 plasser.

Utvidelsesmuligheter

Bystyret har i økonomiplan 2017-2020 bedt om at det ses på utvidelsesmuligheter ved eksisterende bo- og aktivitetssenter og at Lunde bo- og aktivitetssenter prioriteres. Utvidelse

¹³ Husbanken: Rom for trygghet og omsorg – 2009.

av eksisterende bo- og aktivitetssenter er kommunens første valg når nye plasser skal fremskaffes jfr. vedtak i økonomiplan 2017-2020:

«Nye sykehjemsplasser. Bystyret ber om at det foretas en gjennomgang av eksisterende bo- og aktivitetssenter for å klargjøre utvidelsesmuligheter ved disse. Utvidelse av eksisterende bo- og aktivitetssenter er kommunens førstevalg når nye plasser skal fremskaffes. Eventuelle reguleringsendringer foretas dersom dette er nødvendig.

Bystyret ber om at området rundt Lunde bo- og aktivitetssenter prioriteres, og tilrettelegging av Friplass og kunstgressbane vurderes i forbindelse med utvidelse av Lunde bo- og aktivitetssenter.»

En arbeidsgruppe har sett på muligheter for utvidelser av eksisterende bo- og aktivitetssentre. I studien er det blant annet vurdert gjeldende reguleringsplan, levetid/tilstand av bygningsmassen, brukervennlighet, muligheter for utvidelse på dagens tomt samt tomteutvidelser.

Det er muligheter for påbygg/endringer ved:

Lunde bo- og aktivitetssenter bør utvikles med nye sykehjemsplasser med blant annet en avdeling for personer med motorisk uro og aggresjonsproblematikk. Samtidig bør avdelingen for unge funksjonshemmede lokaliseres med leiligheter som er innrettet for målgruppen i et mer sentrumsnært område. Den frigitte enheten kan da tas i bruk som bokollektiv for personer med demens slik det opprinnelig er bygget for.

Det anbefales at det blir foretatt en mulighetsstudie for området før regulering eventuelt igangsettes. I mulighetsstudie bør det blant annet se på hvilke offentlige funksjoner området kan og bør inneholde, rivning av dagens bygg eller tilbygg/påbygg, sambruksmuligheter med mer. Mulighetsstudien bør omfatte hele området dvs. Lundehaugen ungdomsskole, Sørbø barneskole, Lunde bo- og aktivitetssenter, areal avsatt til parkering, idrett og grønnstruktur. Mulighetsstudie bør også vurdere idrettshall.

Rovik bo- og aktivitetssenter har muligheter for flere sykehjemsplasser. Det må i den forbindelse vurderes om dagens bygg skal beholdes eller rives. Utvidelse av tomt må også vurderes og eventuelt omreguleres.

Trones bolig- og eldresenter ligger på et større areal avsatt til offentlig formål. Det pågår et arbeid for å se på større utnyttelse av tomten til skoleformål med forsterket avdeling og flerbrukshall. Da bo- og aktivitetssenter er mindre stedbundet anbefales det å prioritere utvidelse av skolen.

Tiltaksliste fremtidens boformer

- Støtte opp om private initiativ fra næringslivet om å etablere allsidige bomiljø med universell utforming. Boligløsningene skal være et mellomledd mellom Nivå 1 og 2 i boligkjeden.
- Tilby næringslivet opplæring og informasjon om demensvennlig samfunn.
- Etablere en sentrumsnær boenhet for yngre med fysisk funksjonsnedsettelse.
- Foreta en mulighetsstudie for utvidelse av Lunde bo- og aktivitetssenter.
- Vurdere utvidelse av Lunde og Rovik bo- og aktivitetssenter.
- Etablere nye bo- og aktivitetssenter lokalisert i sentrum eller bydelssentrum.
- Bygge nye boliger i bogrupper tilhørende en større samlet boenhet, for å få stordriftsfordeler samtidig som behov for små samlokaliserte boenheter ivaretas.

Kunnskap og kompetanse

Regjeringens målsettinger i stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg er formulert slik:

- Heve det faglige kompetansenivået i omsorgstjenestene, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning og legge til rette for internopplæring.
- Skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid.

- *Styrke omsorgstjenestens eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning.*

Innbyggerne i kommunen skal kunne møte en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste med kompetent og nok helse- og sosialfaglig personell som kan håndtere sammensatte behov hos brukerne. Fagpersoner må derfor kunne levere kunnskapsbaserte tjenester i samarbeid med brukere og pårørende, og kompetente ledere må ha innovasjon, fag- og tjenesteutvikling integrert i sitt daglige arbeid. (Kompetanseløftet 2020).

Utvikling

Helse- og omsorgstjenesten har siden samhandlingsreformen 2012 hatt en vridning til økt fokus på forebygging, behandling og rehabilitering av brukere med kroniske sykdommer med et komplekst og sammensatt sykdomsbilde. Det er en forventning om at mer behandling og oppfølging av komplekse tilstander skal foregå i kommunen. Dette gir behov for å styrke kompetansen med blant annet høyere utdanningsnivå og videreutdanninger for helse- og omsorgspersonell. Det legges opp til mer tverrfaglig samarbeid og teamarbeid og med kunnskapsbasert klinisk praksis. Sosialfaglig kompetanse er også sentral når brukere skal støttes til å ha en aktivt og meningsfullt tilværelse i fellesskap med andre.

Kommunen må systematisk vurderer kompetanse- og rekrutteringsbehov i alle deltjenester for å kunne utvikle strategiske kompetanseplaner for framtiden. Strategisk kompetanseplanlegging er et viktig virkemiddel for å styrke helse- og omsorgstjenesten med nok personell og rett kompetanse.

Faglig utvikling og kompetanseheving foregår også i møte med utdanningsinstitusjonene, andre kommuner og spesialisthelsetjenesten. Kommunen må fortsatt fremme, og delta i, interkommunale nettverk, samarbeid og prosjekter. Samarbeidsfora og fagråd med spesialisthelsetjenesten er nødvendig å opprettholde for å utvikle bedre pasientforløp og smidige overganger mellom tjenestene.

Kommunen skal fortsette samarbeid med Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Utviklingssenteret er lokalisert i Stavanger men har forpliktet seg til å være et kompetansemiljø for regionen og bistå med veiledning og opplæring.

Kvalitetsutvikling i tjenestene og kompetanseheving for medarbeiderne skal gi innbyggerne mulighet for individuell og avansert behandling og pleie, både hjemme og på institusjon. Sandnes kommune deltar i et læringsnettverk for gode pasientforløp. Dette nettverket er i regi av Folkehelseinstituttet og KS, og Sandnes Kommune deltar med en tverrfaglig gruppe av sykepleier/ soneleder, pasientkoordinator, lege, fysioterapeut, omsorgssjef, leder for tildelingskontoret og rådgiver. Målet er å utforme omsorgstjenestene med fokus på egenmestring/ hverdagsmestring. Brukeren skal gå fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Sentralt i det gode pasientforløpet er spørsmålet «Hva er viktig for deg?» Dette skal stilles i starten av alle pasientforløp for å lage et godt tilpasset tjenestetilbud til den enkelte bruker og vedtak om tjenester skal tidsbegrenses.

Systematisk innføring av miljøtiltak i sykehjem og legemiddelgjennomgang kan medføre redusert bruk av blant annet sovemedisin, beroligende og antidepressiva. Kunnskap om kosthold kan bidra til bedre ernæringsstatus, økt trivsel og bedre søvnkvalitet.

Ledelse og rekruttering

God ledelse og styring skal sørge for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Å være leder i helse- og omsorgstjenesten er komplekst og utfordrende. Tjenestene skal koordineres og ytes døgnkontinuerlig. Leder skal sørge for at tjenestemottakerne opplever gode tjenester, samtidig som personell ivaretas og de gitte rammer overholdes. Det kreves god lederegenskaper, fagkompetanse, evne til tverrfaglige samarbeid og samspill med andre aktører. Kommunen må satse på lederutvikling og legge til rette for kompetanseheving, deltakelse i lederutdanninger og veiledning.

Kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for faglig utvikling og kompetansestyrking. Det er en stor utfordring å sikre tilstrekkelig godt kvalifisert arbeidskraft i helse- og omsorgs tjenestene. Tjenestene opplever at de faglige oppgavene har økt i omfang og kompleksitet. Det er særlig utfordrende å rekruttere nok sykepleiere i turnus, både i hjemmetjeneste og i sykehjem. Enhetene deltar på rekrutteringsmesser og arbeider aktivt for å rekruttere studenter blant annet gjennom stipendordninger.

Kommunen har i de senere år mottatt kompetansemidler fra Fylkesmannen gjennom «Kompetanseløftet» for støtte ansatte i å ta fagutdanning og annen kompetansegivende videreutdanning innen helse- og omsorgstjenestene.

Mangelen på høyskoleutdannet personell merkes nå ved at det er få kvalifiserte søkere til sykepleier- og vernepleierstillinger. Det må satses på rekruttering ved å ha store stillinger, aktivt fagmiljø og muligheter for kompetansebygging. Kommunen skal ha rett kompetanse på rett sted og arbeide for en heltidskultur, særlig rettet mot døgntjenestene.

Tiltaksliste kunnskap og kompetanse

- Kommunen skal kontinuerlig arbeide for å kunne tilby en konkurransedyktig lønn
- Øke stilling til de som ønsker å jobbe kveld, helg, natt med eksempelvis å tilby lange vakter, ekstra helger eller fast hver andre helg med bonuslønn
- Fortsette med stipendordning for sykepleierstudenter/nyutdannede sykepleiere
- Prøve ut trainee stillinger for nyutdannede sykepleiere
- Tilby kompetansehevende tiltak tilpasset arbeidsoppgavene/arbeidsplassen
- Samarbeide med NAV og KS om ulike ordninger for omskolering eksempelvis som prosjektet «menn i helse»
- Hvert omsorgsdistrikt kan tilby en lærling 100 % stilling. Dette vil gi fortrinnsrett foran andre søkere

Rapportering

Planen vil være i kontinuerlig utvikling og tiltakene kan endre seg underveis.

Det skal rapporteres årlig på status av planen. Planen skal revideres hvert 4. år.

PROTOKOLL

Utvalg: Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne	Møtenr. 4/2017	Møtedato: 30.08.2017	Saksnr.: 19 - 23/2017
Tilstede: Glenn Øgreid, Linda Ellingsen, Tore Cantzler		Forfall: Karen Irene Stangeland, Ingrid Vik Johnsen, Sveinung Oftebro	
Varamedlemmer innkalt: Torgunn Stokka		Erling Eknes var innkalt, men møtte ikke	

Klokkeslett: 16.00

Sted: Rådhuset, Møterom 1A

Godkjenning av møteinnkalling: Ingen anmerkninger til innkallingen.

Godkjenning av møteprotokoll fra forrige møte.

Sak 19/17 **Arkivsak 13/06290 – Status tjenestetildeling – 1.tertial 2017**

Saken ble gjennomgått, og tatt til orientering.

Sak 20/17 **Arkivsak 16/09849 – Læringsnettverk pasientforløp for eldre og kronisk syke**

Saken ble gjennomgått, og tatt til orientering.

Sak 21/17 **Invitasjon til arbeidsseminar for rullering av rusmiddelpolitisk handlingsplan i Sandnes kommune, den 2 oktober 2017.**

Sveinung Oftebro stiller som representant for Rådet.

Sak 22/17 **Gjennomgang av planforslag «En god hverdag – for alle!»**

Rådet gjennomgikk planen, og syns at den så bra ut. Håper bare at den lar seg gjennomføre. Rådet har følgende innspill:

- brukermedvirkning er viktig både for brukeren og de pårørende.
- at det blir utført en helhetlig vurdering ved tildeling av tjenester.
- lett tilgjengelig informasjon til pårørende om hvilke rettigheter de har, og tjenester kommunen kan tilby.

Sak 23/17 Gjennomgang av sakliste for Utvalg for Helse og sosialtjenester sitt møte 06.09.17.

Eventuellt: Thore Cantzler fremmet et ønske fra mental helse som har sine møter i Haakon VII gt. om det var mulig å få noen gratis parkeringsplasser. Det ble diskutert litt rundt saken, og rådet kom frem til at de måtte bare trekke en parkeringslapp med gratis parkering for en time eller betale.

Sandnes, 01.09.2017

Kari S. Struijk
Sekretær