

*Forslag til plan for  
pleie- og omsorgstjenesten i Eidsvoll kommune  
for perioden 2009 – 2020*



*Vedtatt av kommunestyret, den 16.06.09, sak 51/09*

Eidsvoll Kommunestyre v/ Ordfører

Pleie og omsorgsplan

I kommunestyremøte den 11.11.08, sak 97/08 ble det vedtatt å utarbeide en pleie- og omsorgsplan med bakgrunn i oppfølging av den fremlagte rapporten fra RO om gjennomgang av pleie- og omsorgstjenesten

Kommunestyret nedsatte en styringsgruppe bestående av:

- Finn Kåre Aasheim (leder – AP)
- Bjørg Bratvold (AP)
- Steinar Fagerli (SP)
- Jorunn Mathiesen (H)
- Harald Ranum (FRP)

Til hjelp for å utarbeide planen har styringsgruppa nedsatt en prosjektgruppe, ledet av helse og sosialsjefen, og tre arbeidsgrupper fra pleie og omsorgssektoren. Vi har også hatt hjelp fra Resurssenter for omstilling i kommunene (RO) som prosessveileder i dette arbeidet.

Styringsgruppa har hatt 8 møter fra oppstart i desember 2008. Vi har også hatt møter med personalet, ledere, mellomledere, fagtilitsvalgte, representanter fra Feiring og avholdt dialogkonferanse med lag og foreninger med interesse for feltet.

Vi overleverer en enstemmig innstilling og stiller oss bak den fremlagte plan. Styringsgruppen vil på ett område reservere seg i forhold til rapportens innstilling og det er i forhold til framtidig bruk av Feiring Alderhjem. Vi har ikke som styringsgruppe tatt stilling i dette spørsmålet, men overlater det til den politiske behandlingen som nå vil komme.

Eidsvoll 12.05. 2009

For styringsgruppen





Finn-Kåre Aasheim  
Leder

## Innholdsfortegnelse

<b>0. SAMMENDRAG AV PLANFORSLAGET .....</b>	<b>4</b>
<b>1. BESKRIVELSE AV STATUS OG UTFORDRINGER FOR DAGENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER .....</b>	<b>6</b>
1.1. STATUS – ANTALL MOTTAKERE AV DE AKTUELLE TJENESTENE (TALL FRA ÅRSBERETNINGEN FOR 2008 OG IPLOS – DA DET VISER SEG AT IPLOS-REGISTRERINGENE KAN VÆRE MANGELFULLE, TAS DET FORBEHOLD OM RIKTIGE TALL): .....	7
1.2. UTFORDRINGER SOM ALLEREDE MERKES I DAGLIG TJENESTEYTING: .....	8
<b>2. STATLIGE MÅL OG STYRINGSSIGNALER .....</b>	<b>10</b>
2.1. LOVGIVNINGEN .....	10
2.2. KRAV TIL KVALITET .....	10
2.3. INTENSJONER I LOVEN .....	11
2.4. HANDLINGSPLAN FOR ELDTREOMSORGEN (STORTINGSMELDING 50, 1996-97) .....	12
2.5. SYKEHJEMMENES ROLLE OG FUNKSJONER I FREMTIDENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.....	13
Rapport fra 1999 (Kvaase-utvalget).....	13
2.6. STORTINGSMELDING 25 (2005 -2006): Mestring, muligheter og mening. ....	14
2.7. UTVIKLING I ENKELTKOMMUNER OG NASJONALT .....	15
2.8. HVA SKJER I DE MEST "EFFEKTIVE" KOMMUNENE?.....	16
2.9. RESULTATER FRA FOU-PROSJEKTER .....	19
Heldøgns tjeneste i omsorgsbolig .....	19
2.10. EIDSVOLL KOMMUNES POLITISK GITTE MANDAT FOR PLEIE- OG OMSORGSPLANEN .....	22
<b>3. UTFORDRINGENE I PLANPERIODEN NASJONALT OG LOKALT .....</b>	<b>23</b>
3.1. NYE GENERASJONER BRUKERE, ANDRE FORVENTNINGER .....	24
3.2. SAMHANDLINGSREFORMEN, KOMMUNEHELSEREFORMEN .....	26
3.3. LIVSSTILSSYKDOMMER .....	27
3.4. FRIVILLIGE RESSURSER, 3. SEKTOR.....	27
<b>4. SATSINGSOMRÅDENE .....</b>	<b>28</b>
<b>5. STRUKTURELLE KONSEKVENSER .....</b>	<b>50</b>
<b>6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....</b>	<b>51</b>

## 0. SAMMENDRAG AV PLANFORSLAGET

Pleie- og omsorgstjenesten i Eidsvoll kommune bygger sitt verdigrunnlag på menneskets rett til og behov for å forme sitt liv ut fra begrepene

-  mestring
-  trygghet
-  verdighet
-  samarbeid

Det foreslås et taktskifte når det gjelder utviklingsretning av pleie- og omsorgstjenestene med gradvis utvikling i retning av mer hjemmetjenesteorientering, hvilket bl.a. betyr følgende:

- Tilbudet i omsorgsboliger utvikles til en døgnbemannet boform der innbyggere med behov for tjenester og tilsyn gjennom hele døgnet, fortsatt kan bo. Her legges det til grunn en videreføring av prinsippene og erfaringene fra Påsejordnet bofellesskap.

Planen forventer en utvikling der tjenestene skal legge økt vekt på å forebygge at behov for tjenester oppstår. Denne tenkingen bygger på kunnskapen om at det ikke er et mål i seg selv å bli avhengig av kommunal hjelp, hvilket bl.a. betyr:







- At tjenesten også skal motivere den enkelte tjenestemottaker til å mestre/bli selvhjulpen ved hjelp av opptrening, tilrettelegging og/eller bruk av hjelpemidler.

Videre legger planen til grunn følgende:

- Planen tar hensyn til at det i planperioden trolig blir størst utfordring innenfor demenstilbudet, og et voksende antall yngre med sammensatte behov.
- Et bærende prinsipp i lovverket og som planen bygger på, er at alle har krav på individuelt tilrettelagte tjenester.
- Ingen i Eidsvoll skal tildeles tjeneste ut fra alder eller diagnose alene, men ut fra en faglig vurdering av faktiske behov, i samråd med den enkelte bruker.
- Innbyggerne i Eidsvoll skal gjøres skjent med hvilke forventninger de kan ha til morgendagens tjenester, nivå og innhold.

- Det betyr også at det går noen grenser for hva kommunen kan ta ansvar for.
- Planen bygger på stor tillit til de ansatte og deres evne til å omsette verdigrunnlaget og målsettinger til praktisk handling.
- Ansatte skal gis muligheter for kunnskapsutvikling, til å lære av hverandres gode eksempler og til å få del i ny kunnskap.

For å oppnå dette, legger planen til grunn følgende bærebjelker:

-  Forebygging og mestring
-  Skreddersøm og helhetlige tjenester
-  Partnerskap med 3. sektor
-  Aktiv omsorg
-  Kompetanse i endring og utvikling
-  Ressurseffektiv, det vil si få mest mulig og best mulig tjeneste for hver krone

Eksempler på tiltak som er foreslått for de aktuelle satsingsområdene:

- Utvide kompetanse og ressurser ved tildelingsenhet som skal vurdere behov og saksbehandle fram til vedtak for de fleste brukergruppene i tjenesten.
- Utforme tjenestebeskrivelser som sier noe om kjennetegn ved tjenestens praksis, grunnlag for tildeling og hva kommunen kan ta ansvar for samt hva den enkelte må forventes å ta ansvar for selv.
- Utvikle arbeidsmåter som sikrer et aktivt samspill mellom tjenesten og frivillige ressurser rundt den enkelte tjenestemottakeren.
- Gi trygghet for tjenester hele døgnet til eldre og yngre som bor i omsorgsboliger.
- Egen kompetanseplan som skal bygge på planens verdigrunnlag og strategier, og som skal sikre ansatte ny kunnskap av betydning for utvikling av tjenestepraksis.
- Utvikle praksis med større grad av utveksling av kompetanse og øvrige ressurser mellom driftsenheter.
- I større grad reindyrke sykehjemsplassene til behandlingsplasser, til et helsetilbud for alle med behov for rehabilitering, etterbehandling eller avlastning.

## **1. BESKRIVELSE AV STATUS OG UTFORDRINGER FOR DAGENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER**

Pleie- og omsorgstjenester er i hovedsak lovpålagte oppgaver, regulert både i kommunehelsetjenesteloven (hjemmesykepleie, legetjeneste, sykehjem, fysio- og ergoterapitjenester) og sosialtjenesteloven (hjemmetjeneste/praktisk bistand, omsorgslønn, støttekontakt, avlastning, brukerstyrt assistanse, boliger med heldøgnsomsorg og andre bolig- og hjelpetiltak). Tjenester knyttet opp mot pleie- og omsorg ytes av alle fagavdelingene i helse- og sosialetaten med unntak av barnevernsavdelingen og avdeling for skole- og helsestasjonstjeneste.

Det er etablert et felles mottakskontor for søknadsbehandling m.v. for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. I tillegg er det etablert et inntaksteam som tildeler institusjonsplasser og trygdeleiligheter/omsorgsboliger, samt et koordineringsteam som samordner og fordeler ansvaret for oppfølging, herunder behandlingen av søknad om individuell plan. Avdeling for psykisk helsearbeid og rusomsorg, samt avdeling for rehabilitering behandler sine egne søknader, men kan bringe søknadene til koordineringsteamet ved behov. Fullmakt til å fatte vedtak om innvilgelse av tjenester er delegert til respektive avdelingsledere.

Det er fastsatt følgende hovedmål og resultatmål som gjelder for dagens pleie- og omsorgstjeneste:

### Hovedmål:

1. Tjenestene som pleie- og omsorgsavdelingen gir skal være behovsorienterte og kostnadseffektive og skal ytes i samråd med den enkelte bruker.
2. Tjenestene skal være kvalitetssikret

### Resultatmål:

- 14 plasser ved Vilberg Helsetun benyttes til korttidsopphold innen utgangen av 2009.
- Oppfølging av læreplanen til helsefagarbeiderlærling.
- Utarbeid plan for at tilbudet ved Påsejordet kan videreutvikles til ett kompetansesenter for demens.
- Utarbeide rutiner for å bedre logistikken innenfor tjenestene.
- Fastsette kriterier og nivå for tjenestene, i første omgang knyttet til hjemmetjenestene.
- Videreføre arbeidet med kvalitetssystemer, herunder utarbeide rutiner for ansvarsfordeling/organisering av kvalitetsråd for å utføre det løpende arbeidet og håndtering av avviksmeldinger.

**1.1. STATUS – ANTALL MOTTAKERE AV DE AKTUELLE TJENESTENE (TALL FRA ÅRSBERETNINGEN FOR 2008 OG IPLOS – DA DET VISER SEG AT IPLOS-REGISTRERINGENE KAN VÆRE MANGELFULLE, TAS DET FORBEHOLD OM RIKTIGE TALL):**

- Det var i 2008 ca 666 mottakere innen hjemmetjenesten, herav 503 som mottok hjemmesykepleie. Aldersfordelingen blant mottakere av hjemmetjenester var 1 bruker mellom 0-17 år, 158 brukere mellom 17-67 år, 121 brukere mellom 67-79 år og 386 brukere over 80 år.
- I tillegg til hjemmetjenesten, yter ambulerende miljøarbeidertjeneste både i avdeling for funksjonshemmede og i avdeling for psykisk helsearbeid/rusomsorg tjenester til mange hjemmeboende
- 43 brukere mottar omsorgslønn i 2008
- 49 personer benyttet dagtilbud på Vilberg Bosenter
- 187 brukere har trygghetsalarmer
- 68 brukere mottar matombringelse
- 30 brukere (under 18 år) mottar avlastning utenfor institusjon, herav 12 på Fagerhøy avlastning
- 37 brukere mottar støttekontakt
- 8 brukere er med i ordningen brukerstyrt assistanse
- 630 brukere mottar fysio- og ergoterapitjenester
- Gladbakk aktivitetssenter gir tilbud til ca 910 brukere
- 430 brukere mottar tjenester fra avdeling for psykisk helsearbeid, herunder 136 brukere av dagsenteret
- 179 trygdeleiligheter/omsorgsboliger med eldre som målgruppe
- 52 brukere i leiligheter funksjonshemmede som målgruppe
- 16 leiligheter med brukere med psykiske lidelser som målgruppe (herav 6 leiligheter med heldøgnsbemanning)
- 4 leiligheter til fysisk funksjonshemmede
- 40 leiligheter for flyktninger og vanskeligstilte (gjennomgangsboliger)
- Vilberg Helsetun har per 01.02.09 120 sykehjemsplasser (fordelt med 90 ordinære langtidsplasser, 18 korttids-/avlastningsplasser, 4 rehabiliteringsplasser og 8 plasser skjermet for aldersdemente).
- 13 kontraktsfestede plasser ved Bøn sykehjem
- Påsejrdet bofellesskap for aldersdemente med 24 plasser (27 brukere) + dagtilbud

Sjøl om det kan være usikkerhet knyttet til kommunens registreringer i IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i KOSTRA ), viser registreringene for 2008 noen interessante trekk ved dagens pleie- og omsorgstjenester:

- 56 % av brukerne som får bare praktisk bistand, er i IPLOS registrert med lite bistandsbehov. Dette kan indikere at terskelen for å få praktisk bistand er lav. For landet for øvrig er det lavere andel registrerte brukere med praktisk bistand som vurderes å ha lite bistandsbehov
- 10 av 104 registrerte beboere med langtidsopphold i institusjon er vurdert å ha lite behov for bistand. På landsplan er andelen langtidsboende på sykehjem som vurderes å ha lite bistandsbehov bare ¼ av andelen i Eidsvoll.
- 44 % av hjemmeboende tjenestemottakere (mottar kommunale tjenester) mottar ikke privat hjelp i tillegg. Dette kan bety at Eidsvoll har et potensiale når det gjelder partnerskap og samhandling med 3. sektor.
- Gjennomsnittlig antall timer i uken til hjemmesykepleie og praktisk bistand for alle aldersgrupper er lavere i Eidsvoll enn i landet for øvrig. Særlig gjelder dette brukere med middels og omfattende bistandsbehov over 67 år. Dette kan indikere at tjenesten lett skyver brukerne oppover i omsorgstrappa, og at det er press mot sykehjemsnivået. Denne registreringen kan også skyldes relativt få plasser i omsorgsboliger for eldre med heldøgns tjeneste.

Disse funnene kan indikere at pleie og omsorg i Eidsvoll har sirkulasjonsproblemer og heller ikke har variasjonsbredden i botilbud til innbyggere som utvikler økte tjenestebehov.

## **1.2. UTFORDRINGER SOM ALLEREDE MERKES I DAGLIG TJENESTEYTING:**

- Det stilles større krav til innhold og kvalitet på de tjenester vi yter, enten brukerne bor hjemme eller på institusjon. Krav om innhold og kvalitet er ikke bestandig relatert til livskvalitet, men mer til hva som er medisinsk mulig for å opprettholde liv.
- Utviklingen viser at antall brukere under 67 år er stadig økende. Dette er samtidig en brukergruppe som i gjennomsnitt krever større ressursinnsats og kompetansebehov sammenlignet med den tradisjonelle eldreomsorgen.
- Det har allerede skjedd en forholdsvis stor dreining (prioritering) i forhold til antall brukere med behov for hjemmesykepleie kontra antall brukere som innvilges praktisk bistand.
- Manglende forutsigbarhet med hensyn til endring i tjenestebehov/økning i tjenestebehov er gjennomgående i pleie og omsorg og gjør det utfordrende å planlegge.

- Det har vært stort fokus på sykehjemssituasjonen i kommunen. Presset på sykehjemsplassene har stadig økt blant annet med bakgrunn i utskrivningspraksis fra sykehusene og et til dels ensidig fokus fra media og pårørende samt noen organisasjoner. Dette kan også skyldes at befolkningen, politikere og ansatte ikke har et bilde av at heldøgns trygghet for eldre kan ytes andre steder enn i sykehjem. Dette på tross av at Eidsvoll har Påsejordet som et utmerket eksempel på det motsatte.
- Innenfor demensomsorgen ser vi at det å gi et godt og tilfredsstillende tilbud til utfordrende og utagerende demente som krever spesiell tilrettelegging, omsorg og skjerming er ressurskrevende. Det gir mange utfordringer, både økonomisk og bygningsmessig. Dette er en økende gruppe og de trenger tilrettelagt omsorg.
- Stort fokus på brukerrettigheter. Fra sentralt hold vektlegges den enkeltes frihet til valg innenfor ulike behandlingstilbud. Det medfører at kommunene kan bli påført både store økonomiske merutgifter og store faglige utfordringer. Når en alvorlig syk velger å være i hjemmet, betinger det at vi både har kompetent personale og at vi har de hendene vi har behov for. I Eidsvoll kommune erfarer vi en økning av pasientgruppen i denne kategori.
- PLO-tjenesten generelt og mottakskontoret spesielt opplever følgende:
  - Økende andel klager og flere henvendelser
  - Mer krevende pårørende, presse, advokater og organisasjoner, særlig i forhold til å få sykehjemsplasser.

Vi ser ofte at eldre/syke brukere som blir innlagt fra eget hjem til sykehus ikke er i stand til å klare seg ved utskrivning direkte tilbake i eget hjem. Ofte må det en sykehjemsinleggelse til og ofte ender det også i et behov for langtids plass da terskelen for sykehusinnleggelse ofte er så vidt høy at de blir for sent innlagt til at de noensinne kan bli "friske" nok til å klare seg selv.

Kombinert med økt levealder som følge av utviklingen av bedre medisinsk behandling, gjør at sykehusenes utskrivingspraksis gir en akkumulert effekt ved at "gjennomtrekket" i bruk av sykehjemsplasser blir mindre, noe en ser en klar tendens til i de to siste årene.

Dagens hovedutfordring er til enhver tid å tilpasse tjenestetilbudet til uforutsigbare situasjoner og behov som oppstår bl.a. som følge av tilflyttede ressurskrevende brukere og brukere med sammensatte, omfattende og kompetansekrevende bistandsbehov.

#### Rekruttering og kompetanse.

Allerede i dag er det problemer med å rekruttere enkelte yrkesgrupper som for eksempel sykepleiere, samt å få gode søkere til lederstillinger. Det vil også de nærmeste årene være forholdsvis stor naturlig avgang i personalgruppen. I aldersgruppen 60-69 år er det 74 ansatte, mens det i

aldersgruppen 50-59 år er 181 ansatte. I løpet av de 10 - 15 nærmeste årene vil det altså være behov for en erstatning på ca 250 ansatte – dette i tillegg til den øvrige gjennomtrekken som skjer ved at de ansatte slutter.

## **2. STATLIGE MÅL OG STYRINGSSIGNALER**

### **2.1. LOVGIVNINGEN**

Eidsvoll kommunes pleie- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i sosialtjenesteloven samt kommunehelsetjenesteloven. Kommunen er også pliktig til å oppfylle kravene i egen kvalitetsforskrift som er hjemlet i begge lovene. Avgjørelser om tildeling av de fleste pleie- og omsorgstjenestene med hjemmel i disse lovene, skal regnes som enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler. Dette gjelder tildeling av praktisk bistand og opplæring, omsorgslønn, avlastningstiltak, støttekontakt, plass eller tjenester i sykehjem, bolig eller annen boform med heldøgns omsorgstjenester samt hjemmesykepleie.

### **2.2. KRAV TIL KVALITET**

Myndighetene har satset mye på at kommunene skal utvikle kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene i de siste årene. Dette kommer fram i en egen stortingsmelding, i veileder, i avtale mellom KS og helse- og omsorgsdepartementet og gjennom en egen kvalitetsforskrift.

Tidligere var denne kvalitetsforskriften hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, fra juli 2003 er kvalitetsforskriften også hjemlet i sosialtjenesteloven. Helsedirektoratet sier dette på sin internettside om hva kvalitetsforskriften skal ivareta:

”Forskriften stiller krav om at kommunene skal ha prosedyrer som kan synliggjøre hva de gjør for å dekke tjenestemottakernes grunnleggende behov. Forskriften skal bidra til å sikre at tjenestemottakere får ivaretatt sine grunnleggende behov, og at dette gjøres med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”

Forskriften framhever en del viktige verdier knyttet til at også personer som er anhengige av kommunale tjenester, kan ha selvstendig styring av eget liv. Blant annet gjennom:

- at tjenestemottakere får dekket sosiale behov, som mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet ut fra egne ønsker og forutsetninger, og ro og skjermet privatliv når det er ønsket
- at tjenestemottakere får rimelig valgfrihet i forhold til mat, med et variert og helsefremmende kosthold

- at tjenestemottakere med stort behov for hjelp til praktiske gjøremål kan følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket sengeopphold
- at enkelte grupper som har vanskelig for å redegjøre for sine behov, for eksempel demente, får tilrettelagte tilbud
- at alle som har langtidsopphold på institusjon kan få eget rom

### **2.3. INTENSJONER I LOVEN**

Vesentlige intensjoner i lovverket er blant annet garantien for nødvendig helsehjelp, der innbyggeren til en hver tid oppholder seg. Retten til individuell og nødvendig helsehjelp er absolutt, og kommunen er pliktig til å dokumentere på hvilken måte dette ivaretas.

En vesentlig intensjon i lovverket er kravet til individualitet i vurdering og tildeling av type hjelp, og at hjelpen skal innrettes slik at den bygger opp under enkeltmenneskets mulighet til å mestre eget liv.

I sosialtjenestelovens formålskapittel påpekes at tjenester gitt med hjemmel i loven skal bidra til at den enkelte har mulighet til å leve og bo selvstendig samt ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Denne formuleringen har konsekvens for hvordan kommunene innretter de ulike tiltakene, både typer boformer og den daglige tjenestep praksis. Formålsparagrafen har vært styrende for reformer de siste 20 årene innenfor blant annet HVPU-reformen, endringene innenfor psykiatrien, retten til brukerstyring gjennom BPA (Brukerstyrt personlig assistanse) samt boliggrøringen av eldreomsorgen i mange kommuner.

Når det gjelder tildeling av langtids plass i institusjon, kreves ikke tjeneste beskrivende enkeltvedtak. Forskrift krever kun enkeltvedtak på tildeling av plass. Det er både faglig og politisk reist som en utfordring at langtidsboere i institusjon ikke har krav på enkeltvedtak som sier noe om innhold i tjenesten og hva du får av type hjelp når du bor over lengre tid i institusjon. Her bryter både kravet til enkeltvedtak og praksis i de fleste institusjonene med intensjonen i lovverket for øvrig.

Ut fra lovgivning med tilhørende forskrifter, kan en si at pleie og omsorg i kommunene bør kunne ha blant annet følgende kjennetegn:

- Individualisering i type tjenester og tiltak, tjenestene skal ikke gis som et gruppetilbud (for eksempel til eldre).
- Tjenestene til innbyggere med sammensatte behov skal være samordna og helhetlige. Individuell plan er ett av flere redskaper for å sikre helhet i tilbudet. Dette legger også føring for hvordan kommunene bør organisere sine tjenester, samt arbeidsformene i det daglige.

- For å bygge opp under selvstendighetsaspektet, skal tjenesten fokusere på den enkeltes egen evne til å mestre, samtidig som tjenesten skal gi trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie. For mye hjelp er like ille som for lite hjelp.
- Boformen som den enkelte tjenestemottakeren bor og lever i er medvirkende for opplevelsen av selvstendighet, normalitet og verdighet. Nybygde sykehjem ivaretar kravet til bokvalitet på en bedre måte enn de tidligere bygde sykehjemmene, fordi alle ser betydningen av boligen også som faktor for å bygge opp under mestring ut fra den enkeltes forutsetninger. Omsorgsboligen som alternativ arena til sykehjem er også et uttrykk for kommunenes oppfølging av lovverkets intensjon.
- En kvalifisert forvaltning som ivaretar kravet til innbyggerens rettssikkerhet ved vurdering av behov og utøvelse av faglig skjønn i saksbehandlingen.

#### **2.4. HANDLINGSPLAN FOR ELDREOMSORGEN (STORTINGSMELDING 50, 1996-97)**

Meldingen skisserte en 4-årig handlingsplan med økt satsing på hjemmetjenestene, økt satsing på omsorgsboliger og med flere plasser med heldøgns pleie og omsorg. Det ble satt måltall for økt antall ansatte i hjemmetjenestene (6000 flere årsverk fram til 2001). Videre satte meldingen et veiledende måltall for antallet plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig (sykehjem og omsorgsbolig) til å utgjøre 25% av befolkningen 80 år og eldre. Meldingen sier klart at dette forutsetter en godt utbygd hjemmetjeneste.

I 2005 var det i overkant av 26 000 omsorgsboliger rundt om i norske kommuner, de fleste ble bygd etter 1994. I perioden 1989 til 2001 vokste antallet årsverk i hjemmetjenestene fra 18 000 til 48 000. Dette kan bety at de fleste kommunene la opp til en boliggjøring av omsorgstjenesten, andelen sykehjems plasser per innbyggere 80 år og over er redusert fram til 2009.

Sykehjemsdekningen i norske kommuner varierer fra ca. 4% - 80+ til 65% - 80+. Dette indikerer at kommunene i ulik grad har tilpasset sine løsninger til Stortingmelding 50's intensjoner og mål. Samtidig viser tall fra KOSTRA (2008) at dekningsgraden når det gjelder heldøgns plasser i kommunene (sykehjem og boliger med heldøgns bemanning) nå utgjør som gjennomsnitt for landets kommuner hele 28 % av antallet innbyggere 80+. Denne dekningsgraden er den samme som tilsvarende dekningsgrad i Eidsvoll kommune, nemlig 28 % av antallet innbyggere over 80 år. Med dette kan det hevdes at måltallet fra Stortingmelding 50 er overoppfylt. Fortsatt er det likevel store variasjoner i dekningsgrader mellom kommuner. Fornya satsing med tilskudd for bygging av både omsorgsboliger og sykehjem, som tiltak i Stortingmelding 25 (2005 – 2006) er ment å skulle utjevne noe av forskjellene.

## **2.5. SYKEHJEMMENES ROLLE OG FUNKSJONER I FREMTIDENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.**

### **Rapport fra 1999 (Kvaase-utvalget)**

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

Noen kommuner med lavest sykehjemsdekning har tatt denne tilrådingen til følge, og blir dermed definert som tydelig hjemmetjenesteorienterte kommuner i rapport til Helse- og omsorgsdepartementet fra Senter for Økonomisk Forskning AS i 2004. Rapporten er benevnt i Stortingsmelding 25: "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer", s. 84.

Det verserer ulike oppfatninger om behovet for antallet korttidsplasser i forhold til antallet 80 år og over. Ulike instanser skisserer at antallet korttidsplasser eller behandlingsplasser bør utgjøre ca. 15% av totalt antallet plasser/boformer med tilbud om heldøgns pleie og omsorg per 80+. Den bebudete samhandlingsreformen fra statens side vil trolig føre til økt behov for behandlingsplasser i kommunene, iden enkelte kommune eller i interkommunale tiltak.

De kommunene i landet som har lavest antall institusjonsplasser (4% - 10%), bruker sine sykehjemsplasser i hovedsak som korttidsplasser. Ofte er det i disse kommunene ledige institusjonsplasser til enhver tid, og de satser stort på oppbygging av medisinskfaglig spisskompetanse hos sykepleierne og andre som jobber ved korttidsplassene. Disse kommunene har ikke store vansker med å ta hjem utskrivingsklare fra sykehusene.

En av de virkelig store utfordringene i nesten alle kommuner, blir nettopp kapasitet og spisskompetanse for å utføre medisinsk behandling etter sykehusopphold, og i stedet for innleggelse i sykehus, særlig for eldre innbyggere. Eidsvoll kommune har i dag også denne utfordringen, behovet vil bare øke.

## 2.6. STORTINGSMELDING 25 (2005 -2006): Mestring, muligheter og mening.

Denne Stortingsmeldingen peker retning for utvikling av omsorgstjenesten i kommunene både i nær framtid fram til 2015, og de neste 20 til 30 årene. Meldingen sier blant annet at kommunene flest vil møte den såkalte "eldrebølgen" først etter 2020, og at en må bruke tida fram til da til å planlegge hvilken strategi en skal møte utfordringene med.

Både politikere og fagansatte i kommunene anbefales om å lese meldingen i sin helhet. Her trekkes fram bare noen av de signalene som meldingen gir.

- Av de nye årsverk som skal rekrutteres inn i omsorgstjenesten, skal 1/3 øremerkes personell som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning. Dette gjøres blant annet for å styrke fokus på aktivitet og innhold i hverdagen til de som er mottakere av pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Dette betyr økt fokus på aktiv omsorg.
- Satsing på bedret samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, mellom kommunene og helseforetakene. Dette også for å sette kommunene bedre i stand til å ta hjem utskrivingsklare pasienter fra sykehusene. I ettertid har Helse- og omsorgsdepartementet signalisert en ny reform som framgår av Stortingsmelding som legges fram i slutten av juni 2009. Dette er den såkalte samhandlingsreformen, også benevnt som en kommunehelsereform. Ut fra signalene per 01.05.09 vil denne meldingen skissere en utvikling der ytterligere oppgaver i helsetjenesten skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærkommunenes helsetjenester.
- Styrking av legetjenesten i sykehjem. Dette er nødvendig for at kommunene skal kunne drive etterbehandling etter sykehusopphold og for at behandling kan skje lokalt i kommunen i stedet for sykehusinnleggelse.
- Det skal satses på partnerskap, der pårørende og frivillige ressurser rundt den enkelte tjenestemottaker skal motiveres og trekkes med som en kvalitativ ressurs.
- Myndighetene skal satse større ressurser på praksisnær omsorgsforskning for å ha bedre dokumentasjon av resultater av ulike strategier, som grunnlag for nye valg.
- Staten innfører nye tilskuddsordninger for renovering og nybygging av sykehjem og omsorgsboliger i kommunene.
- Kommunenes politikere utfordres til å ta et større ansvar for å definere innhold og kvalitet i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.
- Større vektlegging av brukervedvirkning og brukerstyring.
- Behovet for alternative boformer til sykehjem også for innbyggere med demens.

## 2.7. UTVIKLING I ENKELTKOMMUNER OG NASJONALT

Kommunene rundt i landet velger ulike strategier for å møte innbyggernes behov for trygg og kvalitativt god pleie- og omsorgstjeneste. Kommunene prioriterer ulikt også fordi utfordringene er varierende mellom kommunene. I tillegg settes lokalt politisk preg på hvilke tiltak som iverksettes, hvilke strategier som legges til grunn for tiltakene og hvordan den enkelte kommune dokumenterer at den oppfyller myndighetskravene.

Det er få av de store kommunene som har gjennomført en faktisk hjemmetjenesteorientering av sine pleie- og omsorgstjenester, særlig for gruppen eldre. Gjennomsnittlig institusjonsdekning for de store kommunene ligger på ca. 19% per 80+, den laveste institusjonsdekning blant store kommuner er på 11% 80+. De kommunene med lavest institusjonsdekning (fra 4% til 10% 80+) er små og mellomstore kommuner. Dette kan indikere at de store kommunene har valgt annen strategi enn de mindre, eller at omstillingen fra institusjonstung tjeneste til mer hjemmetjenesteorientert tjeneste tar lenger tid i store enn i små kommuner. Svaret på hvorfor de store kommunene har høyere institusjonsdekning enn de små og mellomstore kommunene, kan være ulike politiske prioriteringer, eller ulike faglige innspill til politiske beslutningstakere.

Uansett kommunestørrelse, de samme statlige føringene gjelder for alle kommunene. Det finnes ikke forskning som belyser begrunnelsene for de ulike valgene og som tydeliggjør hvorfor kommunene har ulik strategi.

De siste årenes rammepress og helsetilsynets påpekning av mangler i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, har medført omstillingsprosesser i mange kommuner der resultatet er mer eller mindre markante endringer i profil og tiltak i tjenesten. Kort sagt går utviklingen i mange kommuner i retning av:

- Større satsing på hjemmebaserte tjenester for å redusere press på sykehjemsplassene. Heldøgns tjeneste i omsorgsboliger erstatter langtids plass i sykehjem, men defineres som hjemmebaserte tjenester.
- Sykehjemsplassene brukes i større grad enn tidligere som behandlingsplasser etter sykehusopphold, som tilbud for behandling og utredning lokalt i stedet for sykehusinnleggelse, eller som andre korttidstilbud.

- Omsorgsboligene utgjør en stadig større andel av ”plassene” der innbyggere med behov for heldøgns tjeneste får trygghet for individuelt retta hjelp over lengre tid. Tjenestene i omsorgsboliger erstatter boform og tjenester som tidligere kun var å finne i sykehjem.
- Per 2005 var 20% av øremerka plasser (i samtlige kommuner) for innbyggere med diagnosen demens, omsorgsboliger, fortrinnsvis i bofellesskap. Denne andelen er økende.

Utviklingen skissert ovenfor startet rundt 1990 og skjøt fart midt på 90-tallet og særlig etter statens eldresatsing med statlige midler for renovering og opprusting av sykehjem og bygging av omsorgsboliger mot slutten av 90-tallet. Dekningsgrad for sykehjem har gått litt ned (ca. 19% - 80+ i 2008) mens samla dekningsgrad sykehjem og heldøgns bemannet omsorgsboliger på landsbasis er over 28% av innbyggere over 80 år. Målsettingen skissert i Stortingsmelding var en dekningsgrad på 25 % heldøgns plasser, sykehjems plasser og omsorgsboliger med heldøgns tjeneste til sammen. Målsettingen er med andre ord overoppfyllt.

Det er de mindre og mellomstore kommunene som synes å ha gått foran i utviklingen når det gjelder å ta i bruk alternative boformer for eldre innbyggere med behov for omfattende og langvarig tjeneste. Alle kommunene er forpliktet til å gi tilbud om tjenester i bolig og ikke et institusjonstilbud, til:

- Personer med utviklingshemming.
- Yngre personer (under 50 år) med fysiske funksjonsnedsettelse.
- Innbyggere med psykiske lidelser.

Likeledes er Eidsvoll kommunes, i likhet med de aller fleste kommunene, egne målsettinger at innbyggere med et behov for omsorgstjenester (også eldre) skal kunne bo hjemme (og i tilrettelagte boliger) lengst mulig.

## **2.8. HVA SKJER I DE MEST ”EFFEKTIVE” KOMMUNENE?**

Kjennetegnene nedenfor er uttrykk for hvordan tjenestene beskrives i de kommunene som får tilbakemelding på god kvalitet og som samtidig maktet dette innenfor begrensede ressursrammer. Ingen kommune har alle kjennetegn representert, men en finner flere av disse kjennetegnene i noen kommuner enn i andre.

- **En tjeneste gjennomsyret av fokus på forebygging, tilrettelegging og mestring – i praksis.**

Det betyr at både behovsvurdering, enkeltvedtakene og oppfølging av vedtakene gjennom daglig tjenesteyting retter oppmerksomheten på muligheten og motivasjonen for mestring for den enkelte tjenestemottaker. I tillegg har kommunen økt satsing på fysisk tilrettelegging, arena for sosial trening og nettverksbygging samt varierte og meningsfulle aktivitetstilbud.

- **God omsorg defineres som målretta og systematisk forskjellsbehandling.**

Kravet i lov om individuelt retta tjeneste omtales som positiv forskjellsbehandling. Målrettinga er individuell, ingen tjenestemottakere tilbys tjeneste ut fra alder eller diagnose, men ut fra en grundig vurdering av den enkeltes særskilte behov. Konsekvens av denne tenkningen er blant annet at arbeidsplanene for ansatte i størst mulig grad baseres på summen av tjenestemottakernes behov.

- **Ansatte har utviklet god forhandlerkompetanse.**

Dette betyr ansatte som er gode på å møte behovene hos den enkelte, utøve sitt faglige skjønn i det daglige møtet, motivere og skape positiv stemning samt begrunne på en trygg måte både et ja og et nei. Dette forutsetter trygge fagpersoner, som også er inneforstått med, og har gjort til sitt, et avklart verdigrunnlag som styring for sin daglige atferd.

- **Omforent og krevende, men nærværende lederskap fritatt for merkantile oppgaver.**

Dette er ledere som har handlingsrom for lederskap, i en organisasjon hvor medarbeiderne aksepterer tydelige ledere. Ledere som ser medarbeideren, er nær og med klare forventninger til tjenesteatferd. Det er stabilitet i ledergruppen, noe som også kan medføre ønsket stabilitet blant ansatte. Ledere berømmer forslag til nye arbeidsformer og viser daglig stolthet over det en lykkes med. Feil læres av, og veiledning er systematisert.

- **En visjonær organisasjon.**

Her finner vi ledere med visjoner om framtid, medarbeidere som våger å tenke nye tanker, en organisasjon som jobber målretta for å nærme seg visjonene.

- **Tydelig på forventningsavklaring mot befolkningen.**

Tjenestene er beskrevet på en slik måte at innbyggerne skjønner hva som kan forventes av hjelp og støtte, på hvilket nivå og hva som skal kjennetegne måten tjenesten skal ytes på. Dette er standarder og tjenestebeskrivelser som er politisk vedtatt, og begrunnet i myndighetskrav. Politikk og fag går hand i hand.

- **Sykepleierne er lett tilgjengelig for hele tjenesten, men er gitt spesielt ansvar for sykehjemsfunksjonen.**

Sykepleiefaglig kompetanse er medisinsk spisskompetanse utviklet for å mestre en oppgradert helsetjeneste ved sykehjemmet. Sykepleierne er fagpersoner, ikke administratorer.

- **Sykehjemmets korttidsfunksjon er prioritert framfor sykehjemmet som boform.**

Disse kommunene klarer ”brasene” med stadig raskere utskrivningstakt fra sykehus. I tillegg unngås ”unødvendige” sykehusinnleggelse, særlig av eldre som ellers får hjemmebaserte tjenester.

- **Omsorgsboligene er i hovedsak bygd som gruppeboliger.**

I disse kommunene utgjør omsorgsboligen arenaen for de tjenestemottakerne med størst behov for tjenester gjennom hele døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærmet som ved nybygde sykehjem. Bofellesskap nyttes også som arena for tilrettelagt tilbud for innbyggere med demens.

- **De har ikke overført arbeidsformene fra sykehjem inn i omsorgssentrene.**

Daglige rutiner, arbeidsmåter, arbeidsplaner, grad av samhandling med pårørende etc. er forskjellig fra sykehjem. Vedtakene er individualisert og tjenestebeskrivende i motsetning til praksis ved tildeling av plass for langtidsopphold i sykehjem.

- **Har kvalifiserte bestillere med budsjettansvar.**

Kommunene har samlet forvaltningsoppgavene på færre hender, oppkvalifisert disse slik at faglig skjønn utøves på et tryggere grunnlag, rettssikkerheten for tjenestemottakeren søkes bedre ivaretatt, etc. Bestillerne samhandler godt med de som utfører tjenestene, uten at tjenesteyterne mister fleksibiliteten innenfor rammen.

- **God samhandling med den kommunale legetjenesten.**

Kommunene har avtaler med fastlegene i forhold til beboerne i omsorgssentrene, både som tilbud til beboerne og i forhold til veiledning av ansatte. Legesamarbeidet er en kritisk suksessfaktor i forhold til korttidsfunksjonen som dekkes av sykehjemmet.

- **Åpner opp for nye kompetansegrupper inn i tjenesten.**

Tilsetter kulturarbeidere, miljøterapeuter, sosialarbeidere, pedagoger etc.

Øker mangfoldet av kompetanse for å bredde tilbudet, og for å møte andre typer behov sammenlignet med tidligere.

- **Kontinuerlig internopplæring med utgangspunkt i beste praksis.**

Bevissthet på å spre de gode erfaringene, lære av egen og andres suksess. Å fokusere på ønsket praksis fører til mer av samme!

## 2.9. RESULTATER FRA FOU-PROSJEKTER

Egen forskningsrapport <sup>1</sup> utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at hjemmetjenesteorienterte kommuner (lav institusjonsdekning) har lavere ressursinnsats per innbygger til omsorgstjeneste, enn kommuner med høy institusjonsdekning. I tillegg når hjemmetjenestekommunene flere med sine tilbud og til en minst like god kvalitet, sammenlignet med institusjonsorienterte kommuner.

Noen vesentlige forskjeller synes å fremtre når en sammenligner heldøgns tjeneste i sykehjem og samme i omsorgsboliger.

<b>Heldøgns tjeneste i omsorgsbolig</b>	<b>Heldøgns tjeneste i sykehjem</b>
Heldøgnstjenesten i omsorgsboliger/bofellesskap er basert på tjenestebeskrivende enkeltvedtak	Heldøgnstjenesten i langtidsplass i sykehjem er basert på vedtak for tildeling av plass.
Beboeren med behov for heldøgns tjeneste har rettskrav på at staten gjennom folketrygden dekker kostnader til medisin (ut over egenandel), har krav på egne, individuelt tilpassede hjelpemidler, etc.	Beboere ved langtidsplass sykehjem, er avhengig av at sykehjemets budsjett dekker medisinene, har tilgjengelig hjelpemiddelpark som er felles for beboerne etc.
Ressursmengde og type kompetanse er basert på summen av de individuelle behovene hos de som bor i omsorgsboligene eller bofellesskapet.	Bemanning og kompetansesammensetning er stort sett fast over tid. Tjenestene kan bære preg av et gruppetilbud mer enn et individuelt tilbud.
Hjemmetjenestens arbeidsformer er lagt til grunn for den daglige tjenesten, og i samhandlingen med den enkelte beboer og eventuelle pårørende.	Driftsopplegget bærer oftest preg av innarbeidete rutiner som ikke i vesentlig grad varierer med endringer i behovene hos de som bor der.
Boligutforming synes mer normalisert, med beboerens preg på møblering og utsmykning. Boligen kan ofte være	Standardiserte boliger/romløsninger med mindre personlig preg på møblering og utsmykning.

<sup>1</sup> Lars Erik Borge og Marianne Haraldsvik: Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Senter for økonomisk forskning AS-2005.

<p>en fullverdig bolig, med de funksjoner som egen kjøkkenkrok, eget bad/toalett. Størrelsen på boligen varierer mye fra enheter opp til 50 – 70 kvm ned til ca. 25 kvm for bokollektiv for brukere med demens.</p> <p>Boformene er individuelle og har ikke skyllerom etc. som på sykehjem</p>	<p>Sykehjem skal etter egen forskrift ha egne skyllerom, medisin-lagerplass, materialrom etc</p>
<p>Reglene for egenbetaling er de samme som for øvrige hjemmetjenester i kommunen.</p>	<p>Egenbetaling etter egen vederlagsforskrift.</p>
<p>Omsorgsboliger med tilbud om trygghet for tjeneste hele døgnet, er oftest bygd som bofellesskap eller andre kollektive løsninger med fellesareal.</p>	<p>Nybygde sykehjem kan være bygd etter samme mal som omsorgsboliger i bokollektiv. Eldre sykehjem er bygd mer ut fra ”sykehus”-modell.</p>

Steinkjer kommune har gjennomført kostnadsanalyse der en sammenligner brukerretta driftskostnader (pleieressurser) i sykehjem med tilsvarende kostnader for sammenlignbar ”pleie-tyngde” i et bo - senter. De kom fram til følgende tall (2004):

**Sammenligning, ressursbruk og pleietyngde, omsorgssenter og sykehjem i Steinkjer kommune** (FOU-prosjekt, en videreføring av eldre-90-prosjektet)

	Antall brukere	Snitt pleietyngde	Kostnad brukerretta innsats per beboer
Omsorgssenter, samlokaliserte omsorgsboliger	32	3,05	Kr 221.000
Sykehjem	45	3,95	Kr 391.000

(Pleietyngde etter IPLOS-vekting fra 1 til 5, der 1 er selvhjelpen og vekting 5 betyr behov for hjelp til alle gjøremål og funksjoner)

Differansen i kostnader for brukerretta innsats per beboer per år er på kr 170.000,-. Forskjellen i gjennomsnittlig pleietyngde skulle ikke tilsi forskjellen i ressursbruken.

En av hovedårsakene til lavere driftskostnader, ligger i endrede driftsopplegg, der ressursene er mer tilpasset summen av individuelle behov, og at arbeidsformene er endret sammenlignet med sykehjem. Arbeidsmåtene er de samme som i hjemmebasert tjeneste for øvrig, tjenestespesifikk og individuelt tilpasset. Ved å gi samme tjenestenivå i sykehjem, påløper dessuten en del andre kostnader for kommunen, kostnader som i hjemmetjenesten dekkes av statlige instanser (trykdesystemet og Husbanken i hovedsak).

Asker kommune har fått gjennomført en undersøkelse vedrørende kommende eldrebefolkning i kommunen sine boligønsker<sup>2</sup>. Ca. 500 personer i aldersgruppen 54 – 74 år besvarte en spørreskjemaundersøkelse. Bare 3% av de som svarte ønsker sykehjem som boform dersom de får svekket helse. 9 av 10 ønsker alternative boformer til sykehjem, forutsatt at nødvendige tjenester er tilgjengelige. Ca. 50% ønsker i så fall selvstendige boenheter i fellesskapsløsninger, mens ca. 15% vil foretrekke bo-kollektive løsninger.

Forutsetningen for at omsorgsboliger skal kunne nyttes som alternativ arena til langtidsplass i sykehjem, er tilstrekkelig nærhet til hjelp. Det betyr ikke at en skal overføre pleiefaktor og bemanningsorganisering fra sykehjem inn i omsorgsboligene. Det kan erfaringsmessig føre til videreføring av sykehjemmenes arbeidsmåter inn i en annen arena, og til at kompetanse og ressurser ikke i tilstrekkelig grad blir tilpasset beboernes individuelle behov.

Kvalitetsmålinger i tjenesten<sup>3</sup> viser en minst like stor fornøydhet hos brukere i hjemmetjenestene (inklusive tjenester i omsorgsbolig) sammenlignet med tilsvarende for brukere i sykehjem. De kommunene med lavest institusjonsdekning viser i egne undersøkelser at kommunens tjenester med heldøgns trygghet i omsorgsboliger vurderes av brukere og pårørende som minst like gode som i andre kommuner hvor heldøgns tjeneste ytes i hovedsak ved langtids plass i sykehjem.

---

<sup>2</sup> Ivar Brevik. Framtidige eldres boligønsker i Asker. En preliminær rapport fra en spørreundersøkelse. NIBR – 2004.

<sup>3</sup> Bedrekommune.no

## 2.10. EIDSVOLL KOMMUNES POLITISK GITTE MANDAT FOR PLEIE- OG OMSORGSPLANEN

Den politisk sammensatte styringsgruppen for planarbeidet vedtok følgende mandat for arbeidet med planen som skal skissere strategier og tiltak av betydning for kvalitet og ressurseffektivitet i perspektivet 2009 – 2020:

1. I planperioden utvikles pleie- og omsorgstjenestene i retning av ytterligere hjemmetjenesteorientering. Sykehjemmet reindyrkes til korttidsplasser og behandlingsplasser.
2. Eidsvoll kommune utvikler en tjeneste som i tildeling og praksis vektlegger å støtte opp under enkeltinnbyggerens evne til å mestre oppgaver selv. Metoder og arbeidsform skal bære preg av forebygging og mestring.
3. Eidsvoll kommune vil i planperioden invitere kommunens pårørende, frivillige enkeltpersoner og organisasjoner til partnerskap i praksis.
4. Eidsvoll kommune utvikler en personalpolitikk som gir faglige utfordringer og utviklingsmuligheter for ansatte. Kommunen ønsker gjennom dette også å sette fokus på og belønne ønsket praksis og de gode eksemplene.

Videre slutter styringsgruppen seg til anbefalingene i egen rapport fra RO om følgende områder som skal ivaretas i en pleie- og omsorgsplan:

- Bidra til at tjenesten fortsatt oppfyller myndighetskravene.
- Sikrer innbyggerne likeverdig behandling av meldte behov for tjenester.
- Tar hensyn til morgendagens brukere (eldre og yngre) og forventinger til helhet, fleksibilitet og individualitet i tjenesten.
- Utvikler arbeidsformer, struktur og praksis som er optimale i forhold til effektiv ressursbruk.
- Sørger for at befolkningen har realistiske forventninger til pleie- og omsorgstjenestens omfang og kvalitet.

Som aktuelle myndighetskrav i tillegg til gjeldende lovverk og forskrifter, vil dette bl.a. gjelde:

- Oppfølging av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), Omsorgsmeldingen
- Oppfølgingen av Demensplan 2015 vedr. tilbudet til demente, herunder fokus på dagtilbud.
- Som oppfølging av kompetanseløftet skal pleie- og omsorgsplanen også inneholde en plan for kompetanseutvikling og rekrutteringstiltak.

I tillegg til å være et strategidokument, vil formålet med pleie- og omsorgsplanen også være å utvikle et mer balansert og sammenhengende tjenestetilbud som grunnlag for forutsatte innsparinger i vedtatt økonomiplan for 2010 – 2012.

Underveis i planarbeidet ble det tydelig at planen må skissere tiltak som:

- Skal være løsningsorientert og ikke problemfokusert.
- Skal bygge opp under en tjeneste preget av forebygging og fokus på mestring for å unngå eller utsette utvikling av tjenestebehov.
- Antyder hvordan Eidsvoll kommune kan avklare og bygge opp realistiske forventninger til tjenestenes nivå og innhold, både hos brukerne og blant ansatte.
- Planen skal inneholde tiltak for hvordan Eidsvoll kommune gjennom lederskap og kompetanseutvikling kan utvikle ønsket praksis i daglig tjenesteyting. Ønsket adferd skal berømmes.
- Planen skal være realistisk og bidra til at kommunen oppfyller lovkravene innenfor en bærekraftig ramme, og slik at politisk vedtatte innsparingsmål blir realisert.

### **3. UTFORDRINGENE I PLANPERIODEN NASJONALT OG LOKALT**

De utfordringer som skisseres nedenfor bygger på forskning, resultater fra FoU-prosjekter, lokale og nasjonale utviklingstrekk samt trekk ved samfunnsutviklingen generelt.

Det er relativt allmenn enighet om, både faglig og politisk, at de framtidige utfordringene ikke mestres alene ved dagens løsninger, metoder og strategier. Framtidige utfordringer vil kreve nytenking, evne og vilje til endring og omstilling både i tjenester og lokalsamfunn. Det er også stor enighet om at Norge som nasjon og kommunene lokalt vil ha begrensede ressurser til disposisjon for å løse velferdsstatens mange oppgaver. Det betyr at det bør være et absolutt krav om at valg av strategier og konkrete tiltak skal være ressurseffektive i den forstand at en sikrer ønsket kvalitet på en måte som også er bærekraftig økonomisk.

Stortingsmelding 25 (2005 – 2006): ”Mestring, muligheter og mening” ber kommunene lytte til morgendagens brukere sine tanker og ideer for ønsket utvikling av tjenestene og de tilbud som skal utvikles. NIBR-rapporten vist til tidligere er en av flere rapporter som forteller noe om hvilke forventninger morgendagens eldre har til bo- og tjenestetilbud i pleie og omsorg. Flere lignende undersøkelser viser samme tendens: Morgendagens eldre ønsker ikke å bo på sykehjem, dersom det gis tilstrekkelig trygghet for nærhet til hjelp i alternative boformer, omsorgsboliger, bofellesskap etc. Å kun satse på sykehjem som arena for eldre med behov for heldøgns pleie og tilsyn, vil kunne oppfattes som feilsatsing for å møte framtidige utfordringer. Eidsvoll kommune har et velkjent bevis på at omsorgsboliger i bokollektiv kan være en utmerket arena for eldre med behov for heldøgns tilsyn og pleie, nemlig Påsejordet bosenter.

### **3.1. NYE GENERASJONER BRUKERE, ANDRE FORVENTNINGER**

Det er særlig yngre brukere som vil kreve mye omsorg fra Eidsvoll kommune i årene framover. Det er rimelig å anta at utviklingen i Eidsvoll i stort vil følge den nasjonale trenden.

I perioden 1992 til 2004 økte (nasjonalt) andelen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester under 67 år fra 17 prosent til 29 prosent av totalt antall mottakere. I flere kommuner meldes at mottakere av omsorgstjenester under 67 år står for over 50 prosent av den total ressursbruken. En KS-rapport fra 2004: ”Kostnadsbilder i pleie og omsorg”, viser at 1/3 av brukerne i kommunenes hjemmetjenester er under 67 år, men de legger beslag på 2/3 av ressursene i hjemmetjenesten.

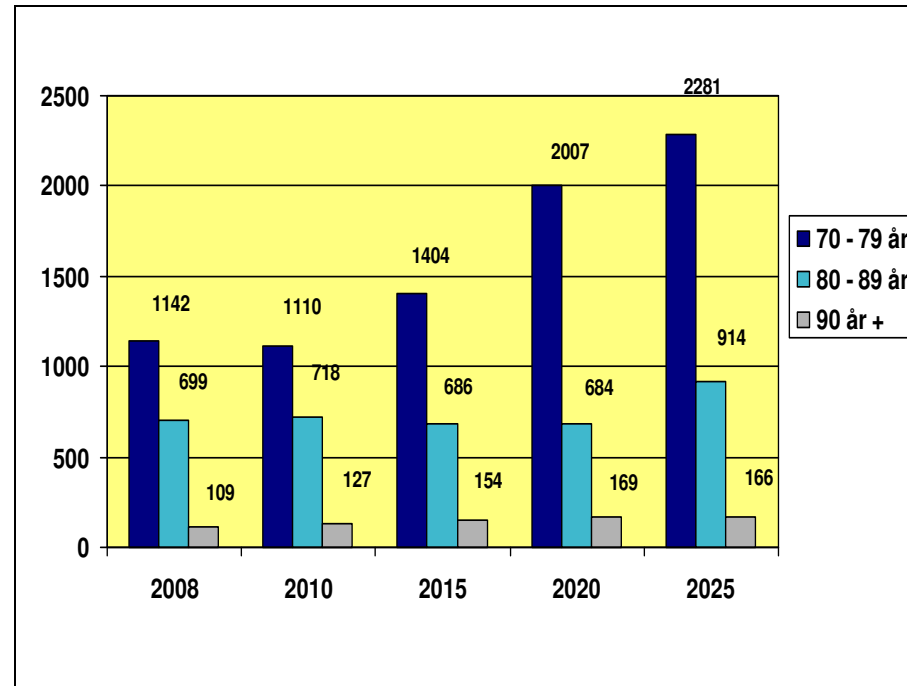
Antall mennesker med psykisk utviklingshemming er relativt konstant – ca. 4 – 4,5 promille av befolkningen. I Eidsvoll er andelen innbyggere med diagnosen utviklingshemming litt høyere en gjennomsnittlig, nemlig 5,4 promille.

På grunn av utvikling av medisinsk teknologi og spesialisthelsetjenestens behandlingsevne, vil stadig flere overleve ulykke og akutt sykdom. Resultatet kan bli stadig flere yngre innbyggere i Eidsvoll som vil ha livslangt behov for kommunal pleie og omsorg. Det samme gjelder utfordringen med at flere barn overlever for tidlig fødsel, noen ganger med resultat – sammensatte funksjonsnedsettelse.

Pleie- og omsorgstjenesten vil møte tjenestemottakere som er mindre beskjedne, som vil bestemme selv og som er vant til å stille krav. Morgendagens eldre i Eidsvoll vil trolig legge mer vekt på individuelle verdier, opplevelser og prestasjoner enn på kollektive verdier. Dette vil kunne påvirke de eldres forventninger til omsorgstjenesten, både når det gjelder det faglige innholdet, grad av individualitet, tjenestenivå og innenfor hvilken arena tjenesten skal ytes (jfr. boligundersøkelsen fra Asker, referert til tidligere).

Figur 1

## Befolkningsutviklingen i Eidsvoll kommune



Ser vi spesifikt på de eldste aldersgruppene, som er nokså relevante for omsorgstjenesten, finner vi i figur 1 en markant økning i tallet på de yngste eldre i planperioden fram til 2020. Aldersgruppen 70 – 79 år vil øke fra 1142 personer i 2008 til 2007 personer i 2020. I neste omgang vil denne veksten ha betydning også i aldersgruppen over 80 år, fra 2020 – 2025.

Når det gjelder de eldste eldre – innbyggerne over 80 år - viser figur 1 at antallet innbyggere mellom 80 og 89 år vil stige beskjedent fram mot 2010 for deretter å synke noe fram til 2020. Etter 2020 vil det imidlertid finne sted en betydelig økning av antall personer i denne aldersgruppen – en økning på 34 prosent i løpet av 4 - 5 år. Dersom en ser på endringer i tallet på 90 åringer, viser figur 1 en jevn økning fram mot 2020. For

perioden 2010 og fram til 2020 vil antallet personer 80 år og eldre være rimelig stabilt i Eidsvoll kommune, men så stige kraftig fram mot 2025 og videre..

*Mulige konsekvenser:*

Det er ikke eldreomsorgen som vil være utfordringen i årene fram til 2020. Forskning viser at Eldres evne til å mestre daglige gjøremål (ADL-funksjoner) har bedret seg mye de siste 10 årene, en utvikling som sannsynligvis vil fortsette.

Forskning viser likevel at innslaget av demens øker med alder. Eidsvoll får en jevn økning i antallet innbyggere over 90 år, og dermed trolig økende antall innbyggere med diagnosen demens, og dermed behov for et tilrettelagt tilbud på flere nivå. Innenfor eldreomsorgen ser det ut som det er demensomsorgen som representerer kommunens hovedutfordring.

På tross av levekårsindikatorer som viser en befolkning i Eidsvoll med relativt lav utdanning og lavere inntekt enn gjennomsnittlig, vil morgendagens eldrepopulasjon også i Eidsvoll sitte med stor egenkapital og boligkapital. Dette er positivt, men må samtidig bety at kommunen bør forvente at disse generasjonene eldre tar i bruk sin kapital til sjøl i større grad å finansiere boformer, også boformer for mottak av tjenester gjennom hele døgnet. Kommunen vil ha behov for å bruke sine tilgjengelige ressurser i hovedsak til hender og hoder som skal yte tjenester.

### **3.2. SAMHANDLINGSREFORMEN, KOMMUNEHELSEREFORMEN**

På det tidspunkt denne planen skrives, er det ikke klarhet i detaljene for hva den varslede samhandlingsreformen vil ha av konsekvens for pleie og omsorg i Eidsvoll. Det som er klart er at regjeringen vil fremme en Stortingsmelding før sommerferien (26. juni 2009), en melding som har som hovedbudskap at flere av de helsetjenester som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenestene, skal overføres til primærkommunenes ansvar.

Det er rimelig sikkert at dette vil føre til økt behov for spisskompetanse i primærkommunene. Kommunene vil få ansvar for faglig krevende behandlingsoppgaver, utredning, rehabilitering etc. Trolig vil dette føre til at kommuner må finne sammen i hensiktsmessige samarbeidsprosjekt for at oppgavene skal kunne løses på en faglig forsvarlig og ressurseffektiv måte.

Denne utfordringen vil komme som et tillegg til allerede erfart økt press fra sykehusene om tidlig hjemsending av ”utskrivingsklare” men ikke ferdigbehandlede pasienter fra sykehus.

### **3.3. LIVSSTILSSYKDOMMER**

Både samfunnsmedisinere og andre fagpersoner har over tid påpekt fakta når det gjelder utvikling av såkalte livsstilssykdommer. Statistikk tyder på vekst i antallet innbyggere med diabetes, med kols, overvektsproblemer, kombinasjonen rus og psykiske lidelser etc.

Dette vil trolig også ramme Eidsvoll kommune på en måte som vil kreve ressurser og faglighet, variasjon i botilbud og behov for nye typer tiltak, lavterskeltilbud etc.

### **3.4. FRIVILLIGE RESSURSER, 3. SEKTOR**

Forskning viser at den frivillige omsorgen, familieomsorgen ikke er mindre enn tidligere. Grad av frivillig omsorg er like sterk i byene som på landet, og bidragene er minst like store hos yrkesaktive som hos hjemmeværende.

Norske kommuner har i varierende grad lagt til rette for og lyktes med å spille på lag med familie, nære pårørende og andre frivillige ressurser i lokalsamfunnet. I stor grad skyldes ulikhetene tjenestens evne og vilje til, og ansattes opptatthet av å motivere og trekke pårørende og andre konkret på banen i utformingen av tilbudet til de enkelte tjenestemottakeren. Å bygge opp under opprettholdelse av brukerens nettverk og kontakt med pårørende, virker forebyggende og avlastende for den kommunale tjenesten.

Erfaringer fra andre kommuner tyder på at frafallet av frivillige ressurser og pårørende bistand er mest markant i sykehjem. Kommuner som i større grad gir heldøgns omsorg i omsorgsboliger og bofellesskap utenfor sykehjem, beskriver større frivillig engasjement opp mot enkeltbrukerne.

I noen kommuner inngår beskrivelse av den frivillige innsatsen som et konkret supplement til den kommunale og faglige assistansen, uttrykt i de individuelle tjenesteplanene.

#### 4. SATSINGSOMRÅDENE

Med utgangspunkt i det politisk gitte mandatet, har styringsgruppen konkretisert flere satsingsområder som de aktuelle arbeidsgruppene er bedt om å fremme forslag til tiltak innenfor. Nedenfor stilles opp de forslag til tiltak som 3 arbeidsgrupper (bredt sammensatt) har utarbeidet for å realisere det politisk gitte mandatet for planarbeidet.

##### **Satsingsområde: Fastsette visjon og verdigrunnlag for kommunens pleie- og omsorgstjenester.**

**Dagens situasjon og praksis:** Overordnet mål: Pleie- og omsorgsavdelingen skal sikre at alle som har et behov for pleie og omsorg gis trygghet for nødvendige og individuelt tilpassede tjenester.

Hovedmål: Tjenestene som pleie- og omsorgsavdelingen yter skal være behovsorienterte.

Tjenestene skal ytes i samråd med den enkelte bruker.

Tjenestene skal være kvalitetssikret.

**I planperioden fram til 2020:** Menneskelig nær, mestring, trygghet og samarbeid.

***Verdigrunnlag: Pleie – og omsorgsetaten i Eidsvoll kommune bygger sitt verdigrunnlag på menneskets rett til og behov for å forme sitt liv ut fra begrepene mestring, trygghet, verdighet og samarbeid.***

##### **Tiltakene i planperioden:**

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1.	Gjøre visjon og verdigrunnlag kjent for ansatte. Utarbeide logo for Eidsvoll kommune hvor visjon og verdigrunnlag kommer fram på en lettfattelig og tydelig måte, dette må synliggjøres og brukes i arbeid der ansatte er involvert, på dokumenter osv. Innarbeide visjon og verdigrunnlag i opplæringsplan for nytilsatte. I	

	prøveperioden vil dette være en av de viktige ting man vil bli ”målt” opp mot. Forplikte den ansatte til å arbeide etter gjeldende visjon og verdigrunnlag i Eidsvoll kommune.	
2	Annonsering av ledige stillinger, ta med verdigrunnlaget i stillingsannonsen. For å nå ut til alle ansatte: verdigrunnlaget må være synlig. Eks. skjerm bakgrunn, benyttes som logo på brevark. Diskutere begrepene på personalmøter. Hjemmeside: komme med gladmeldinger om utført pleie, linke dette opp mot verdigrunnlag.	

**Satsingsområde: Utarbeide kriterier og nivå for tjenestene som grunnlag for hvilke tjenester som tilbys Eidsvolls innbyggere – avgrense hva som er kommunens ansvar og hva som forventes av pårørende og frivillige. Fokus på mestringsperspektivet.**

**Dagens situasjon og praksis:** Man behandler alle søknader på individuelt grunnlag. Mange brukere får tjenester etter sykehusopphold. Etter at Ro hadde gjennomgang av tjenesten høsten 2008 ble det avdekket at Eidsvoll kommune hadde en forholdsvis lav terskel for å få hjelp. Tjenesten bærer preg av ”å gjøre for ” mer enn hjelp til å mestre selv.

Sykehjemmet står sterkt i den forstand at et flertall blant de pårørende ønsker sine gamle og hjelpetrengende dit når de ikke lenger klarer hverdagen sin.

**I planperioden fram til 2020:** Det vil være behov for en holdningsendring, både av de ansatte og befolkningen for øvrig. Eidsvoll kommune skal målrettet arbeide mot å bli:

**Hjemmetjenesteorientert:** Dette betyr i praksis at man mottar den helsehjelp man har behov for utenom institusjon. Å bo i omsorgsleilighet med eller uten heldøgnsbemanning, defineres som å bo hjemme. De som er mest hjelpetrengende og som i dag får tilbud om sykehjemsplass for å få den trygghet og omsorg de har behov for, vil bli tilbudt plass i en heldøgnsbemannet omsorgsbolig. Som det ligger i definisjonen er dette et boligkompleks hvor det alltid er pleiere tilgjengelig. Dette blir i stedet for sykehjem. Sykehjemmet vil etter hvert få en annen funksjon i tråd med utviklingen i 2.linjetjenesten.

Alle innbyggere er sikret rett til nødvendig helsehjelp men kommunen kan imidlertid ut fra et faglig og økonomisk grunnlag avgjøre på hvilke arena hjelpen skal ytes, det være seg i hjemmet eller i omsorgsbolig. Begge boformer defineres som hjemmet til brukerne.

**Mestringsorientert.** Hva legger man i mestring? Det dekker et vidt spekter, følelsen av mestring er subjektiv og individuell. Fokus på det friske og de muligheter som ligger i hvert individ. Hjelp til selvhjelp blir et fokus. I møte med bruker er det viktig å få kartlagt rett behov og rett hjelp.

**Løsningsorientert:** arbeide mot smidige løsninger og muligheter, ikke fokusere på problemer, men nye arbeidsmåter og samarbeid på tvers. Kommunen har som mål å formalisere samarbeidet mellom pårørende og frivillige. Statlige myndigheter har lagt føringene, det forventes at kommunene følger det opp. Det er viktig med en god kartlegging av forholdene i hjemmet sett i forhold til brukerens funksjon og nettverk i forkant av at praktisk bistand i hjemmet settes inn. Tilrettelegging av egen bolig samt bruk av hjelpemidler vil være et naturlig ledd i dette arbeidet.

**Økonomi:** Ved å få en hjemmetjenesteorientert kommune endrer man arbeidsmåter og tenkemåter, tjenesten blir mer rettet mot enkeltindividet. I denne modellen er det staten som dekker deler av utgiftene knyttet opp mot den enkelte bruker.

#### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Innrette hjemmetjenesten annerledes enn den er i dag. Bemanne noen omsorgsboliger slik at det er hele døgnet. Styrke fagligheten, øke kompetansen.	
2	Bygge opp tildelingsenheten med tverrfaglig kompetanse. Det er på dette stadiet man har mulighet til å vurdere hva som er den rette form for hjelp. Nødvendig og tilstrekkelig helsehjelp etter loven og etter lov om sosiale tjenester: ”enhver som ikke kan dra omsorg for seg selv.”	Kompetanse og bemanning nok til å foreta grundig saksutredning .
3	Utvikle formelle samarbeidsformer med pårørende og frivillige.	Må bli en del av saksbehandlingen.
4.	Koordinere og plassere ansvarsområder for kvalitetssikring.	En ansvarlig person for å sikre gjennomføring.
5.	Sykehjemmet- behandlingssykehjem m/korttid- avlastning-rehab.og palliativ avdeling. Langtidsplasser for demente som trenger sykehjem.	Det må være tilgjengelige heldøgns omsorgsboliger for de som har omfattende pleiebehov. Dette må være et etablert og akseptert alternativ til sykehjem.

6.	Det må utarbeides tjenestebeskrivelser for alle typer tjenester i pleie og omsorgsavdelingen. Disse må ligge til grunn for den tildeling som blir gjort ved mottakskontoret.	
----	--	--

**Satsingsområde: Utarbeide konkrete tiltak for informasjonsformidling til innbyggerne.**

**Dagens situasjon og praksis:** Kommunen har sine hjemmesider hvor man kan få informasjon om ulike tilbud. Man informerer ved hjemmebesøk. Innbyggere i Eidsvoll har store forventninger til kommunen og det har hittil vært en relativ lav terskel for å få tjenester. Tjenesten preges av en stor etterspørsel etter sykehjemsplasser.

**I planperioden fram til 2020:** Kommunen må jobbe målrettet mot en annen tenkemåte, kommunen kan ikke mestre alle framtidens oppgaver uten medvirkning fra sine innbyggere. (holdningsendring)

**Tiltakene i planperioden:**

<b>Tiltak nr</b>	<b>Beskrivelse av tiltaket</b>	<b>Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt</b>
1.	Info om at Eidsvoll kommune må legge om kursen fram mot 2020, dette er en nødvendig kursendring for å sikre at de som har behov for helsehjelp får nødvendig bistand. Dette blir en holdningsendring og gradvis utvikling av ny praksis, og det må settes inn nødvendige ressurser for å lykkes i dette arbeidet. Erfaringsmessig er holdningsendring en type arbeid som tar tid og som er vanskelig. Viktig med en politisk forankring slik at de endringer man er nødt til å gjøre, er i tråd med de beslutninger som er fattet av de folkevalgte. Tjenestebeskrivelser må være tydelige og de må være utformet slik at de ikke blir misforstått. I tillegg må de være lett tilgjengelige både på nett og i papirutgave.	At planens mandat og tiltakene blir forstått og formidlet på en måte som er troverdig og skaper trygghet.

2	Det bør ansettes egen IKT ansvarlig som til enhver tid oppdaterer hjemmesidene. Det må også være lett å ringe for å få svar på spørsmål.	
3	Ha som mål å bruke lokalmedia i arbeidet med informasjonsformidling ut til innbyggere i Eidsvoll kommune.	
4	Skoleringsplan for de ansatte. "Sannhetens øyeblikk", der tjenesteyter møter bruker, er arena for viktig informasjon ut mot våre innbyggere. Være våkne for "ildsjeler" blant ansatte, som virkelig tror på den nye pleie og omsorgsplanen, bruke disse aktivt i arbeidet for å gjøre kjent de nye tankene.	

**Satsingsområde: Utarbeide konkrete tiltak for partnerskap med pårørende og frivillige.**

**Dagens situasjon og praksis:** Man har ikke noen klare retningslinjer på dette området. I praksis samarbeider man med pårørende der det er mulighet for det, men det nedfelles ikke skriftlig i en form for avtale.

**I planperioden fram til 2020:** Endre praksis slik at andelen av frivillig innsats minst opprettholdes på dagens nivå, aller helst økes. Den frivillige innsatsen skal skriftliggjøres, motiveres og individualiseres.

**Tiltakene i planperioden:**

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	I vedlegg til enkeltvedtak skal det skriftliggjøres hva den enkelte familiemedlem, nabo eller andres gjør av konkrete oppgaver, når og i hvilke omfang.	
2	Kommunen skal arbeide mot å inngå konkrete avtaler med frivillige lag og organisasjoner som skal kunne være frivillig-formidlere, via frivillig sentralen.	

3	Når kommunen mottar søknad om tjeneste, skal bistand fra frivillige kartlegges før kommunal tjenesteyting kommer på tale. Unntaket er selvsagt behov som forutsetter faglig bistand.	
4	Kommunen skal ta initiativ overfor lag og organisasjoner , invitere til drøftingsmøte om hvordan eventuelt samarbeid skal foregå. Dialogkonferanser – ”likemannsarbeid”- felles referanser, være noe for en annen i lignende situasjon ( felles skjebne - felles trøst)	
5	Nettverksmøter	

### Satsingsområde: Avklare mottakskontoret rolle og funksjon.

#### Dagens situasjon og praksis:

Mottakskontoret mottar alle A (innleggelse) og B (utskrivning) skjemaer. En del henvendelser blir videre formidlet. Avd. lederne eller PLO-leder har pr i dag vedtaksmyndighet og mottakskontoret fungerer pr. i dag som saksbehandlere og sekretær i mange av sakene. Mottakskontoret har en leder med saksbehandlingsoppgaver og 3 saksbehandlere.

#### I planperioden fram til 2020:

Etablere en sentral enhet hvor innbyggerne i Eidsvoll og samarbeidspartnere utenom kommunen kan henvende seg i forbindelse med behov for bistand. Enheten skal være tverrfaglig bemannet og skal ha en kompetanse som sikrer tilnærmet likeverdige vurdering i hvert tilfelle. Den skal også ha solid kompetanse innen saksbehandling med bakgrunn i gjeldende lov- og regelverk. Enheten skal ha tilgang på juridisk bistand ved behov.

#### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Mottakskontoret omgjøres til sentralenhet for mottak, behandling av henvendelser om bistand/pleie fra befolkningen, og 2 linje tjeneste. <b>Navnet endres fra ”mottakskontor” til ”Tildelingsenhet”.</b>	Tilstrekkelig med rutinebeskrivelser, og kvalitetssikring av rutiner. Samarbeid med tjenestestedene og merkantil. Info til

	<p>Tildelingsenheten mottar og har oversikt over alle skriftlige og muntlige henvendelser vedrørende nye tjenester og revurdering av eksisterende tjenester. Dette gjelder Hjemmetjenesten, AFF, ARP, Rehab. Mottakskontoret fordeler henvendelser til de avdelingene som selvstendig gjør vurdering. Dette gjelder de tjenestene der det ikke er et krav om enkeltvedtak. Enkeltvedtakene skal begrunnes i funksjonsvurdering, i henhold til lover og forskrifter. Tildelingsenheten skal ha vedtaksmyndighet. Det søkes samarbeid med ØRU-kommunene om tilknytning til nødvendig juridisk bistand</p>	<p>publikum/brukere avklaring ift en evt egen enhet for barn/familie. En felles forståelse av kriterier for å få tjenester, og nivå på tjenestene. Oppdatering ift cosdoc (fagsystemet) Omfordeling av stillinger til tildelingsenheten innenfor eksisterende ramme. Leder av tildelingsenheten skal ikke fungere som leder for andre tjenester (stedfortreder) Leiebiler vurderes også til tildelingsenheten</p>
2	<p>Tildelingsenheten skal ha en tverrfaglig fagkompetanse, der forebygging, funksjonsvurdering, datatekniske ferdigheter og saksbehandlingskompetanse står sentralt. Med tverrfaglig kompetanse menes sykepleier, ergoterapeut, vernepleier ogeventuelt andre med helse- og sosialfaglig høgskoleutdanning. I samsvar med ansettelsesreglementet, vurderes kompetansegap ved ledighet i stillinger Godt fagskjønn og kommunikasjonsevner er viktig i møte med brukere og samarbeidspartnere.  Tildelingsenheten skal utvikle kompetansen på registrering i IPLOS (individbasert pleie- og omsorsstatistikk i KOSTRA ).</p>	<p>Opplæring i saksbehandling, vurdering og IKT. Det skal lages nye stillingsbeskrivelser for saksbehandlere og leder ved tildelingsenheten. Leder av tildelingsenheten får vedtaks-myndighet, og skal til en hver tid ha oversikt over eksisterende rammer ved de enkelte tjenestestedene. Leder skal ha jevnlig og planmessig dialog med de enkelte tjenestestedene.</p>
3	<p>Funksjonen koordinerende enhet (for rehabilitering) inngår som en del av tildelingsenheten. Samordningen vil bli bedre og det vil øke kvaliteten på tjenesten</p>	<p>Avklaring av ansvarsområde med leder for tildelingsenheten, øke bemanning med inntil 1 stilling.</p>
4	<p>Det utføres en risikovurdering og etableres rutine for tildelingsenheten for å sikre stabil framdrift ved enheten.</p>	<p>Sikre at alle skal være kjent med, og forpliktet til å følge vedtak og rutiner</p>

### Satsingsområde: Tiltak for å tydeliggjøre/avklare lederrollen og tid til utøvelse av ledelse

**Dagens situasjon og praksis:** Det er få av seksjonenes ledere som har videreutdanning i ledelse, og for mange er lederfunksjon i Eidsvoll deres første lederstilling. Noen av lederne har også praktisk utførelse av i sitt fagområde – også turnus i tillegg til lederoppgavene. Foranstående beskrivelse viser at det er vanskelig å få til en enhetlig lederstruktur/praksis. Rolleforståelse av lederforventninger/krav savnes.

#### I planperioden fram til 2020:

Alle ledere i etaten skal ha nødvendig kompetanse for å sikre enhetlig ledelse i samsvar med kommunens vedtatte ledelsesprinsipper

#### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Lederne bør jobbe systematisk med å avdekke tidstyver, ansvarsoppgaver andre kan og bør løse, feil prioriteringer	Datatekniske løsninger
2	Lederne må formidle ledelse som eget fag, og gi ansatte mer innsikt i problemstillinger og utfordringer.	Kompetanseheving innen ledelse – spesielt personalledelse
3	Ledere skal ha ansvar og myndighet, også over eget budsjett og på den måte ansvarliggjøres og få større frihet til å prioritere. Ansvar og myndighet hører sammen	Datatekniske løsninger må være på plass, d.v.s turnusprogram, tilgang til intranett for ansatte på alle arbeidssteder. Opplæring/skolering på alle nivå i bruk av data som verktøy
4	Krav til ledere, kompetanse. Ved utlysinger av lederstillinger skal det settes krav om formell lederkompetanse. Alle lederstillinger skal utlyses eksternt	Gjennomgang av stillingsbeskrivelsene for lederne
5.	Ivaretagelse av lederne ved at det opprettes et fast lederforum. Videre skal det tilrettelegges for individuell og gruppeveiledning	Gruppeveiledning jevnlig og individuell veiledning ved behov

### Satsingsområde: Kompetanse- og rekrutteringstiltak

#### Dagens situasjon og praksis:

Pleie og omsorgsetaten har en egen kompetanseplan som utarbeides for en fem års periode, evalueres hvert andre år. Hver avd. skal vurdere kompetansegapet før evaluering. Kompetansevurdering/ønsker skal være en del av medarbeidersamtale. Det er vedtatt prioritert støtte til grunn og videreutdanning.

#### I planperioden fram til 2020:

I planperioden skal etatens andel av faglærte og høgskoleutdannede økes. Planen skal også sikre at ansatte får muligheter til å opprettholde og videreutvikle sin kompetanse

#### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Ny kompetanseplan skal utarbeides med utgangspunkt i innretningen av ny pleie- og omsorgsplan. Kommunens behov for kompetanse for å sikre kvaliteten på tjenestene og møte nye oppgaver skal være styrende. Dette er ett av de viktigste tiltakene for at mandatet blir førende for praksis.	Det opprettes fagutviklingsstilling. At det avsettes kommunale midler hvert år for å sikre kontinuiteten i arbeidet. I tillegg at det gis øremerkede midler fra staten
2	Prioritere holdningsskapende arbeid, blant annet i forhold til yrkes stolthet, lojalitet, forebygging og mestring, respekt og verdighet, etc. Tilby veiledning – både til grupper og individuelt	Samarbeid mellom ledelse og fagforeninger. At ervervet kompetanse brukes aktivt
3	Det opprettes en "kompetansenhet"/ kompetansebank med oversikt over kompetanse/spesialkompetanse hos ansatte i etaten	Fagutviklingsstillingen blir opprettet
4	Bedre ferdigheter i forhold til organisasjonskunnskap – herunder grunnkunnskap om kommunal organisasjon og rammer for kommunal drift, saksbehandlingsbestemmelser og relevant lov- og avtaleverk. Introduksjonsprogram skal utarbeides/oppdateres på alle arbeidssteder	Samarbeid mellom ledelse fagforening. Alle arbeidssteder går gjennom sine introduksjonsprogram og sikrer at disse gjennomgås med alle nytilsatte.

5	Belønne videreformidling av kompetanse – her menes det blant annet at de ansatte som bruker og videreformidler sin kompetanse aktivt, kan prioriteres ved uttaking til kurs/kompetansehevede tiltak. Videre at leder berømmer slik ønsket adferd i personalgruppa.	Det utarbeides retningslinjer i samarbeid med fagorganisasjonene. Må gjøres kjent for den enkelte ansatte
6	Styrke/ systematisere samarbeidet med ungdomsskole, videregående skole og høyskoler. Dette innebærer at det utarbeides materiell og rutiner til bruk for kampanjer rettet mot de ulike målgruppene.	Legges i mandatet til fagutvikler

### **Satsingsområde: Rutiner for utveksling av ressurser og kompetanse mellom virksomhetene ut fra behov og ved ekstraordinære situasjoner**

**Dagens situasjon og praksis:** Det er ikke utarbeidet faste rutiner for utveksling av ressurser og kompetanse. Det er gjort forsøk på sentral registrering av spesialkompetanse som kan være relevant i hele etaten, men dette brukes i liten grad. En del utveksling av personale foregår mellom miljøarbeidertjenesten/RPH og hjemmetjenesten, men dette er ikke formalisert.

#### **I planperioden fram til 2020:**

Kompetanse og ressurser skal brukes mer fleksibelt og på tvers av ulike tjenestesteder

#### **Tiltakene i planperioden:**

<b>Tiltak nr</b>	<b>Beskrivelse av tiltaket</b>	<b>Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt</b>
1.	Fagutviklingsstilling etableres og tillegges blant annet ansvaret for å etablere rutinene, ha oversikt over kompetansen i helse- og sosialetaten. Utarbeide og ajourholde rutiner for hvordan ekstraordinære situasjoner utløser utveksling av ressurser og kompetanse.	De enkelte enheter deltar i utarbeidelse av rutiner virkemidler for å benytte tilbudet ved behov.
2.	Karriereplanlegging for ressurspersoner (leder, andre stillinger). Dette kan være en form for talentutvikling. Fagutvikler tillegges ansvar for å gi veiledning i karriereplanlegging for ressurspersoner.	Oppretting av fagutviklerstilling

3.	Arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene utarbeider retningslinjer for rullering i hele tjenesten: Tiltaket skal motvirke og bryte eksisterende barrierer mellom de ulike avdelingene/arbeidsstedene og minske sårbarheten ved ekstraordinære situasjoner.	De ansatte må få tilstrekkelig informasjon om ordningen på en måte som gjør at tilbudet oppfattes som positivt. Det skal være en mulighet for ansatte å skaffe seg ny kompetanse/innsikt og også få andre utfordringer med bakgrunn i den kompetansen de har
----	---	--

**Satsingsområde: Forbedring av arbeidsformer og struktur som ivaretar både hensynet til helhetlig tjenester og effektivitet.**

**Dagens situasjon og praksis:** Koordineringsteamet ivaretar hensynet til helhetlig tjeneste. Ansvarsgrupper er etablert. PPT og helsesøster har koordineringsansvar for en del barn med tjenester og koordineringsbehov.

**I planperioden fram til 2020:** Det skal være automatikk i tjenesten som sikrer helhetlige og sammenhengende tjenester til innbyggere med sammensatte bistandsbehov.

**Tiltakene i planperioden:**

<b>Tiltak nr</b>	<b>Beskrivelse av tiltaket</b>	<b>Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt</b>
1	Avklaring av forhold knyttet til eventuell etablering av en familie- og barneavdeling.	Det etableres forpliktende rutiner for samarbeidet og utarbeides retningslinjer slik at budsjettbarrierer ikke hindrer arbeidet.
2	Strukturen og rutinene ved skissert tildelings-enhetmodell, vil i større grad bidra til helhetlige tjenester.	Koordineringsansvaret må ligge på ledernivå. Avtaler i samarbeidsmøter er forpliktende – d.v.s at de som møter må ha den nødvendige beslutningsmyndighet og ansvar for videreformidling

3	Etablere faste avklaringsmøter med 2 linjetjenesten	Det må inngås forpliktende avtaler med 2.linjetjeneste
4	Gjennomgang av logistikk, arbeidsfordeling (kompetanse, mengde og tidspunkt), arbeidstidsordninger (turnus). Vurdering om og hvor Multidose kan være aktuelt effektiviseringstiltak. Effektiviseringstiltak er et kontinuerlig lederansvar.	Turnusprogram må være på plass og nødvendig kursing/opplæring Avtale om Multidose

### Satsingsområde: Kommunens framtidige sykehjemstilbud

**Dagens situasjon og praksis:** Vilberg helsetun har 120 plasser pr i dag – av disse skal ca 22 være forbeholdt korttid, avlastning, og rehabilitering. De øvrige har ”langtidsvedtak” og bor der livet ut, flertallet er demente. Alle har et stort pleiebehov pga alvorlig fysisk og/eller psykisk funksjonsnedsettelse. 8 plasser på skjerma enhet er forbeholdt urolige demente. I tillegg er det inngått kontrakt om kjøp av 13 plasser av private.

**I planperioden fram til 2020:** Gradvis overgang til ca 58 langtidsplasser og 55 plasser forbeholdt korttid, avlastning, lindrende enhet og rehabilitering

#### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Ca <b>58 langtidsplasser</b> fordelt på 2 avdelinger som ombygges slik at vi får beboergrupper på ca 8 personer i hver enhet. Disse vil ha store pleiemessige behov og mange vil være demente. Tiltaket skal bedre kvaliteten på tilbudet som igjen gir mindre uro, lavere medikamentforbruk og økt trivsel for beboere og personale.	Ombygging slik at 4 - 6 pasientrom brukes som fellesrom/stue/spiserom
2	Ca <b>47</b> plasser brukes til <b>korttidsplasser</b> (inkl. behandling og oppfølging etter sykehusopphold), avlastning og rehabilitering.	Beholde antall årsverk på Vilberg totalt, men generell kompetanse må økes (flere med høyskoleutdanning og videreutdanning), omgjøring av stillinger til spl, vernepl. ergo, fysio, aktivitør + styrking av legetjenesten (totalt ca 100% stilling)

3	Etablere enhet for <b>terminal pleie/lindrende behandling</b> med <b>8</b> plasser og et palliativt team som både jobber ”inne”, men også kan gå ut i hjemmene. Plassene kan brukes til kartlegging, utredning, utprøving av medisiner og lengre opphold for de som ønsker å ”bo” der den siste tiden. Plassene kan også brukes fleksibelt til andre pasienter (nb ikke urolige) ved behov og ledighet. Dagens skjerma enhet ved 1.avd kan gjøres om nesten uten kostnad.	Styrket kompetanse på fagområdet samt mer tilgjengelig legeressurs. <u>Må avklares ”grensegang” mot 2.linje og hva som evt etableres på Stensby</u>
---	---	---

### Satsingsområde: Hjemmetjenesteorientert tjenestetilbud

**Dagens situasjon og praksis:** Mennesker med behov for døgkontinuerlig tilsyn ”må” ha sykehjemsplass. For få plasser til korttid, avlastning og rehabilitering, samt for lite dag(evt. natt-)tilbud gjør at presset på langtidsplasser øker. Vi har i dag 64 plasser i heldøgns bemanna omsorgsboliger – da er boligene for yngre funksjonshemmede medregnet (Påsejordnet - 24, Helge Neumannsveg 7 – 4, avd. for funksjonshemmede - ca 30, Gruehagan – 6).

**I planperioden fram til 2020:**Etablere omsorgsboliger med heldøgns tilsyn slik at summen av sykehjemsplasser, bokollektiv og bemanna omsorgsboliger gir en dekningsgrad på ca 30% av forventet antall innbyggere over 80år (vil utgjøre ca 300 plasser totalt). Hvis forslagene nedenfor gjennomføres, vil vi ha til sammen 293 plasser. Det er planer om å utvide noe i psykiatriboligen på Gruehagan (3 plasser), samt at avd. for funksjonshemmede er svært fleksible med hvor de plasserer heldøgns bemanning – tilpasses etter behov, antallet her varierer derfor noe.

Arbeidsgruppa har diskutert å etablere desentraliserte baser for hjemmetjenesten i tilknytning til de planlagte bemanna omsorgsboligene. Det er for mange uavklarte spørsmål knyttet til dette, men vi har lagt vekt på at desentraliserte baser kan forsterke ”vanntette skott” mellom lagene, og siden dette oppleves av mange som et problem i dag, vil vi foreløpig ikke gå for denne løsningen.

En satsing på å legge til rette for at den enkelte skal bo hjemme lenger vil bety at ressursene til ergo- og fysioterapi må økes. Dette både for å trene/vedlikeholde funksjoner og for å tilrettelegge boligen. Det er i dag 2 ergo- og 2 fysioterapistillinger til de som bor i eget hjem, og ventetiden på tjenestene er uker/måneder. Aktivitør vil også kunne bidra med viktig kompetanse i en mestringsorientert organisasjon.

**Tiltakene i planperioden:**

<b>Tiltak nr</b>	<b>Beskrivelse av tiltaket</b>	<b>Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt</b>
1	Gjøre om Vilberg bosenter til omsorgsbolig med heldøgns tilsyn Vil gi inntil 40 nye plasser	Etablere personalbase på bosenteret. Styrkes fra resten av hj.tjenesten ved behov. Sikre trygghet for beboerne ved å etablere internt varslingsystem (tilrettelagt for dette da det ble bygget?)
2	Etablere "kafe"/spisested i kjelleren på Vilberg bosenter i samarbeid med dagavdelingen slik at beboere kan komme ned og spise frokost og middag	Benytte personell fra basen i samarbeid med frivillige og/eller Gladbakk
3	Det er vurdert å gjøre om Råholt bosenter til omsorgsbolig med heldøgns tilsyn. Vil gi inntil 57 nye plasser (59 – hvis to pleietrengende i de leil. som har to soverom) . Grappa er svært i tvil på om det er gjennomførbart m.t.p. byggets beskaffenhet og bemanning på natt (utrygt for nattevakt alene),. Må utredes og være avklart innen 010710.	Etablere personalbase på bosenteret. Vil kreve noe ombygging – evt omgjøring av en leil til dette (nb utnytte de to stuene i hver etasje). Internt varslingsystem må på plass
4	Utbygging av ny bemanna omsorgsbolig i sørbygda eller i Sundet i nær tilknytning til off. kommunikasjon, butikk m.m. Ca. 50 boenheter. Må utformes universelt og legges til rette spesielt med tanke på at demente kan bo der (blant annet små enheter)	Kommunal eller privat investering
5a	Bygge ut flere omsorgsboliger/bokollektiv for demente på eller i tilknytning til Påsejordet. Ca 24 plasser + dagtilbud (se satsingsområde demens) Må utredes og være avklart innen 31.12.10	Plass på tomta + byggteknisk mulig Dersom dette ikke er mulig her, må tilbudet etableres annet sentralt sted.
5b	Ombygging av tidligere Feiring aldershjem. Se skriv fra "Feiringregjeringa" og eget notat. Det må trolig velges mellom dette og nytt bokollektiv på Påsejordet eller annet sentralt beliggende sted. (tiltak nr 5a/5b)	
7	Gjøre om en av leilighetene i Helge Neumannsveg til avlastningsleilighet med plass til to brukere samtidig (stue tas i bruk til soverom og de to deler bad)	Hvis pleiebehovet overstiger de faste kan klare, må hjemmetjenesten bistå i stell
8	Bygge ut Helge Neumannsveg 7 med 4 – 6 plasser – se satsingsområde "brukergrupper som ikke passer i dagens tilbud"	

### Satsingsområde: Tiltak for demente, herunder dagtilbud

**Dagens situasjon og praksis:** Vi har 24 plasser for demente på Påsejordet bokollektiv (omsorgsbolig). Beboerne flyttes til Vilberg hvis de får et stort pleiebehov. 4 av plassene er ”forsterket” og kan evt utvides til 8. I tillegg er flertallet av beboerne på Vilberg helsetun demente, de mest urolige er på skjerma enhet på 1.avdeling (8 plasser). Til sammen gir dette *ca 75 plasser*, selv om ca 50 av disse ikke er et faglig tilrettelagt tilbud for demente. Det gis et ”dagtilbud” (tilsyn og mat) på Påsejordet til 1 – 2 personer pr dag. Det var i utg. punktet ikke planlagt å ha noe dagtilbud for demente på Påsejordet, slik at disse oppholder seg i fellesarealet på den enkelte avdeling. Mange demente bor i eget hjem, sammen med pårørende eller alene. En del av disse er brukere av dagavdelingen på Vilberg (som er et tilbud som ikke er spesielt tilrettelagt for demente).

**I planperioden fram til 2020:** Øke antall plasser med heldøgns tilsyn for demente til ca 100, samt tilby dag (evt natt-)opphold til hjemmeboende demente

Se også beskrivelse under satsingsområde hjemmetjenesteorientering i.f.t utbygging av omsorgsboliger

#### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Bygge ut omsorgsboliger på eller i tilknytning til Påsejordet, ca 24 plasser.	Evt. ledig tomt og om det er byggeteknisk mulig må avklares nærmere. Pga forventet økning i behovet er nyoppretting av stillinger nødvendig.
2	Etablere dagtilbud i forbindelse med nybygg/utbygging av Påsejordet – 6-8 plasser x 2 – totalt 16 plasser. Lokalene må kunne brukes fleksibelt slik at gruppa kan være samlet (16) eller hver for seg. . Evt brukes fleksibelt til korttids-/avlastningsopphold dogn og nattavlastning. Dagtilbudet skal aktivisere og stimulere, samt gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager til brukerne, samtidig som det er et viktig avlastningstiltak for pårørende. Frivillige kan trekkes inn for å delta i aktiviteter, underholdning, m.m	Som i pkt 1

3	En av avdelingene (ca 8 plasser) på et nyetablert bokollektiv for demente, bør trolig forbeholdes avlastningsplasser for hjemmeboende demente. Det vil være avgjørende for den enkeltes trygghet og grad av uro pga demenssykdommen at dagtilbud, avlastningstilbud og evt varig botilbud skjer på samme sted.	Som i pkt 1
4	Systematisk opplæring av alt personell som arbeider med demente – benytte ”demensomsorgens ABC” (Fylkesmannen anbefaler dette studiematerialet – utarbeidet av nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse)	Systematisk jobbing, forpliktende deltagelse. <i>En</i> ansatt med ansvar for organisering og gjennomføring
5	Etablere demensteam i tilknytning til bokollektiv som også kan jobbe ambulant	Tilstrekkelig spesialkompetanse

### Satsingsområde: Videreutvikling av dagtilbudene

**Dagens situasjon og praksis:** Vilberg helsetun har en dagavdeling lokalisert på Vilberg bosenter med plass til 15 personer pr dag. Det er noe over 40 personer som benytter dette tilbudet - varierende fra 1 -5 dager pr uke. Dagavdelingen er et aktiviserings- og avlastningstilbud der både somatisk/psykisk syke og demente får plass.

Påsejor det gir dagtilbud til 1-2 demente pr dag i fellesarealet på den enkelte avdeling (se annet skjema)

(Dagtilbud utenfor pleie- og omsorg: Dagsenter Myhrer for mennesker med rusrelaterte og psykiske lidelser. Gladbakk aktivitetssenter – et helsefremmende tiltak som er åpent for alle pensjonister og trygdede. Badet opplærings- og aktivitetssenter (BOA) – dagtilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming o.a.)

**I planperioden fram til 2020:** Innen 2015 skal vi ha et godt dagtilbud med plass til 16 demente pr dag – se annet tiltak. Øvrige dagtilbud videreutvikles med tanke på forebyggende og helsefremmende arbeid, samt avlastning for pårørende.

### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Dagavdelingen på Vilberg videreutvikles til å bli et tilbud primært for somatisk (og evt lettere psykisk) syke som trenger aktivisering, å treffe andre eller som en avlastning for pårørende.	Kan ikke gjennomføres fullstendig før vi har et alternativt dagtilbud for demente

2	Etablere et aktivitets- og kafetilbud for beboerne på Vilberg bosenter i tilknytning til dagavdelingen. Tilbudet er åpent for alle og drives i samarbeid med Gladbakk aktivitetssenter som har ansvar for organisering og rekruttering av frivillige (evt også sammen med Frivillighetssentralen)	Kan trolig gjennomføres uten videre
3	Etablere et ”del-av-døgnet-tilbud” som kan gis på dag/kveld/natt etter behov. Tilbudet skal primært være for de som ikke tør være hjemme, der pårørende trenger å ha fri (eks uro om natta) eller lignende. Tilbudet kan etableres som en del av korttidsavdelingen på Vilberg eller på gjesterom på Vilberg bosenter	Hvis det skal tilbys på Vilberg bosenter, forutsetter dette at senteret er døgnbemannet

### Satsingsområde: Tiltak for brukergrupper som ”ikke passer inn i dagens tilbud”

**Dagens situasjon og praksis:** Gjelder ofte yngre mennesker (< 67 år) med stort pleie- og omsorgsbehov, de trenger tett oppfølging, noen mangler bolig og har avvikende/utagerende adferd. Mange (ikke alle) har, eller har hatt et rusproblem. Disse er for unge til sykehjem og ”hører ikke til” verken i en psykiatriske eller i avd. for funksjonshemmede. Isolert sett har ingen fagavdeling alene kompetanse til å gi et godt tilbud, og de setter store krav til fleksibilitet og samhandling fra tjenesteapparatet.

Andre grupper er yngre alvorlig syke/sterkt funksjonshemmede med barn som etterspør skreddersydde tjenester (eks stell av barn, transport til barnehage, leksehjelp m.m.) som vi ikke har tradisjon for å gi etter at husmorvikarordningen opphørte.

**I planperioden fram til 2020:** Brukergruppa er mangfoldig og sammensatt og en kan ikke gi et ensartet tilbud til dem. Som alle andre av våre tjenestemottakere har de rett til å få et individuelt tilpasset tjenestetilbud. I perioden fram til 2020 vil denne gruppa trolig øke i antall – som følge av at flere lever lenger med store skader (som f.eks gir kognitiv svikt), har alvorlige sykdommer og at mange har hatt et langvarig rus- og medikamentmisbruk. Det kan eventuelt være aktuelt å vurdere etablering av interkommunale tilbud.

### Tiltakene i planperioden:

Tiltak nr	Beskrivelse av tiltaket	Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt
1	Bygge ut omsorgsboligen i Helge Neumansveg 7 med 4 – 6 plasser. Dagens tilbud	Utbyggingsplass på tomte?

	med bare 4 plasser er dyrt å drifte, og ved en utbygging som er utformet slik at det passer for <i>alle brukergrupper</i> , kan enkelte i denne gruppa trolig få et tilbud som passer.	Investeringskostnad Noe ny bemanning må til, men dagens personale på de 4 plassene kan utnyttes sammen med disse.
--	--	--

### Satsingsområde: Tilbudet til funksjonshemmede

**Dagens situasjon og praksis:** Avdelingen gir i dag tilbud til personer som har en funksjonshemming/utviklingshemming som er så inngripende at personen trenger hjelp/veiledning/opptrening i ADL-ferdigheter og til foreldre som har særlig tyngende omsorgsoppgaver for sine barn (avlastning privat eller på Fagerhøy). Etterspørsel etter/behov for avlastning er større enn vi klarer i gi, det samme er tilsyn etter skoletid for ungdomsskoleelever med stort bistandsbehov.

### I planperioden fram til 2020:

Mange psykisk utviklingshemmede og mennesker med lignende lidelser lever lenger enn tidligere og får aldersrelaterte diagnoser som demens, hjerneslag, brudd m.m.. Dette kan bety et økt behov for pleie og en annen kompetanse enn det tjenesten har i dag.

### Tiltakene i planperioden:

<b>Tiltak nr</b>	<b>Beskrivelse av tiltaket</b>	<b>Forutsetninger for at tiltaket skal gi effekt</b>
1	Innen 3 år skal det foretas en gjennomgang av tjenesten der en evaluerer arbeidsmåter, vurderer tildelingspraksis og ser på kompetansebehov. Nye statlige føringer i forhold til arbeid med psykisk utviklingshemmede innlemmes i dette arbeidet	
2	Det vurderes organisatoriske endringer m.t.p. en samorganisering av alle boliger med bistand.	

## **Satsingsområde: Tidligere Feiring aldershjem**

Arbeidsgruppa har merket seg det klare politiske ønsket om å opprettholde en virksomhet på det tidligere aldershjemmet. Pr 01.01.09 bodde totalt 880 personer i Feiring (skolekrets), av disse var 70 personer over 80 år. Statistisk Sentralbyrå kan ikke si noe om forventet aldersfordeling i perioden fram mot 2020 – til dette er tallmaterialet for lite. Av beboerne på det tidligere aldershjemmet var 5 – 8 personer fra Feiring, de øvrige var fra resten av Eidsvoll.

Vi vil skissere 4 ulike alternativer for bruk av tidligere Feiring aldershjem.

### **Alternativ 1.**

”Feiringregjeringa” har kommet med et konkret forslag til hvordan de tenker seg bygningsmassen benyttet innen eldreomsorgen framover. De sier ingenting om kostnader verken ved ombygging eller videre drift. Arbeidsgruppa har drøftet forslaget, og hatt møte med Leif Melby fra ”Feiringregjeringa”, samtidig som vi var på befaring der for å gå gjennom lokalene slik de står i dag.

### **Omsorgsleiligheter med begrenset tilsyn**

Vi forstår forslaget slik at disse skal driftes som i dag, med betaling av husleie og hjemmetjenester etter behov.

Den tidligere personalboligen er benyttet som trygdebolig i mange år (usikkert hvor mange). De som har bodd der har kunnet nyttiggjøre seg av det tidligere aldershjemmet på dagtid. De har mottatt hjemmetjenester hvis behov, og de har fått ferdig middag hjem hvis de har ønsket det. I flere år har det vært vanskelig/umulig og fått leid ut alle de fire leilighetene i bygget. Det har til tider bare vært en beboer der. Dette har medført store summer med tomgangsleie for PLO over tid – til tross for at behovet for boliger totalt sett i kommunen har vært stort/økende.

Mottakskontoret har virkelig ”gått inn for” å leie ut disse leilighetene. Vi har tilbudt søkere å se leiligheten, vi har ”holdt av” for at flere ønsker noe lengre tid på å bestemme seg, vi har tilbudt ferdig middag m.m. Årsaken til at de som trenger bolig takker nei er ikke leilighetene i seg selv, men begrunnes med at det er lite sentralt, bl. annet kan det medføre færre besøk av pårørende. Mange av de som søker trygdeleiligheter er avhengig av offentlig transport, - noe som nesten er fraværende i Feiring, og de ønsker også nærhet til lege, apotek, forretninger, bank m.m. Pr. i dag er to av leilighetene utleid.

### **Omsorgsleiligheter med utvidet tilsyn**

Vi forstår forslaget slik at de tre rommene i kjelleren bygges om til små omsorgsleiligheter (med egne bad/toalett) som tilbys eldre med behov for noe tilsyn. Rommene ligger slik i bygningen at beboerne må kunne varsle selv når de trenger hjelp. For demente egner ikke disse seg da det er vanskelig å finne heisen/trappa og det er lett å gå ut (kort til riksvegen).

Tidligere har disse tre rommene i underetasjen vært vanskelig å ”belegge” fordi de som har bodd der/evt. skal bo der, ikke kan være for hjelpetrengende. Vi mener at dersom de er så lite hjelpetrengende at de kan bo i leilighet der, så vil de kunne bo i egen bolig.

### **Boenhet i institusjon med vesentlig hjelp og støtte**

14 rom i hovedetasjen er foreslått brukt til institusjonsplasser for de som ”sjøl klarer å ordne det vi kan kalle livets primæroppgaver”. Vi oppfatter at det her tenkes på eldre som trenger noe tilrettelegging og trygghet, men som kan utføre ”primæroppgaver” som f.eks å spise selv, gå på toalettet selv, legge seg og forflytte seg selv. I dag er dette mennesker som bor i eget hjem og mottar hjemmetjenester – de som bor i institusjon har et omfattende tjenestebehov 24 timer i døgnet.

Arbeidsgruppa har prøvd å beregne personellbehovet ved den foreslåtte løsningen med 14 relativt selvhjulpne beboere i institusjon. Vi forutsetter at en ved å benevne dette som institusjon, tenker at heldøgnsbemanning er nødvendig. Da Feiring aldershjem var i drift, hadde de en våken og en hvilende nattevakt (det var for utrygt å være alene på natt) – dette vil også være nødvendig nå. I tillegg må det være minst to pleiere tilstede på dag og ettermiddag, eventuelt forsterket med ressurser fra hjemmetjenesten når det oppstår større pleiebehov. I tillegg til pleieressursen må det være funksjoner som vaskeri, kjøkken, vaktmester, renhold, administrativ funksjon, tilsynslege, ergo- og fysioterapi. Disse tjenestene trenger ikke være stasjonert på stedet, men må beregnes som et behov i tillegg til pleiebehovet. Pleieressursen utgjør i overkant av 9 årsverk (7 dager pr uke, 24t i døgnet) + vikarutgifter ved ferier og sykdom. De øvrige tjenestene vil utgjøre minst 2 årsverk til sammen. Totalt betyr dette en lønnskostnad på *minimum* 6 millioner kr pr år. (Til sammenligning var lønnsutgiftene i Helge Neumannsveg7 på ca 5 millioner i 2008, der er det 2 eller 3 ansatte på dagtid, 2 på ettermiddag og 1 på natt).

### **Enhet for opptrening til sjølhjelp**

Forslaget er at to boenheter brukes som ”treningssenter” og brukerne som skal gis et tilbud beskrives som relativt selvhjulpne i utgangspunktet (bl. annet ved at de skal bruke bassenget på Feiringklinikken og trene på matlaging, klesvask osv). Spesialisthelsetjenesten har pr i dag et godt utbygd tilbud til denne gruppa – det er de som kommer på rehabiliteringssentra som f.eks Ringen og Landåsen. Disse pasientene har kommunene ingen utgifter på i dag, og vi vil fraråde at vi påtar oss et ansvar som kan løses av andre. Når funksjonsnivået har blitt så bra at de kan trene på matlaging, vasking, trappegange osv, er erfaringen at dette er aller mest effektivt i eget hjem der oppgavene skal utføres senere. De rehabiliteringspasientene som har et stort pleiebehov ivaretas i dag enten på Ahus, Sunnås eller Vilberg.

### **Base for hjemmetjenestene i Nordbygda**

I forslaget beskrives Nordbygda som skolekretsene Langset og Feiring. Pr i dag er det ca 15 personer som mottar hjemmetjenester i Feiring – de fleste av disse har bare hjemmehjelp. Fra Feiring aldershjem til den tjenestemottaker som bor lengst unna nordover er det ca 10 km, mens det er ca 30 km til Morskogen (som tilhører samme skolekrets). Nesten til enhver tid er det relativt få klienter som bor i Feiring som har behov for

hjemmetjenester, og det vil bli mange km å kjøre til og fra der og til Langseth/Morskogen – området. Hvis man velger en slik ordning, innebærer det at dagens lagsinndeling endres til å dekke et mye mindre område, og dette ville gjøre gruppa mer sårbar og føre til reduksjon i fagmiljøet. Dagens ”Nordbygda-lag” dekker området fra Hammerstad til Feiring og Østsida fra Vilberg til Morskogen (til sammen mellom 100 – 120 brukere)

”Feiringregjeringas” forslag til ombygging og drift møter ikke kravet til Husbanken for å få investeringstilskudd (verken når det gjelder størrelse på den enkelte boenhet eller bygningens beliggenhet i forhold til sentrale ”sentrumfunksjoner”) Investeringstilskuddet utgjør 25 – 30% av kostnadene og vil være et viktig bidrag for å kunne finansiere en helt nødvendig ombygging og totalrenovering.

### **Alternativ 2.**

Den gruppa av eldre som i størst grad har behov for heldøgns tilsyn er de aldersdemente. P.g.a. bl.a. høyere levealder, ”livsstilssykdommer” som kan medføre demens, forskning (bl.a. medikamenter) så vil denne gruppen øke. Det er en gruppe mennesker med kognitiv reduksjon/svikt, og som ikke kan ivareta seg selv. Mange av de demente kan være til skade for seg selv i egen bolig, en del vandrer og finner ikke hjem igjen, og de som er pårørende blir så slitne at de ikke mestrer omsorgsoppgaven. Det er disse som ikke kan bo hjemme og som ”sliter ut” pårørende. Vi har tidligere skissert at kommunen har behov for å bygge flere boenheter tilsvarende Påsejordet. Dersom vi tenker oss dette i Feiring, kan vi foreta en total ombygging av bygningsmassen til bokollektiv (bemanna omsorgsbolig) for 24 senil demente. Dette må gjøres i tråd med føringer fra Husbanken, slik at investeringstilskuddet kan benyttes. Det er imidlertid, som tidligere nevnt, usikkert om vi kan få det pga beliggenheten i utkanten av bygda og uten servicefunksjoner i nærheten. Personellbehovet vil være det samme som på Påsejordet med ca 23 årsverk totalt. Vi ser imidlertid en del ulemper med å etablere dette tilbudet i Feiring – avstanden til de fleste pårørende er lang (ektefelle er gammel selv) og det er dårlig offentlig kommunikasjon. Det har til nå vært vanskelig å rekruttere fagfolk til stedet, og vi har måttet sette inn sykepleier fra hjemmetjenesten eller Vilberg over lengre perioder fordi det ikke har vært mulig å ansette noen der. Avstanden til Påsejordet som er definert som kommunens kompetansesenter for demens er lang.

Det må også etableres et dagtilbud for demente i tilknytning til et nytt bokollektiv. Da oppnår man at den demente og dens pårørende blir kjent med bebyggelsen, området og ansatte før den demente er så syk at vedkommende må ha plass i bokollektivet. Dette kan medføre at flyttingen til bokollektivet ikke blir så dramatisk for den det gjelder (og pårørende). Et nytt bokollektiv må bygges etter Husbankens ”anbefalinger”, og ifølge St.melding 25 **skal** alle kommuner ha dagsenter for demente innen 2015.

Transportkostnadene vil bli forholdsvis store da de fleste brukerne ikke vil komme fra Feiring.

**Alternativ 3.**

Feiring aldershjem har en flott beliggenhet og bygningsmassen representerer en ressurs i bygda. Arbeidsgruppa ser imidlertid store økonomiske utfordringer knyttet til å ha et tilbud som innebærer fast bemanning på stedet. Ett alternativ kan derfor være å bygge om institusjonen til en kommunal ubemanna omsorgsbolig der beboerne kan få tjenester fra hjemmetjenesten. I underetasjen ser vi mulighet for å etablere et aktivitetstilbud, eventuelt med noe matservering drevet av frivillige.

**Alternativ 4.**

Bygningen selges til private. Her kan det eventuelt legges inn med føringer om at det skal gis et tilbud til eldre.

**Konklusjon:**

Rapporten til "Feiringregjeringa" er et godt arbeid, men vi mener den legger opp til å gi tilbud til mennesker som i dag klarer seg i egen bolig med hjemmetjenester. Det er de demente man først og fremst må tenke på i framtiden, denne gruppen er det ikke er tatt nok hensyn til i rapporten. Videre har det vært problemer å få Eidsvolls innbyggere til å nyttiggjøre seg aldershjemmet/trygdeleilighetene slik det/de var fram til 02.02.09, dette er fordi innbyggerne ønsker sine omsorgstilbud i mer sentrale områder.

Vi anbefaler at Vilberg opprettholdes som kommunens sykehjem, og at dette blir den eneste institusjonen i kommunen (nåværende bruk – sees på som eget punkt i arbeidsgruppa). Når det gjelder omsorgsboliger/bokollektiv så bør disse ligge sentralt – tilgang til lege, apotek. off. kommunikasjon m.m., og de bør bemannes og tilrettelegges til demente etter prinsippet "smått er godt". Det må også bygges dagsenter for denne gruppen i tilknytning til boligene. For å kunne benytte Husbankens tilskuddsordning kreves det bl.a. at boligene bygges/omgjøres i egnet sentralt miljø, og at de gjøres universelle.

På bakgrunn av en samlet vurdering av tidligere erfaring med hvor kommunens eldre ønsker tilbudet sitt, kostnader, kvalitet og ressursutnyttelse, anbefaler arbeidsgruppa alternativ 4: Tidligere Feiring aldershjem selges til private aktører som kan utvikle stedet til beste for den eldre generasjon.

## 5. STRUKTURELLE KONSEKVENSER

Planen tar ikke mål av seg til å skissere et nytt organisasjonskart for pleie og omsorg i Eidsvoll. Men, planen skisserer noen tiltak som vil kunne få strukturelle konsekvenser.

Etablering av egen tildelingsenhet med tverrfaglig tilsnitt er ett av tiltakene som betyr flytting av ansvar fra driftsledere til egen enhet med ansvar for å vurdere meldte behov for hjelp og saksbehandle fram til enkeltvedtak. Etablering av denne enheten er ett av de viktigste strukturelle grepene som planen skisserer, og vurderes som absolutt nødvendig ut fra minst 4 forhold:

- Sikre likeverdighet i behovsvurdering, skjønnsutøvelse og saksbehandling. Dette er nødvendig ut fra rettssikkerhets perspektiv.
- Tiltaket er ment å være et redskap for å kvalifisere spisskompetanse til å utføre disse kompliserte forvaltningsoppgavene.
- Egen enhet vil også kunne bidra til, gjennom sin vedtakspraksis, å skolere tjenestepraktis slik at det politisk vedtatte mandatet om dreining til mer hjemmetjenesteorientering, økt daglig fokus på forebygging og mestring samt praktisering av individualitet og helhet blir en realitet.
- En samla enhet vil ha større sjanse til å ha nødvendig oversikt i forhold til sum enkeltvedtak opp mot en bærekraftig ramme.

Planen berører dessuten behovet for økende fokus på lederskap som nødvendig for å få ”snudd” kulturen fra behandling til forebygging. Det vil for Eidsvoll være avgjørende at lederne gis tilstrekkelig ledermyndighet, og blir stilt til ansvar for oppnådde resultater. Skal kommunen kunne mestre morgendagens utfordringer innenfor en bærekraftig ramme, er Eidsvoll helt avhengig av at lederskapet samla er troverdig, har påvirkningskraft og er villige til å styre.

Dersom organisasjonskart skal tegnes på nytt, er det etter plangruppas mening avgjørende at følgende føringer legges til grunn:

- Organisering bør gi ledere mulighet til å utøve lederskap. Dette kan bety styrking av støttefunksjoner og økt ledertetthet for å gi ledere mulighet for å drive veiledning og styring.
- Kravspesifikasjoner til lederutøvelse bør tydeliggjøres og evalueres.
- En bør legge føringer for organisering eller/og lederutøvelse som sikrer fleksibel bruk av kompetanse og andre ressurser.
- Så langt mulig bør struktur legges slik at det ikke bygger opp under profesjonsrevir, men i stedet motiverer til tverrfaglig praksis. I stedet for å jobbe organisatorisk profesjonsdelt, må det forventes at ansatte jobber profesjonelt.

- Forebygging som strategi må inn i alle planområder, og være en sentral føring for kommuneplanen, både arealdelen og samfunnsdelen.

## 6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Innenfor den tidsrammen som er avsatt til utarbeidelse av planen, har det ikke vært mulig å foreta kostnadsberegninger knyttet til de enkelte tiltakene. Dersom planforslaget med de føringer som ligger i gitt mandat, foreslåtte verdigrunnlag samt tiltaksforslag vedtas, bør arbeidet starte med de enkelte tiltakene for å legge ambisjoner eller beregninger for kostnadmessige effekter.

Plangruppa mener at planens profil samt summen av de tiltak som foreslås, gir pleie og omsorg en mulighet til å møte morgendagens utfordringer innenfor en bærekraftig ramme. Likevel må kommunen være forberedt på mulige behov for tilførsel av friske ressurser ut fra følgende forhold:

- Endringer i behovsspekter i befolkningen.
- Nye oppgaver som tilføres kommunene fra statens side. Kommende samhandlingsreform vil medføre nye ressurser fra staten, og kunne virke styrkende for de øvrige tjenestene i kommunen.

Forventningen om at planen skal kunne bidra til å realisere innsparingsmålene i økonomiplanen, bør være realistisk. Forslag til sektorens budsjett for 2010 vil vise om dette lar seg gjøre.

Plangruppen ber for øvrig om forståelse for at flere av de omstillingene som skisseres gjennom tiltakene, vil kreve tid før de gir ønsket effekt. Hvorvidt kommunen vil lykkes med gjennomføringen er mye avhengig av følgende:

- At planen vedtas så snart som mulig, uten vesentlige endringer i forhold til forslagene.
- At befolkningen orienteres på en trygg og troverdig måte om hvilke forventninger de kan ha til framtidige tjenester fra pleie og omsorg.
- At kommunestyret er villig til å vedta tjenestebeskrivelser som vil bety høyere terskel for noen av tjenestene, og at det er forventninger til frivillige og pårørende om å bidra rundt den enkelte innbyggeren som har behov for bistand.
- At innbyggere, ansatte og politikere gradvis er villige til å stole på at heldøgns, trygge tjenester kan gis like godt i omsorgsboliger som i tradisjonelle sykehjem.

- At lederskapet sammen med tillitsvalgte starter arbeidet med skolering av alle ansatte til å forstå konsekvensen av planen. Mange ansatte har vært bidragsyttere til grunnlagsmaterialet for planen.
- At det legges en realistisk årsplan opp mot budsjett og der resultatmålene er målbare.
- At resultatene markeres fortløpende internt og eksternt etter hvert som de oppnås.