

Helse- og omsorgsplan 2010-2021



FØREORD

Med grunnlag i føringar i Luster kommune sitt budsjett for 2008, er det no utarbeidd eit utkast til helse- og omsorgsplan for kommunen.

Nemnde utkast er kome til etter breie prosessar på politisk, administrativt og fagleg side;

- Kommunestyret har drøfta innretninga av planutkastet på to heile temadagar – 16.oktober 2008 og 7.mai 2009.
- Formannskapet har – som politisk styringsgruppe – arbeid meir kontinuerleg med planutkastet.
- På administrativ side har arbeidet vore drive fram av ei prosjektgruppe samansett av representantar frå rådmannen, helsesjefen, pleie- og omsorgstenesta, eldrerådet, rådet for funksjonshemma og dei tillitsvalde.
- På fagleg side har det vore gjort eit omfattande arbeid i regi av fire arbeidsgrupper som til saman har dekkja områda aktiv omsorg, demensomsorg, samhandling og samansette behov.

Ressursenter for omstilling i kommunane (RO) ved Ingvar Rolstad har vore engasjert for å bistå kommunen i planarbeidet. Vedkomande konsulent har medverka både på politiske samlingar, på leiarsamlingar og på informasjonsmøte med dei tilsette. Han har vidare produsert eit viktig underlagsdokument for planutkastet.

Leiarar og tilsette i kommunen har vore orienterte gjennom planprosessen.

Føreliggjande planutkast er forsøkt tilpassa nasjonale føringar, gjeldande lovverk, lokale politiske vedtak og dei utfordringar ein no ser i Luster kommune.

Det er venta at regjeringa i juni 2009 vil leggje fram ei stortingsmelding om ei ny reform for samhandling mellom staten og kommunane innafor helse- og omsorgstenestene. Frå Luster kommune si side reknar vi med at denne reforma vil vere godt tilpassa eige planutkast. Det er likevel grunn til å tru regjeringa sine reformplanar betyr at vi må supplere det planutkastet som no vert lagt fram. Dette vil bli gjort.

Luster formannskap gjorde – som politisk styringsgruppe for planarbeidet – slikt vedtak i møte 10.juni 2009, f-sak 94/09:

Luster formannskap inviterer med dette berørte partar til å kome med uttale til utkast til ny helse- og omsorgsplan for kommunen. Frist for uttale er 23. august 2009.

Med tilvising til dette vedtaket inviterer no formannskapet berørte partar til å kome med innspel og merknader til planutkastet.

Gaupne 10. juni 2009,

Luster formannskap/styringsgruppa



INNHALD

1. Samandrag	5
2. Nasjonale føringar	7
3. Kommunale planar og andre kommunale føringar	9
4. Folketalsframskriving (demografi)	12
5. Utvikling og trendar	14
5.1 Generelle utviklingstrekk	14
5.2 Heildøgns teneste i bustad	15
5.3 LEON prinsippet	16
5.4 Yngre brukarar	17
5.5 Aktiv omsorg.....	17
5.6 Korttidsplassar.....	18
5.7 Demensomsorg.....	18
5.8 IPLOS.....	19
5.9 Omsorgsteknologi	20
6. Status for tenesta i Luster	21
6.1 Organisering av tenesteområda helse og omsorg	21
6.2 Aktivisering	22
6.3 Rehabilitering	24
6.4 Tenester til brukarar med samansette behov	25
6.5 Heimetenesta	26
6.6 Omsorgbustader og omsorgsplassar	28
6.7 Sjukeheimane	29
6.8 Demensomsorg.....	30
6.9 Brukarspørjingar.....	31
6.10 Talgrunnlag (kostra).....	31
6.11 Status – oppsummert	34
7. Framtidige helse- og omsorgstenester i Luster	35
7.1 Hovudutfordringar.....	35
7.2 Korleis møte utfordringane – strategi.....	35
8. Mål og tiltak	37
8.1 Overordna mål.....	37
8.2 Delmål	37
8.3 Tiltak på kort sikt (2010 – 2013).....	38
8.3.1 Steg 1 - innan sommaren 2010/utgangen av 2010:.....	39
8.3.2 Steg 2 - innan sommaren 2011/utgangen av 2011:.....	41
8.3.3 Steg 3 - innan sommaren 2012/utgangen av 2012:.....	42
8.3.4 Steg 4 - innan sommaren 2013/utgangen av 2013:.....	43
8.4 Tiltak på lang sikt (2014 – 2021)	45
9. Konsekvensar	47
9.1 Administrative konsekvensar	47
9.2 Økonomiske konsekvensar.....	49



1. Samandrag

I Stortingsmelding 25 vert det peika på at framtidig auke i tal brukarar og redusert tilgang til arbeidskraft (den doble demografiske utfordringa) vil gje helse- og omsorgstenesta i norske kommunar store utfordringar. Det vert samstundes vist til at sidan den såkalla eldrebølgja ikkje slår inn for fullt før etter 2020, har ein no tid til å planleggje og førebu dette. Kommunane vert difor sterkt oppmoda om å starte naudsynt planlegging og tilpassing.

Forventa utvikling i Luster samsvarar med dei nasjonale utfordringane ved at tal brukarar vil auke monaleg frå like etter 2020 og utover. Ein har difor 10 – 15 år på å førebu å møte utfordringane som kjem i tida etter 2020. Føremålet med Luster kommune sin nye helse- og omsorgsplan (HOP) er nettopp å få eit planmessig grunnlag for å etablere ein kapasitet og kvalitet på tenestetilbodet som kan møte framtidige utfordringar.

Tenesteområde helse- og omsorg er tungt regulert av nasjonale føringar, og det er ei tid med stor grad av fagleg og organisatorisk utvikling. Nasjonalt vert det arbeidd med ei ny reform – samhandlingsreforma – der ein vurderer ulike løysingar for å møte dei store utfordringane. Det er forventa at reforma vil få konsekvensar for kommunane, men det er ikkje konkretisert.

I tillegg til å følgje opp nasjonale føringar har ein i eit slikt planarbeid klare lokale føringar i form av eksisterande organisasjon/organisering, bygningsmasse, gjeldande planar, andre styringsdokument (budsjett/økonomiplan/planleggingsprogram) og einskildvedtak.

Helse- og omsorgstenesta i Luster er prega av ei tung prioritering av sjukeheimplassar. Ein har nesten ikkje tilbod om heildøgns tenester utover langstidsopphald i sjukeheim, og det er ikkje avsett faste plassar for korttidsopphald. Dette gjer at ein i dag samla sett ligg under føringar i høve forventa tilbod om heiledøgns tenester for eldre over 80 år (dekningsgrad). Kommunen bruker meir ressursar på pleie og omsorg enn andre kommunar. Hovudinnsatsen går til sjukeheimsdrift, mens vi bruker relativt sett mindre på heimetenester og til aktivisering.

Eit hovudspørsmål er om kommunen har ei innretting av tenestetilbodet og ein ressursbruk som kan følgje opp sentrale føringar og møte framtidige utfordringar. I dette ligg i hovudsak problemstillingar knytte til den heilskaplege samansetjinga av tenestetilbodet – dvs til kapasitet og kvalitet på ulike nivå og balanse mellom nivåa.

Det formelle grunnlaget for tildeling av tenester er individuelle behov. Sidan behova varierer må tenestetilbodet vere breitt samansett og kunne nyttast fleksibelt. Dette tilseier ei helse- og omsorgstrapp med mange trinn, der tilboda på ulike trinn kan nyttast etter behov. I St melding 25 vert det peika på at eitt av dei viktigast grepa er å få til ein optimal balanse mellom sjukeheim, omsorgsbustad, dagtilbod og heimetenester.

Det kan med grunnlag i dette skisserast 4 hovudutfordringar for tenesta i Luster:

1. å etablere ei helse- og omsorgstrapp med fleire nivå/trinn slik at ein får god balanse mellom dei ulike tenestenivåa – slik at ein i størst mogleg grad kan gje individuelt tilpassa tenester.
2. å styrke førebyggjande arbeid i lokalsamfunnet og på alle nivå i helse- og omsorgstrappa, samt å etablere gode dagtilbod til eldre.
3. å behalde tilsette og nyrekruttere alle kategoriar tilsette innan tenesteområda.
4. å tilpasse tenestetilbodet til kommunen sitt framtidige inntektsnivå.



Overordna strategi for å følgje opp sentrale og lokale føringar, samt å møte framtidige utfordringar – er å etablere ei helse- og omsorgstrapp (eit samla tenestetilbod) med 6 nivå:

- Nivå 0:** Grunnmuren - eit godt samfunn.
- Nivå 1:** Heimeteneste i eigen heim.
- Nivå 2:** Heimeteneste i omsorgsbustad eller omsorgsplass.
- Nivå 3:** Heildøgns teneste i omsorgsbustad eller omsorgsplass.
- Nivå 4:** Tidsavgrensa opphald i korttidsavdeling.
- Nivå 5:** Langtidsopphald i sjukeheim.

Dei viktigaste strategiske grepa som ligg i dette er:

- Auka satsting på førebyggjande arbeid og tidleg innsats (nivå 0 og 1).
- Etablering av 8 omsorgsplassar ved kvar sjukeheim. Omsorgsplassane vert ein viktig fleksibel kapasitet som etter behov kan nyttast på nivå 2, 3 og 5.
- Etablere korttidsavdeling for avlastning, rehabilitering, utredning og behandling (nivå 4).
- Vidareutvikle bruk omsorgsbustader med moglegheit for heildøgns tenester (nivå 3).
- Gradvis styrking av nivå 0-4 gjev grunnlag for gradvis reduksjon av tal langtids plassar i sjukeheim – nivå 5. Samstundes kan kapasiteten på nivå 5 aukast ved behov.
- Ressursbruken kan dermed gradvis omfordelast frå nivå 5 til nivå 0-4. Ei gradvis styrking av nivå 0-4 kan på sikt gje grunnlag for lågare ressursinnsats pr innbyggjar.
- Klart definerte og politisk vedtekne kvalitetsstandardar.
- God informasjon om tenestetilbod og tildelingsprosessar.
- Større einingar/turnusområde gjev grunnlag for større stillingar og auka fleksibilitet.
- Felles/sentralisert leiing og administrasjon gjev grunnlag for overordna/heilskapleg styring og prioriteringar, samt lik praksis ved tildeling av tenester.

Planperioden frå 2010 – 2021 vert delt i tiltak på kort sikt; 2010-2013, og lang sikt 2014 – 2021. Tiltak på kort sikt er:

Steg 1: Innan sommaren 2010/utgangen av 2010:

- Ei heimeteneste. Ei sjukeheimsteneste. Samlokalisert overordna leiing. Styrka kommunenivå. Leiarutvikling. Demensomsorg i sjukeheim. Gradvis overgang til korttidsavdeling.

Steg 2 – innan sommaren 2011/utgangen av 2011:

- Kvalitetsstandardar. Samla informasjonsstrategi. Førebyggjande tiltak. Samarbeid med frivillige lag og organisasjonar. Korttidsavdeling i Gaupne.

Steg 3 – innan sommaren 2012/utgangen av 2012:

- Kartlegging av bygningsmasse og behov. Utreiing og vurdering av framtidige tiltak. Førebuing for ombygging og omlegging på Hafslø.

Steg 4 – innan sommaren 2013/utgangen av 2013:

- Styrking av omsorgsplass og omsorgsbustadkapasiteten på Hafslø. Samla tal sjukeheimplassar og plassar med heildøgns tenester.

Tiltak på lang sikt er mindre konkrete og vert skildra pr nivå i helse- og omsorgstrappa. Forventa administrative og økonomiske konsekvensar av ny plan vert skildra til slutt.



2. Nasjonale føringar

Tenesteområda helse og omsorg er i stor grad styrt av nasjonale føringar. Dei mest aktuelle er:

Lover:

- [Lov om sosiale tjenester \(sosialtjenesteloven\).](#)
- [Lov om helsetjenesten i kommunene \(kommunehelsetjenesteloven\).](#)
- [Lov om pasientrettigheter \(pasientrettighetsloven\).](#)
- [Lov om helsepersonell \(helsepersonelloven\).](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenesten.](#)
- [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.](#)
- [Forvaltningsloven.](#)

Forskrifter:

- [Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunenes helsetjeneste.](#)
- [Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.](#)
- [Forskrift om pasientjournal.](#)
- [Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten.](#)
- [Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.](#)
- [Forskrift om individuell plan etter helselovgivingen og sosialtjenesteloven](#)
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering](#)

Ein vesentleg intensjon i kommunehelsetjenestelova er garantien for naudsynt helsehjelp og kravet til individualitet i vurdering og tildeling av bistand. Hjelpa skal innrettast slik at den byggjer opp under einskildmennesket sin moglegheit til å meistre eige liv.

I føremålskapittelet i sosialtjenesteloven vert det peika på at tenester gjevne med heimel i lova skal bidra til at den einskilde har moglegheit til å leve og bu sjølvstendig og ha ei aktiv og meningsfylt tilvære i fellesskap med andre. Denne føremålsparagrafen har vore styrande for reformer dei siste 15 åra.

Utval, innstillingar, stortingsmeldingar og rundskriv:

Allereie i 1992 fremja *Gjærevollutvalget* ei innstilling (NOU 1992:1, Trygghet – Verdighet – Omsorg) der utvalet anbefalte ei utvikling av omsorgstenesta i retning av en ”boliggjøring” av dei kommunale tenestene. Det vil si en utvikling der langtidsinstitusjonane vart bygd ned, og der alternative buformer vart bygd opp som buarena for pleietrengande innbyggjarar med behov for døgnkontinuerlig tilsyn og pleie over lengre tid.

Statens handlingsplan for eldreomsorga, Trygghet – respekt – kvalitet (St. melding nr. 50, 1996-97), vidareføre ei satsing på alternative buformer til sjukeheim, og auka vekt på individualiserte tenester og andre kvalitetskrav til den daglige tenesta. Staten tok ansvar for sterk delfinansiering av nye omsorgsbustader samt renovering og nybygg av sjukeheimplassar, og det skjedde ei omfattande nybygging som delvis held fram.

I 1999 kom *Kvaase-utvalet* si innstilling om sjukeheimen si framtidige rolle og funksjon i kommunane si omsorgsteneste. Utvalet tilrådde ein modell der sjukeheimen skulle reindyrkast som helseinstitusjon med berre korttidsplassar for medisinsk behandling, observasjon, akuttilbod, tryggleiksplassar, avlastingsplassar mm. Mange kommunar har utvikla sine



tenester i tråd med denne tilrådinga. Heildøgnsstilbudet for dei mest pleietrengande vert då gjeve i ulike typar samlokaliserte buformer, bustader som ikkje er heimla som sjukeheimplassar.

St. melding nr. 45, 2002-2003 (kvalitetsmeldinga) fokuserer på kvalitetskrav, kompetansebygging, behovet for samordning av lovverket samt endring av eigenbetalingsordningane i omsorgstenesta. Regjeringa signaliserer klart eit ønske om en felles brukarbetalingsordning uavhengig av buform. Forslag til ny eigenbetalingsordning er venta, men det tar tid før den vil bli fremma for Stortinget. Intensjonen med dette arbeidet så langt har vore å få innført ei eigenbetalingsordning som er tenestebasert, lik dagens eigenbetalingsordning innafor heimebasert omsorg. I så fall vil det ha betydning for forståinga av sjukeheimen sin rolle og funksjon i ei heilskapleg omsorgsteneste.

Bernt-utvalet fremma i 2004 forslag til samordna og felles lovverk for de kommunale sosial- og helsetenestene, *NOU 2004:18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Dette forslaget skisserer lovgrunnlaget også for framtidens omsorgsteneste, utan å skilje mellom institusjons- og heimebaserte omsorgstenester. Krav om sjukeheim som arena for langtidsomsorg er ikkje nemnt i forslag til ny lov. Arbeidet med en eventuell samordning har ikkje kome enno.

St. melding nr. 25, (2005-2006) Mestring, muligheter og mening skisserer eit kort og eit langsiktig løp. Regjeringa si hovudstrategi for å møte morgondagens omsorgsutfordringar er blant anna å utnytte ein demografisk sett relativt stabil periode framover til ein gradvis utbygging av tenestetilbudet. Dette gir kommunane litt tid til å innrette tenestene på kort og lang sikt. Sentrale utfordringar er: *nye brukargrupper, aldring, mangel på omsorgsytarar, behov for medisinsk oppfølging og aktiv omsorg* – innan økonomisk trygje rammer.

Nokre av dei strategiane og tiltaka som er føreslegne i St. melding nr 25 kan dempe utgiftene til omsorgssektoren over tid, men kan også auke dei på kort sikt. Tiltaka kan difor sjåast på som ei investering som vert gjort i ein forholdsvis stabil periode dei neste 10-15 åra, der avkastinga vil kome i den kraftige vekstperioden frå 2025 og framover. I dette ligg at ein allereie no bør investere i t.d. førebyggjande tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemiddel, bustader og anlegg. Med grunnlag i forventa utfordringar har regjeringa utforma ein Omsorgsplan med konkrete tiltak fram til 2015, basert på fem langsiktige strategiar for omsorgstenesta i framtida:

- Kapasitetsvekst og kompetanseheving.
- Samhandling og medisinsk oppfølging.
- Planlegging, forskning og kvalitetsutvikling.
- Aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold.
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Satsinga på aktiv omsorg er understreka i rundskriv frå Helse- og omsorgsdepartementet der regjeringa legg opp til *Aktiv omsorg som ein hovudstrategi for omsorgstenesta i framtida*.

Samhandlingsreforma:

Regjeringa har varsla at ein i løpet av juni 2009 vil presentere samhandlingsreforma i form av ei stortingsmelding, og det er signalisert at dette kan bety endringar for kommunane. Eventuelle endringar som følgje av samhandlingsreforma kan innarbeidast i Luster kommune sine nye helse- og omsorgsplan før denne går til politisk handsaming hausten 2009.



3. Kommunale planar og andre kommunale føringar

Kommunale planar:

Det er utarbeidd følgjande kommunale planar innan tenestemråde helse- og omsorg:

- [Plan for pleie- og omsorgstenesta i Luster kommune 2002 – 2005](#)
- [Plan for rehabilitering \(2006 – 2008\)](#)
- [Plan for psykisk helse \(2007 – 2010\)](#)
- [Plan for arbeids- og treningssenteret \(ATS\) Vedteke 14.04.1999.](#)
- Plan for folkehelse (2009 – 2013)

Helse- og omsorgsplanen vert eit nytt overordna plandokument. Bakgrunn for dette er særleg behovet for heilskap og samanheng i tenestetilbodet, og eit planmessig grunnlag for god samhandling mellom tenesteytarar. Eksisterande planar nemnde over gjev i liten grad føringar for ny helse- og omsorgsplan. Vidare arbeid i høve desse planane vert slik:

- **Plan for pleie- og omsorgstenesta** er utgått og vert erstatta av ny helse- og omsorgsplan.
- **Plan for rehabilitering** skal no rullerast og ein vil i dette arbeidet vurdere om/korleis den kan innpassast i ny helse- og omsorgsplan. Om ein kjem til at den bør vidareførast som eige plandokument, vert det ein delplan til helse- og omsorgsplan.
- **Plan for psykisk helse** vil ved rullering i 2010 bli vurdert/handsama på same måte som skildra over for rehabiliteringsplan.
- **Plan for ATS** har ikkje ein definert planperiode. Det vil bli vurdert rullering av planen og under dette om den kan gå inn i helse- og omsorgsplan, ev om det vert ein eige delplan.
- **Plan for folkehelse** vil ved rullering i 2013 bli vurdert/handsama på same måte som skildra over for rehabiliteringsplan og plan for psykisk helse.

Samstundes som ny helse- og omsorgsplan er overordna og skal dekke tenestemråda pleie og omsorg, ATS og helse, vil hovudfokus i dette fyrste steget vere pleie og omsorg.

Kommunale vedtak:

Følgjande vedtak vert vurdert som styrande for arbeidet med ny helse- og omsorgsplan:

- Budsjet 2009/Økonomiplan 2009-2012/Planleggingsprogram 2009-2012:
*I perioden etter 2009 må kommunen vurdere ei generell innsparing innan helse og omsorg. Dette må sjåast i samanheng med kommunen sin økonomiske situasjon, ny helse- og omsorgsplan og bygginga av nye omsorgsbustader. I tilknytning til dette må ein også vurdere behovet for sjukeheimsplassar.
Økonomiplanen legg opp til at kommunen må spare 9,5 mill kr frå 2011 og nær 13 mill kr frå 2012. Bade-/symjeanlegget, med pårekna opning i 2012, vil krevje ei ytterlegare innsparing i 2013. Økonomiplanen gjev ikkje klare svar på korleis den samla innsparinga skal takst ut.*
- Vedtak i kommunestyret den 16.12.08 – sak 114/08 – Betalingsattsar:
Kommunestyret ber om at det i prosessen for ny helse- og omsorgsplan vert føreteke ein gjennomgang av regulativet for å etablere betre samsvar mellom kommunen sine kostnader og eigenbetalinga til heimhjelp. Kommunestyret ber administrasjonen varsle at husleigesattsane vert vurdert i retning gjengs husleige i distriktet for tilsvarande bustader. Husleige i retning av gjengs husleige vert å innarbeid som ein del av pleie-/omsorgsplan. Ei ev endring i denne retning vert gjort gjeldande frå hausten 2009, ev frå 1.1.2010.



- Vedtak i kommunestyret den 16.12.08 – sak 110/08 - Små stillingar og uønska deltid:
 1. *I arbeidet med ny helse- og omsorgsplan skal det vurderast om organisatoriske grep kan gje større stillingar.*
 2. *Det etablerte systemet og det kontinuerlege arbeidet med å redusere uønska deltid vert vidareført. I arbeidet med vidareutvikling av dette systemet kan nye tiltak som t.d. alternative turnusløyser vurderast.*
- Vedtak i kommunestyret den 28.05.09 – sak 31/09 – Rekneskapsrapport 1.tertial 2009. Budsjettdringar 2009. Økonomisk ramme for ny helse- og omsorgsplan: *Kommunestyret ber ut frå dette formannskapet - som styringsgruppe for ny helse- og omsorgsplan - leggje fram eit planutkast som gjev slike innsparingar i høve økonomiplanen: 2010: 2,0 mill kr, 2011: 6,0 mill kr og 2012: 8,0 mill kr. Kommunestyret vil seinare kome attende med ytterlegare tilpassingar for å balansere økonomiplanen.*

Temadag i kommunestyret 16.10.08:

Torsdag 16.10.2008 vart det gjennomført temadag med kommunestyret. Ingvar Rolstad frå RO (ressurssenteret for omstilling i kommunane) innleia med utgangspunkt i følgjande tema:

- status og utfordringar for egne tenester
- korleis stoda er i andre kommunar - utviklingstrekk og erfaringar
- kva som er staten sin politikk på området (jf. særleg stortingsmelding 25)

Etter dette var det gruppearbeid før ein avslutta med rapport frå gruppene og felles drøfting av ulike spørsmål. Gruppearbeidet tok utgangspunkt i følgjande oppgåver:

1. *I det vi har fått presentert, ser vi noko som er av særleg interesse for Luster kommune når det gjeld nasjonale føringar ? kommunale utviklingstrekk ? faglege utviklingstrekk ?*
2. *Ser vi særskilde lokale behov og forventningar vi må ta omsyn til ?*
3. *I følgje nasjonal politikk vert aktivisering/aktiv omsorg og individuelt tilpassa tenestetilbod - på alle nivå - viktige mål for pleie og omsorgstenesta i framtida.*
 - a) *Kva konsekvensar bør slike mål få for framtidig organisering og dimensjonering av pleie- og omsorgstenesta i Luster kommune?*
 - b) *Kva konkrete tiltak vert viktige og bør vurderast/utgreiast, gjerne i prioritert rekkjefølgje?*
4. *Er vi langt unna denne "omsorgstrappa" i Luster kommune?*
5. *Korleis skal vi prioritere dersom (ev når!) økonomien gjer det naudsynt å gjere strengare prioriteringar innafør pleie- og omsorgstenestene?*

I felles gjennomgang med rapport frå gruppene vart det m.a. peika på følgjande:

- Viktig at alle kan bu heime så lenge som mogeleg.
- Må auke innsatsen i høve aktivisering og bruk av den einskilde brukar sine ressursar.
- Viktig med individuell tilpassing og fleksibel bruk av ressursane.
- Må tilby store stillingar.
- Arbeide aktivt med rekruttering og legge til rette for at unge lustringar flytter heim.
- For å rekruttere må det vere attraktive arbeidsplassar og omdømet må vere godt.
- Må legge vekt på kvalitativt gode tenester og under dette rett bruk av kompetanse.
- Bør vurdere spesialisering av sjukeheimane i høve ulike typar tenester.
- Administrativt/merkantilt arbeid bør utførast av administrativt/merkantilt personale.
- Det vart stilt spørsmål ved om det er forskjellar i tenestetilbod mellom dei tre sonene.
- Sonedelinga bør takast vekk slik at vi får *ei* teneste, og ikkje tre som i dag.
- Det vart stilt spørsmål ved om Luster er stor nok/har nok folk til å ha alle tilbod i eigen kommune, og under dette samarbeid med andre kommunar og sjukehus.



- Framtidig omsorgstrapp må ha fleire trinn og ein må truleg organisere tenesta på ein anna måte for å få dette til og samstundes møte komande utfordringar.
- Tal sjukeheimplassar må vurderast, særleg i lys av ei omsorgstrapp med fleire trinn.
- Det må vurderast om det er eit fornuftig nivå på betalingssatsane.
- Det bør avklarast og tydeleggjerast kva innbyggjarane kan forvente å få av tenester.
- Det vart stilt spørsmål ved eksisterande bygningsmasse og kva utfordringar vi har.

Temadag i kommunestyret 07.05.09:

Torsdag 7. mai gjennomførte kommunestyret ein ny temadag. Grunnlag for gjennomføringa var eit tidleg utkast til ny helse- og omsorgsplan med vekt på ny helse- og omsorgstrapp, mål og tiltak. Dagen vart gjennomført slik:

- 0900: Opning.
0915: RO v/ Ingvar Rolstad:
- Nasjonale og lokale utfordringar.
 - Samhandlingsreforma - status/signal
 - Plan og planarbeidet i Luster.
- 10.15: Innleiing til gruppearbeid.
10.30: Start gruppearbeid (spørsmål/drøfting i plenum etter behov).
11.30: Lunsj.
12.00: Gruppearbeid forts.
13.30: Rapport frå gruppene og drøfting i plenum.
15.00: Avslutning.

Gruppearbeidet tok utgangspunkt i følgjande oppgåver:

1. *Drøft og vurder forslag til framtidig omsorgstrapp og strategi for å etablere denne, under dette:*
 - framtidige tenester på kvart nivå
 - heilskap og balanse
 - viktige/prioriterte tiltak
 - ressursinnsats på dei ulike nivåa
 - tidsperspektiv
2. *Drøft/vurder forslag til tiltak på kort og lang sikt.*
3. *Korleis kan dei økonomiske utfordringane møtast innan tenesteområde helse- og omsorg?*

Signala frå temadagen 7.05.09 samsvarar i stor grad med signala frå temadagen den 16.10.08 (jf oppsummering over). Moment som vart nemnd utover dette var:

- Framtidig tenestetilbod skildra i nye helse- og omsorgstrapp er rett veg å gå.
- Viktig med førebyggjande arbeid på alle nivå.
- Det bør vurderast om sjukeheimen på Hafslo skal vidareførast med 24 langtidsplassar, og at ein ikkje byggjer om rom i sjukeheimen til omsorgsplassar.
- Samarbeid med andre kommunar bør vurderast.
- Det bør vurderast om demensomsorga på sikt bør lokaliserast til sjukeheimen i Luster.
- Dagtilbod bør vere tilgjengeleg i alle bygdene (Hafslo, Gaupne og Luster).
- Vidare arbeid med dagtilbod, demensomsorg, rus og psykiatri vert viktig.
- Fornuftig å etablere ei korttidsavdeling i Gaupne, men usikkerheit i høve finansiering.
- Det vart signalisert usikkerheit i høve ny rådgjevarfunksjon.
- Viktig med ein fleksibel organisasjon og individuell tilpassing av tenestene. Dette kan også gje større variasjon i kvardagen for tilsette, som igjen kan betre rekruttering mm.
- Viktig å kome raskt i gang og få god framdrift når nødvendige vedtak er fatta.

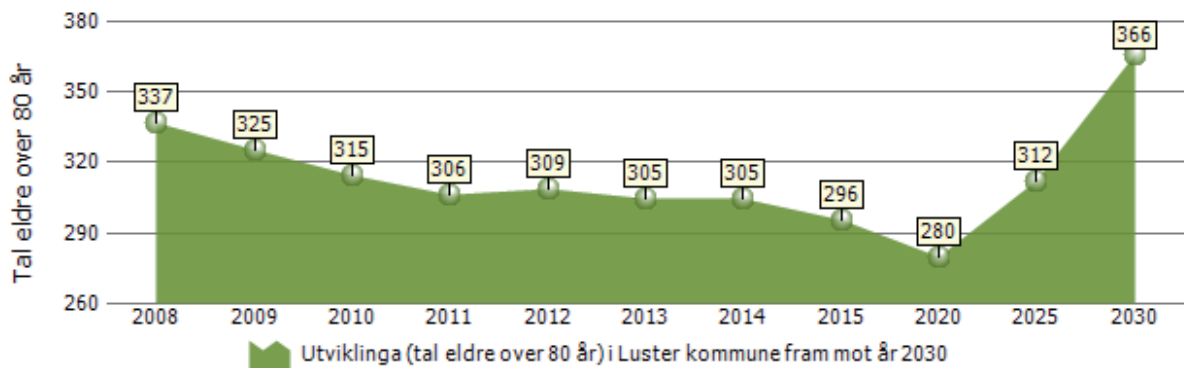


4. Folketalsframskriving (demografi)¹

I arbeidet med å dimensjonere framtidige tenester er forventa behov den kanskje viktigaste faktoren. Samstundes må ein ta med at ”matematisk” framskriving av behov bygd på utviklinga av alderssamansetjinga ikkje er tilstrekkeleg. Dette m.a. fordi det kan kome store endringar i helsetilstanden til folk i alle aldrar, samstundes som tal eldste eldre truleg vil auke.

Nasjonale føringar set krav til dekningsgrad for sjukeheimplassar og omsorgsbustad med heildøgns teneste for eldre over 80 år. Tal eldre over 80 år er difor eit viktig grunnlag og tabellen under syner denne utviklinga i Luster fram til 2030:

Alder	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030
80-89	274	252	246	235	237	229	229	220	223	249	307
90 +	63	73	69	71	72	76	76	76	57	63	59
Sum	337	325	315	306	309	305	305	296	280	312	366



Utviklinga i Luster er i stor grad samanfallande med den nasjonale utviklinga, med ein utflating og nedgang fram mot 2020, før den såkalla eldrebølga slår inn frå 2020/2025. I følgje storingsmelding 25 er det i 10-15 års perioden fram mot 2020-2025 kommunane må førebu auken som kjem. Samstundes er det og forventa eit auka behov frå yngre brukarar, men det er ikkje – i same grad som for eldre over 80 år – mogleg å talfeste. Det bør likevel takast omsyn til i planleggingsarbeidet. Det er for å møte dette RO tilrår at dekningsgraden vert auka frå den nasjonale føringa på 25%, til 28%.

Tabellen under syner tal sjukeheimplassar og omsorgsbustad med heildøgns teneste ved ein dekningsgrad på 25% og 28%:

Alder	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030
80-89	274	252	246	235	237	229	229	220	223	249	307
90 +	63	73	69	71	72	76	76	76	57	63	59
Sum	337	325	315	306	309	305	305	296	280	312	366
25%	84	81	78	76	77	76	76	74	70	78	91
28%	94	91	88	86	87	85	85	83	78	88	102

¹ Tala som her er nytta er SSB sit medellalternativ.



Helse- og omsorgsplan

I tillegg til at det i framtida vil bli fleire brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester, er det og sannsynleg at framtidas brukarar vil ha andre behov og utfordringar – men truleg også andre ressursar til å meistre utfordringane. I dette ligg m.a. at mange av framtidas brukarar vil vere ressurssterke og vande til – og vil forvente – å kunne bestemme over eige liv. Nye generasjonar eldre og fleire yngre brukarar vil difor krevje eit meir mangfaldig tenestetilbod.

Nasjonale tal syner at av alle tenestemottakarar over 80 år er om lag $\frac{3}{4}$ kvinner. Dette skuldast først og fremst at langt fleire kvinner enn menn når høg alder, og at kvinner har dobbelt så lang periode med alvorlege helseproblem og funksjonstap mot slutten av livet som menn.

Med auken i tal eldre som kjem etter 2020/2025 står vi føre ei dobbel demografisk utfordring: Den aldrande befolkninga sitt auka behov for helse- og omsorgstenester, samstundes som tilgangen til arbeidskraft vert redusert.



5. Utvikling og trendar

5.1 Generelle utviklingstrekk

Heimeteneste, omsorgsbustad og sjukeheim:

Eit klart utviklingstrekk er at mange kommunar har satsa mykje på omsorgsbustader og bufellesskap med individuelt tilpassa tenester frå heimetenesta – til alle typar brukarar. Det er og mykje som tyde på at heimetenesteorienterte kommunar som har satsa på korttids plassar, har lågare ressursinnsats pr innbyggjar enn kommunar med høg sjukeheimsdekning. I tillegg når heimetenestekommunane fleire brukarar med sine tilbod – og med minst like god kvalitet.

Ei hovudårsak til dette er truleg at heimetenesta har eit driftsopplegg der ressursinnsats og arbeidsform vert tilpassa individuelle behov, i motsetnad til sjukeheimen som er låst i faste opplegg. Ved tilbod frå heimetenesta vil i tillegg ulike kostnader bli dekkja av staten (husbank og trygdesystem) medan kommunane sjølv må dekke dette ved opphald i sjukeheim.

Det er stor variasjon i dekningsgraden av sjukeimsplassar for langstidsopphald i norske kommunar. Mange kommunar har ein dekningsgrad for eldre over 80 år på 5 – 10%, medan andre har ein dekningsgrad som er mange gonger så stor. I kommunar med lågast dekningsgrad vert sjukeheims plassane i hovudsak nytta til ulike typar korttids plassar. Den døgnbaserte langtidsomsorga vert i desse kommunane i stor grad gjevne til brukarar som bur i omsorgsbustad, bufellesskap eller tilpassa bustad/rom i sjukeheim.

Samstundes vert det frå fleire hald peika på at nedbygginga av sjukeheimane har gått for langt. I rapport frå Riksrevisjonen lagt fram like før påske i år, vert det t.d. peika på at det i mange kommunar er mangel på sjukeheims plassar, og at mange korttids plassar blir brukt til langtidsopphald – noko som m.a. fører til manglande tilbod om avlasting og rehabilitering. I tillegg vert det i same rapport peika på at det manglar gode dagtilbod til heimebuande eldre, og dei dagtilboda som finst er i liten grad tilpassa dei eldre sine behov.

I høve situasjonen i Luster, har fylkesmannen i 2006 stilt spørsmål ved om pleie og omsorgstenesta i Luster er framtidretta². Det vert m.a. vist til at Luster kommune har satsa tungt på institusjonsomsorg, og det vert stilt spørsmål ved om dette er:

”..ei medviten satsing frå kommunen si side og om løysinga på sikt vil vere best tenleg i høve til befolkningsutvikling og brukarane sine behov.”

Det vert peika på at Luster ikkje har avsett plassar til korttidsopphald eller rehabiliteringsopphald, og at netto driftsutgifter til aktivisering er lågare enn nabokommunane. Fylkesmannen konkluderer difor med at kommunen har utfordringar når det gjeld tilbod om aktivisering, avlasting, korttidsopphald og rehabilitering i institusjon.

I St meld 25 vert det peika på at eit viktig organisatorisk grep for å få betre ressursutnytting er å få til ein optimal balanse mellom sjukeheim, omsorgsbustader, dagtilbod og heimetenester. RO³ si vurdering er at Luster manglar gode alternativ til sjukeheims plassar – og at ein i langt større grad burde avsett plasser til korttidsopphald. RO skriv vidare at tilbodet om

² Artikkel i ekstrainummer av Lustranytt med tema *eldreomsorg* (2006)

³ RO (Ressursenter for omstilling i kommunene) har gjort ein vurdering av tenestene i Luster i eige rapport (november 2008).



sjukeheimplass bør være eit tilbod som først vert tildelt når behovet for døgnkontinuerleg pleie med høg grad av medisinske utfordringar inntreer, og at vi bør vidareutvikle tilbodet slik at brukarane i størst mogeleg grad kan bu heime så lenge det er forsvarleg og trygt.

RO peiker vidare på at i stortingsmelding 25 vert sosialtjenestelovens formålsparagraf understreka: ”å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre”. I følgje RO vil dette kravet utfordre dagens tenestetilbod i Luster i høve organisering og innhald.

Rekruttering:

På grunn av dei demografiske endringane og fleire nye brukarar vil det i framtida vere behov for meir arbeidskraft innan helse- og omsorgstenesta. Samstundes syner offentleg statistikk at vi vil få en nedgang i tal personar i yrkesaktiv alder. St. melding 25 (2005-2006) antyder eit auka behov på 50% fram mot 2030.

RO si vurdering er at kommunar med godt omdømme, tydeleg arbeidsgjevarpolitikk og gode fagmiljø – der fagfolk får jobbe med det dei er utdanna til – vil stå best rusta til kampen om arbeidskraft. Like viktig som å rekruttere nye, er å sikre at tilsette blir verande.

5.2 Heildøgns teneste i bustad

Det går ein kontinuerleg debatt om eldreomsorga og særleg tal sjukeheimplassar. Frå mange hald vert det peika på at det er for lite sjukeheimsplassar og at dette må endrast. KS-leiar Halvdan Skard sitt svar under uttrykker truleg KS sitt syn på denne saka:

Så lenge de eldre får den hjelpen de trenger, når de trenger det, er det mindre viktig om bygningen kalles sykehjem eller omsorgsbolig. Grensene mellom disse er i ferd med å viskes ut. Sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg har samlet økt med fire prosent fra 2005 – 2008. De eldre selv foretrekker å bo hjemme eller i egen tilrettelagt bolig, fremfor sykehjem. Dette tar kommunene konsekvensene av. Danmark mener at institusjonsomsorg ikke er en god løsning og har forbudt nye sykehjem (Aftenposten 23. april 2009).

Lovgrunlaget for heildøgns tenester finn ein i sosialtenesteloven:

*” De sosiale tjenester skal omfatte:
- plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til den som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.”*

Lova likestiller med andre ord *institusjon* og *bustad med heildøgns tenester*. Formelt har ein i dag ikkje rett til sjølv å velje korleis hjelpebehovet skal dekkast, eller korleis tenestetilbodet skal organiserast. Har brukaren behov for eit døgnkontinuerleg tenestetilbod kan kommunen tilby dette i brukaren sin heim, i omsorgsbustad/-plass eller på sjukeheim. Lovkravet er at tenesta er forsvarleg i høve til hjelpebehovet og at tenestetilbode ikkje er openbart urimeleg for brukaren (Stortingsmelding 25).

Det er likevel forskjell på heildøgns tenester i omsorgsbustad/-plass og sjukeheim, og RO har i tabellen under prøvd å synleggjere forskjellane:



Heldøgns tjeneste i omsorgsbolig	Heldøgns tjeneste i sykehjem
<ul style="list-style-type: none">• Heldøgns tjenesten i omsorgsboliger/bofellesskap er basert på tjenestebeskrivende enkeltvedtak.• Ressursmengde og type kompetanse er basert på summen av de individuelle behovene hos de som bor i omsorgsboligene eller bofellesskapet.• Hjemmetjenestens arbeidsformer er lagt til grunn for den daglige tjenesten, og i samhandlingen med den enkelte beboer og eventuelle pårørende.• Boligutforming synes mer normalisert, med beboerens preg på møblering og utsmykning. Boligen kan ofte være en fullverdig bolig, med 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. Boformene er individuelle og har ikke skyllerom etc. som på sykehjem• Reglene for egenbetaling er de samme som for øvrige hjemmetjenester i kommunen.• Omsorgsboliger med tilbud om trygghet for tjeneste hele døgnet, er oftest bygd som bofellesskap eller andre kollektive løsninger med fellesareal.	<ul style="list-style-type: none">• Heldøgns tjenesten i langtids plass sykehjem er basert på vedtak for tildeling av plass.• Bemanning og kompetansesammensetning er stort sett fast over tid. Tjenestene kan bære preg av et gruppetilbud mer enn et individuelt tilbud.• Driftsopplegget bærer oftest preg av innarbeidete rutiner som ikke i vesentlig grad varierer med endringer i behovene hos de som bor der.• Standardiserte boliger/romløsninger med mindre personlig preg på møblering og utsmykning. Sykehjem skal etter egen forskrift ha egne skyllerom, medisinlagerplass, materialrom etc• Egenbetaling etter egen vederlagsforskrift.• Nybygde sykehjem kan være bygd etter samme mal som omsorgsboliger i bokollektiv. Eldre sykehjem er bygd mer ut fra ”sykehus”-modell.

5.3 LEON - prinsippet

LEON står for *Lågaste effektive omsorgsnivå*. Sentralt i dette er at det vert lagt til rette for at brukarane kan bu lengst mogleg i eigen bustad og utnytte egne ressursar best mogleg. Det er samstundes grunnleggjande at når kommunen har eit vel fungerande helse- og omsorgssystem bygd på LEON prinsippet, tyder det at det finst eller kan lagast tilbod som treff den einskilde brukar akkurat der han eller ho er med sine behov, si helse og sitt liv. Vektlegginga av individuelt tilpassa tilbod ut frå behov, vil truleg gje ein meir føremålstenleg og kostnadseffektiv drift enn om det vert lagt opp til omfattande standardiserte løysingar.

Trondheim kommune gjennomførte i 2006 ei spørjeundersøking der dei m.a. spurde om kva som er viktig for at eg skal kunne bu i noverande bustad⁴. Svара syner at sær mange er opptekne av tryggleik, praktiske tenester og sosial aktivitet. Uavhengig av alle usikre faktorar, gjev dette ein indikasjon på tilhøve som truleg også er dei same i Luster.

⁴ Gjengitt på side 43 og 44 i *Eldreplan for Trondheim kommune 2007 – 2015*.



I fagmiljøa vert det snakka om såkalla *LEON-kommunar*. Dette er kommunar som har satsa på å bygge ut dei lågaste nivåa i omsorgstrappa, og særskilt alternativa til sjukeheim. Desse kommunane driv i dag mest kostnadseffektivt (jf Kostra), dvs. dei har etablert ei meir kostnadseffektiv driftsform. Dette er viktig i ei tid der budsjettet blir den kanskje viktigaste avgrensande faktoren i utviklingsarbeidet for å skape betre tenester i framtida.

5.4 Yngre brukarar

I perioden 1992 til 2004 auka (nasjonalt) tal mottakarar av kommunale pleie- og omsorgstenester under 67 år frå 17 prosent til 29 prosent av totalt tal tenestemottakarar. Tal menneske med psykisk utviklingshemming er relativt konstant – ca 4 promille av befolkninga (men innrapporterte tal syner at Luster her ligg over dei nasjonale snitt tala).

Nasjonalt består brukargruppa under 67 år av ganske få barn/unge under 18 år (2 prosent), ein stor del yngre vaksne 18-49 år (54 prosent) – og ein noko mindre del middelaldrande 50-66 år (44 prosent). Av desse er det yngre vaksne som har hatt den sterkaste veksten det siste tiåret.

Nasjonalt kan auken i tal brukarar under 67 år seiast å vere dramatisk, og dette er også ein konsekvens av at kommunane gjennom fleire reformer har fått eit større ansvar bl.a. for menneske med psykiske lidingar og rusmiddelbrukarar.

Nye brukargrupper med samansette og omfattande behov for hjelp og bistand er og vert ei utfordring for helse- og omsorgssektoren, ikkje minst sidan dette er brukarar som ofte har behov som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vore vanleg.

5.5 Aktiv omsorg

Aktiv omsorg er i St meld 25 skildra som **ein hovudstrategi for omsorgstenesta i framtida**. Ei rekke undersøkingar peika på dagleglivet, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle tilbod som område med dei største manglane ved dagens helse- og omsorgstilbod. Regjeringa ynskjer difor å legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som sentrale og grunnleggjande element i eit heilskapleg tenestetilbod.

Det vert vist til at eit av hovudføremåla i sosialtenestelova er å *”bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.”* – og at morgondagens omsorgstenester må sikre at dette føremålet vert oppfylt. Ein føresetnad er større fagleg bredde med vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid – slik at tenestetilbodet dekkjer psykososiale behov og får ein meir aktiv profil.

Aktiv omsorg er i følgje St meld 25 del av ein **førebyggjande strategi** som er nødvendig for å møte ein situasjon som elles vil gi sterk behovsvekst og raske endringar i helse- og omsorgstenestene dei komande åra. Dette kan bidra til både å kutte toppen av framtidig omsorgsbehov og fordele kostnader over ein relativt stabil periode dei komande 15 åra. Følgjande førebyggjande tiltak vert skildra i stortingsmeldinga: Folkehelsearbeid og helseførebyggjande tiltak.

- Investeringar i universell utforming av bustader og omgjevnader for å redusere eller eliminere konesekvensane av funksjonstap.
- Sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap.
- Volds- og ulykkesførebyggjande arbeid



5.6 Korttidsplassar

I St meld 25 vert viktigheita av eit tilstrekkeleg tilbod av korttidsplassar understreka, og det vert vist til at korttidsplassar kan nyttast til:

- Avlastning for pårørande.
- Rehabilitering i alle livets fasar.
- Etterbehandling og rehabilitering etter sjukehusopphald.
- God flyt og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta
- Medisinsk behandling ved akutt sjukdom.
- Korttidspleie ved kronisk sjukdom.
- Utredning og observasjon.
- Omsorg ved livets slutt.

Mange eldre bur heime eller i omsorgsbustader under føresetnad av tilsyn og hjelp frå pårørande og heimetenester. Brukarar og pårørande må vere sikre på at kommunen kan tilby avlastning når det er behov for det. Dersom dette ikkje er tilgjengeleg kan etterspurnaden etter andre og dyrare former for døgnkontinuerleg teneste auke.

RO har under dette peika på at kommunar med redusert tal korttidsplassar får to symptom på det dei kallar ”sirkulasjonssvikt”: Opphoping av utskrivingsklare pasientar i lokalsjukehus og/eller kø- problem av personar som vil ha langtidsplass i sjukeheim. I St meld 25 vert det og vist til at når både sjukeheim og omsorgsbustader i hovudsak vert nytta til varig butilbod, er det liten moglegheit for dynamikk i det kommunale tenestetilbodet.

5.7 Demensomsorg

Når tal eldre over 75 år og særskild dei eldste over 80 år aukar, vil tal personar med demens auke. Dette vil gje helsepersonell og tenesteapparatet store utfordringar med å planlegge og tilrettelegge eit fagleg forsvarleg og individuelt tilrettelagd tenestetilbod.

Mange med demenssjukdom vil bu i eigen heim. For at dette skal vere mogleg, må tenestene tilpassast familietilhøve og individuelle behov. Dei fleste demenssjukdommar vert utvikla over tid, og det er behov for å differensiere og legge til rette tenestetilbodet alt etter kva fase den einkilde er i. Som ein del av dette vil tilrettelagde dagtilbod for heimebuande vere viktig for å utsetje institusjonsinnlegging, og samstundes gje ei nødvendig avlastning for pårørande.

For å møte utfordringane er det utarbeidd ein nasjonal plan: *Demensplan 2015 – Den gode dagen*. Dette er ein delplan av omsorgsplan 2015, som er skildra i St Meld nr 25. For å styrke demensomsorga vert følgjande tiltak skildra i St Meld 25:

- Dagtilbod.
- Utredning og diagnostisering.
- Informasjon til brukarar og pårørande.
- Pårørandeskular og samtalegrupper.
- Opplæring og erfaringsutveksling blant personalet.
- Utvikling av ulike botilbod.

Demensplan 2015 peiker under dette på 3 hovudsatsingsområde:

- Dagaktivitetstilbod (For heimebuande og bebuarar i omsorgsbustad).



- Betre tilpassa butilbod (nye konsept for sjukeheim der arkitekturen er tilpassa menneske med demens. Det betyr små einingar og ikkje lange korridorar).
- Auka kunnskap og kompetanse (m.a. informasjon og kunnskap om demens til pårørande i form av pårørandeskular og samtalegrupper).

Forventninga er at kommunane skal ha tilboda på plass innan 2015.

I hovudoppslag i kommunal rapport 13. mai i år vert det vist til at halvparten av kommunane manglar viktige tilbod til personar med demens, som dagsenter, avlasting og pårørandeskular. Bare 7 prosent av dei som bur heime har et tilrettelagt dagtilbod. Avlastning og korttids plass blir stort sett gitt i skjerma eining i sjukeheim. Nokre får avlastning i eigen heim eller i ordinær sjukeheimsavdeling. Støttekontakt vert i liten grad brukt til demente, og berre sju prosent av kommunane samarbeider med frivillige om avlasting.

I same artikkel vert det vist til Horten som eit døme på ein kommune som har oppfylt alle måla i demensplan 2025 – og følgjande tiltak vert skildra:

- Dagsenteret på gard (Inn på tunet).
- To andre dagsenter knytte opp mot kommunen sine fire sjukeheimar. Dagsentra er delt inn etter dei ulike stadia i sjukdommen.
- Tidleg diagnose.
- Pårørandeskular og en kafé der pårørande og pasientar kan møtast uformelt.
- I ein av sjukeheimane er arkitekturen særskilt tilpassa menneske med demens. Her er det seks postar med åtte pasientar på kvar avdeling. Avdelingane har eigne små hagar for pasientane. Pasientane er grupperte etter funksjonsnivå og aktivitetsnivå.
- Pasientar vert flytta etter kvart som sjukdomsbildet endrar seg. (Det går bra når pårørande og pasientar blir grundig informert).
- Forsterka skjerma eining for utagerande personar med demens.

Horten har fått positiv merksemd frå sentrale myndigheter fordi dei har klart å få til ein heilskap i behandlingssopplegget både i og utanfor sjukeheim.

5.8 IPLOS

Frå mars 2006 er IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) innført som eit nasjonalt obligatorisk rapporteringssystem for alle kommunar. Bakgrunnen var m.a. manglande kunnskap om omsorgstenesta som nasjonalt (i 2006) hadde dritsutgifter på over 50 milliardar og utgjorde meir enn 1/3 av kommunane sine utgifter.

Målet med IPLOS er å få betre kunnskap om tenestene og brukarane for dermed å kunne yte betre tenester og planlegge vidare utvikling. IPLOS skal bidra til god sakshandsaming og god ressursutnytting, samt likeverdige og verknadsfulle tenester i høve til den einkilde sine behov. God kartlegging av behovet for bistand er ein føresetnad for at tenestetilbodet på best mogleg måte skal dekke det faktiske behovet, og er eit krav i forvaltningslova.

IPLOS gjev individbasert data om søkjarar og mottakarar av kommunale helse- og omsorgstenester uavhengig av alder og diagnose. I tillegg kan det gje verdifull kunnskap om:



- Korleis hjelpebehov varierer mellom ulike brukargrupper.
- Korleis ressursane vert fordelte i høve til behov.
- Kor lenge ulike tiltak varer.
- Utvikling av tenestene over tid for brukarar med langvarige behov.
- Samhandling mellom kommunale tenester og familiebasert omsorg.
- Samhandling mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta.

I sum kan dette gje grunnlag for å vurdere ressursutnytting, kvalitet og effektivitet, og vere eit viktig instrument i planlegging og utvikling av dei kommunale tenestene.

5.9 Omsorgsteknologi

Med grunnlag i framtidige utfordringar med stor auke i tal brukarar og redusert tilgang til arbeidskraft (den doble demografiske utfordringa) – slik at behovet truleg vil overgå tilgjengeleg arbeidskraft, er bruk av ny teknologi aktualisert.

Med dette som utgangspunkt har Teknologirådet utarbeidd rapporten *Framtidens alderdom og ny teknologi* (rapport 1 2009). Rapporten syner ulike tekniske hjelpemiddel og det vert tilrådd at kommunane skal gje eldre tilbod om ein tryggleikspakke med orientering om moglege hjelpemidlar, m.a. :

- Kroppssensarar: Overvake helsetilstanden (t.d. måle og evaluere hjerterytme og blodverdiar med overføring til fastlege). Kan gje kronikarar større moglegheit for heimebehandling.
- Smarthusteknologi: Overvake, varsle, eller utføre handlingar i heimen. T.d. styre lys, dørar og vindauge, varsle fall, brann, vannlekkasje mm.
- Springsteknologi: Berekne og opplyse om geografisk posisjon. Til personar med nedsett orienteringsevne og deira omsorgsansvarlege.

Det vert i rapporten vist til at dette gjev mange moglegheiter for avlastning og støtte for pårørande, og hjelpe helsepersonell til å utføre ein meir effektiv jobb – der meir tid kan nyttast til pasientkontakt og helsefaglege oppgåver. Samstundes er det mange utfordringar knytte til einsemd, tryggleik og personvern, og ev bruk av slik teknologi må vere frivillig.

Omsorgsteknologi er i liten grad teke i bruk i kommunale tenester i Noreg, medan andre land, som t.d. Danmark, i større grad har teke det i bruk. Det vert no arbeidd med dette på nasjonalt nivå i Noreg, m.a. ved utarbeiding av ein rettleiar for bruk av slik teknologi.



6. Status for tenesta i Luster

6.1 Organisering av tenestemråda helse og omsorg

Pleie og omsorg:

Tenestemråde pleie- og omsorg er i dag organisert i 3 omsorgssoner. Dette er 3 sjølvstendige einingar med 3 einingsleiarar (soneleiarar) som rapporterer til rådmannen (ved kontaktperson). Soneleiarane er som einingsleiarar fullt ut ansvarleg for drift og utvikling i høve fag, personal og økonomi – jf administrativt delegeringsreglement. Soneleiarane inngår i rådmannen si leiargruppe, og møtast fast kvar onsdag – saman med helsesjefen – i omsorgsnemnda.

Kvar sone er delt i heimeteneste og sjukeheimdrift. Heimetenesta vert leia av avdelings- sjukepleiar og sjukeheimane er inndelt i 3 primærgrupper med ein gruppeleiar pr gruppe. Dette gir til saman 3 avdelingssjukepleiarar og 9 gruppeleiarar. Kvar sone har eige kjøkken og reinhaldarar som vert leia av kjøkkensjef og leiande reinhaldar. I tillegg har ein i sone 2/Luster eige vaskeri som vert leia av leiande reinhaldar.

Status i høve årsverk og tilsette pr sone er pr 31.12.08 slik:

- Sone 1/ Hafslo: 43,26 årsverk og 58 tilsette.
- Sone 2/Luster: 49,33 årsverk og 74 tilsette.
- Sone 3/Gaupne: 70,28 årsverk og 104 tilsette.

Sone 3/Gaupne har i tillegg til ordinær heimeteneste og sjukeheimdrift, ansvaret for tenestetilbodet til ressurskrevjande brukarar og Grandmo heimeteneste. Arbeidet med tilbodet til ressurskrevjande brukarar vert leia av konsulent for funksjonshemma. Grandmo heimeteneste vert leia av avdelingssjukepleiar. Begge rapporterer til soneleiar i sone 3. Administrative og merkantile støttefunksjonar er samla i sone 3 og vert leia av soneleiar.

Grunnlaget for den administrative organiseringa i 3 soner er ei geografisk inndeling med tilnærma likt og fullverdig pleie og omsorgstilbod i alle tre soner. Denne inndelinga vert til vanleg kalla ”distriktsinndeling” og i NIBR- rapport 2008/20⁵ vert det vist til at denne organiseringa var vanleg fram til år 2000. I 2004 var det ein markant nedgang i tal kommunar som organiserte tenesta slik. Denne nedgangen har fortsett fram mot 2008 slik at det no er i underkant av 10% av kommunane som har organisert heimetenesta på denne måten, og berre 6,5% har ei distriktsinndeling av institusjonstenesta (mot 14% i 2004).

Den geografisk baserte organiseringa i Luster i tre soner – med tilnærma likt tenestetilbod i kvar sone – har lagt føringar for den organisatoriske/administrative organiseringa i tre sjølvstendige einingar med ein leiar for kvar eining. Alternativet til ei geografisk inndeling er ei fagleg/tenesteavhengig inndeling – og det er denne vegen utviklinga har gått.

Helse:

Tenestemrådet Helse er organisert under Helsesjefen. Eininga har 19,6 årsverk. Ein har tilsette med fagutdanning på alle nivå og god rekruttering. Legetenesta organiserer fastlegeordninga med 6 legar og 1 turnuslege, legevakt med legevaktssentral, samfunnsmedisin, miljøretta helsevern, smittevern mm. 3 legar har kvar 9t teneste som

⁵ Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) sin rapport ”Kommunal organisering 2008”



sjukeheimslegar. Helsestasjon og skulehelsetenesta har til saman 8 tilsette inkludert jordmor og lege. Den yter teneste til alle frå 0 - 20 år + alle gravide, smittevern inkl. reisevaksinasjon.

Fysioterapiavdelinga har 7 fysioterapeutar, driv privatpraksis og kommunal praksis i sjukeheim. Ergoterapiavdelinga har ein ergoterapeut. I tillegg til ergoterapi er ergoterapeuten leiar av demensgruppa. Psykisk helseteam har 5 tilsette. Arbeider med kronisk psykisk sjuke, lågterskel tilbod, driv dagtilbod, førebyggjande arbeid retta mot barn og unge, mot rus mm. Leiar av kriseintervensjonsteamet. Arbeidar tverrfagleg og med rettleiing av andre.

Arbeids- og treningscenteret (ATS):

ATS har som føremål å gje arbeids- og opplæringstilbod til yrkes- og utviklingshemma menneske i Luster. Tilbodet er behovsprøvd. Senteret har i dag 25 yrkeshemma arbeidstakarar på fast plass, og eit varierende tal yrkeshemma på ulike mellombelse avtalar. Føresetnaden for å få fast plass er at vedkomande er yrkeshemma og har si hovudinntekt frå trygd eller sosiale ytingar. Leiar ved senteret tildeler plass. ATS har 5,4 faste stillingar, eitt netto driftsbudsjett på ca. 3,1 millionar kroner og nyttar inntektene frå sal av varer og tenester i drifta.

Senteret vert leia av einingsleiar og 3 teamleiarar, og det vert jobba tverrfagleg og på tvers av avdelingsgrenser. Tilbodet er under kontinuerleg utvikling for å kunna gje noverande og nye arbeidstakarar eit best mogeleg tilpassa tilbod innafør gjeve rammer. Bygningar og anlegg er under utbygging. Arbeidsmål for 2009 er i tillegg til primæraktiviteten å få bygd ut anlegget med tidsmessige lokalitetar og få sett i drift "Møteplassen" v. Grandmo Næringsbygg.

6.2 Aktivisering

Luster kommune har i dag desse organiserte aktivitetstilboda:

- Dagtilbod ved dei 3 omsorgssentera og på Jostedal eldresenter.
- Dagopphald for heimebuande eldre.
- "Huset" - tilbod til brukarar med psykiske lidningar.
- Støttekontakt.
- Møteplassen - aktivitetslokale for brukarar med samansette behov.
- Treningskontakt.
- Inn på tunet (IPT).
- Samarbeidsprosjekt med frivillige.
- Trygge eldre.
- I 100 mot 100.

I **dagtilbodet** ved dei 3 omsorgssentera/Jostedal eldresenter kan alle bebuarane både på institusjon, omsorgsplassane og omsorgsbustadane/trygdebustadane delta på dei forskjellige aktivitetane. Det er m.a. samarbeid med skular og barnehagar som kjem på besøk.

Dagopphald for heimebuande eldre er eit aktiviseringstilbod for heimebuande eldre for å førebyggje einsemd og sosial isolasjon. Dagopphaldet er på dei 3 omsorgssentera og i tenesta inngår middag og transport. Tenesta blir tildelt etter Lov om helsetjenesten i kommunene.

Huset er eit tilbod 2 gangar i veka til pasientar med psykiske lidningar. Det er i hovudsak sosialt samvær, forskjellige aktivitetar og middag



Støttekontakt er eit tiltak som vert nytta overfor fleire brukargrupper som born, unge og vaksne med psykiske problem, yngre og eldre funksjonshemma, familiar med samansette problem. Støttekontakten si viktigaste oppgåve er å hjelpe den einskilde til ei meiningsfull fritid. Oppgåvene kan vere sosialt samvær, aktivisering og følge til ulike fritidsaktivitetar. Tenesta blir tildelt etter Lov om sosiale tenester.

Møteplassen er eit aktivitetslokale i Gaupne til brukarar med samansette behov. Lokale er tilrettelagde med m.a. data, sanserom og musikk og kan nyttast både på dag og kveldstid.

Treningskontaktar er personar som har fått opplæring til å hjelpe personar med ei funksjonshemming der fysisk aktivitet er viktig. Dei blir nytta mest innan psykisk helse. Tilbodet er viktig og etterspurt, men det har vore vanskar med å få tak i treningskontaktar.

Prosjektet **Inn på tunet** starta hausten 2008 som eit 1-årig prøveprosjekt. Tilbodet er eit tilrettelagt dagtilbod på gard ein dag i veka. Erfaringane er gode. Luster har i samband med dette blitt modellkommune i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Det er vedteke at nemnde tilbod vert vidareført etter prøveperioden.

Det er sett i gang fleire prosjekt der ein samarbeidar med frivillige lag og organisasjonar:

- Open kafé på Gaupne omsorgssenter vart starta opp hausten 2008 som eit samarbeidsprosjekt med Røde Kors Besøkstenesta. Ein del av opplegget er at besøkstenesta hentar heimebuande som treng skyss. Det viktigaste er sosialt samvær.
- Heimetenesta har i samarbeid med Luster Nærmiljøsentral starta opp med middagsombringning i sone Luster. Dette har fungert veldig bra. Det er ei positiv oppleving både for dei frivillige som bringar middagen og brukaren som får middagen. Det er ynskje om å vidareutvikle dette til Gaupne og Hafslø.
- Demensgruppa starta hausten 2008 opp samtalegrupper/retteleing for pårørande til brukarar med demens. Dette er eit samarbeidsprosjekt med Helselaget i Gaupne.

Trygge eldre – betre balanse vart starta opp i 2008 i alle sonene. Gruppene er leia av fysioterapeut og held til på aktivitetsstova på omsorgssentra. Fyrst er det trim, deretter sosialt samvær. Tilbodet er eit lågterskeltilbod i regi av folkehelsekoordinator og i samarbeid med einingar. Dette har vore eit sær sars vellykka prosjekt.

I 100 mot 100 er eit treningstilbod for alle over 70 år ein kan trene gratis kvar tysdag (12.00 – 13.00) på Luster Treningssenter. Treninga er styrt av fysioterapeut, og vert avslutta med ein matbit og sosialt samvær i regi av Gaupne Helselag.

Fylkeskommunen har ansvaret og gjev kommunen øyremerka midlar til tiltaket **transportkort**, som og er kalla Dør til dør transport. Krav for tildeling er: ”personar som har varig funksjonshemming av ein slik art at dei ikkje utan vesentlege vanskar kan nytte kollektive transportmidlar”. Funksjonshemminga må vare minst 1 år. Omsorgsnemda tildeler kort etter søknad. Pr 01.01.09 var der 205 brukarar.



6.3 Rehabilitering

Rehabilitering vert i lov og forskrift definert slik:

”...tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørarar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.”

Rehabilitering vil ikkje sei å ”gjere frisk”, men hovudmålsetjinga med rehabilitering er deltaking og meistring. Dette omfattar deltaking på alle arenaer i samfunnet som brukaren finn viktig. Rehabilitering handlar både om å endre individet sine føresetnader for å fungere og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak. Målgruppa er i utgangspunktet alle med funksjonsproblem og som har behov for assistanse til å nå sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.

I Luster kommune har ein fleire brukarar med samansette behov og diagnosar som: MS, hjerneslag, reumatiske lidningar, demens, psykiatri, KOLS, ulike hjarteplager med fleire. I tillegg har ein eit aukande tal born med samansette behov, og det vert rapportert om aukande grad av samansette saker med problemstillingar av psykisk, sosial og fysisk karakter.

Generelt vert det arbeid dagleg med rehabilitering i heile tenesteområde helse og omsorg. Det er likevel ikkje sett av særskilde plassar til rehabilitering i sjukeheimane. Tilbodet vert difor mykje det same som det generelle tenestetilbodet i sjukeheimane.

Det er etablert ei koordinerande eining (KE) som skal koordinere arbeidet med rehabilitering. Arbeidet vert leia av konsulent for funksjonshemma (leiar KE), og behov for rehabilitering skal meldast til leiar (t.d. frå brukar, kommunal eining eller spesialisthelseteneste). Leiar, eventuelt i samråd med KE, tek stilling til behov for rehabilitering og leiar har ansvar for informasjon om ordninga med individuell plan (IP). Det vert fatta enkeltvedtak om tenestemottakar har rett på IP. Leiar, i samråd med tenestemottakar, finn fram til ein personleg koordinator (PK) som driv prosessen rundt den enkelte brukar – og melder tilbake til leiar.

Hovudoppgåver til KE og konsulent for funksjonshemma er:

- Eit fast kontaktpunkt for brukarar og samarbeidspartnarar (ei adresse).
- Oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen.
- Oppdatert på kva som skjer innan rehabiliteringsfeltet lokalt, regionalt og nasjonalt.
- Tilby utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering.
- Om nødvendig tilvise til spesialisthelsetenesta.
- Overordna rolle i informasjon og opplæring i forhold til IP.
- Ansvarleg for at det vert fatta vedtak om rett til IP.
- Sikre at individuelle planar vert utarbeid og sett i verk.
- I samarbeid med brukar finne fram til personleg koordinator (ansvarleg tenesteytar).
- Oversikt over ansvarsgrupper i kommunen.
- Fremje tverrfagleg samarbeid og gi råd/retteleing.

Individuell Plan er eit verktøy og ein prosess. Den individuelle planlegginga skal sikre at nødvendig kartlegging vert gjort, og at det vert etablert eit samarbeid på tvers av sektorar, og nivå slik at tenestemottakar får eit heilskapeleg tilbod. Uavhengig av om personen har nedsett funksjon av fysisk, psykisk, kognitiv, åtferdsmessig, sosial eller av samansett art, og



uavhengig av alder, kan personen ha rett på ein individuell plan. Retten er og uavhengig av kva type bistand ein person treng, så lenge vedkommande har behov for tenester frå fleire over ei viss tid. IP gjev ikkje større rett til tenester enn det som allereie følgjer av lovverket.

6.4 Tenester til brukarar med samansette behov

Kommunen er plikta å yta omsorgsteneste til menneske som jf. sosialtenestelova § 4 – 2 ”..ikkje er i stand til å dra omsorg for seg selv”, eller som er ”helt avhengig av praktisk eller personleg hjelp for å greie dagleglivets gjøremål”.

Funksjonshemma med behov for individuell teneste bur i eigen heim(hjå mor/far, i omsorgs-, kommunal- eller privat bustad). Dei fleste som mottek praktisk bistand får dette av Grandmo heimeteneste. Ein har og enkelttiltak der ein byggjer opp eigne team rundt brukarane.

Omsorgsteneste til heimebuande tenestemottakarar kan vere:

- Foreldre mottek gradert omsorgsløn.
- Avlastning i kommunal avlastingsbustad, i eigen bustad og hjå private.
- Avlastning er etter skuletid, helg, skulefritidsdagar og feriar for familien.
- Støttekontakt.
- Tilrettelagt opplegg i barnehage og skule.
- ”Inn på tunet” (dagtilbod, barn og vaksne).
- Arbeidstilbod ved ATS ev. gjennom Arbeid med bistand.
- Eige dagopplegg i heimen eller i kommunal bustad.

Familiane kan velja mellom fast avlastningsopplegg, eller disponera eit visst tal timar i vedtaksperioden der dei sjølve ved høve kan leige inn privat avlastar/støttekontakt. Dei fleste nyttar ein kombinasjon av fast avtale for avlastning og disponible timar.

Omsorgsteneste til tenestemottakarar tilknytt Grandmo heimeteneste kan vere:

- Kommunal bustad.
- Praktisk bistand til daglege gjøremål. Tal timar pr. veke varierar frå 5 – 80 timar med 1: 1 bemanning og 2:1 bemanning.
- Tilsyn på natt.
- Arbeidstilbod ved ATS.
- Støttekontakt.
- Helseteneste i samarbeid med primærhelsetenesta.
- Bruk av ”Møteplassen” på dag og fritida (sanserom, spinning mm.).
- Tilbod om deltaking på fellesopplegg (pizzakveld og liknande).

Dei fleste brukarar i Luster kommune med behov for ulike tenestetilbod, har i dag eit tilbod gjennom kommunen som er heilskapeleg og individuelt (brukarmedverknad) tilpassa eigen situasjon, ressursar, mål og behov. Dette samsvarar med nasjonale føringar og formålsparagraf i sosialtenestelova om å ”... bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.”



6.5 Heimetenesta

Heimetenesta er heimla i *Lov om sosiale tjenester* og *Lov om helsetjenestene i kommunene* og skal m.a. bidra til at den enkelte skal kunna leve og bu sjølvstendig samt ha ei aktiv og meiningsfylt tilvære i fellesskap med andre. Ei individuelt tilpassa heimeteneste gjev god utnytting av tilgjengelege ressursar. Når hjelpa blir satt inn på rett tidspunkt, vil slik hjelp ofte førebyggje og utsette meir omfattande hjelp.

Heimetenesta i Luster gjev i dag følgjande tenester:

- *Heimesjukepleie - pleie og omsorg utanfor institusjon*
- *Heimehjelp - praktisk bistand daglege gjeremål*
- *Praktisk bistand opplæring*
- *Støttekontakt*
- *Matombringing*
- *Omsorgsløn*
- *Avlastning utanfor sjukeheim*
- *Tryggleiksalarm*
- *BPA (brukarstyrt personleg assistanse)*
- *Dagopphald*
- *Omsorgsbustadar/trygdebustadar*
- *Omsorgsplassar(sone 2 og 3)*
- *Dagsenter*
- *Individuell plan (IP)*
- *Inn på tunet (IPT)*
- *Dør til dør transport for funksjonshemma*
- *Følgjekort / Parkeringskort*

Søknad om tenester:

Ein må fylle ut skriftleg søknad som ein kan få ved å vende seg til kontaktpersonar, omsorgssentra eller servicetorget til Luster kommune. Søknadsskjema ligg også tilgjengeleg på heimesida til Luster kommune. Hjelpa vert tildelt etter ei helsefagleg vurdering og i samråd med søkjar. Det vert gjort skriftleg vedtak om tildeling av tenesta.

Heimesjukepleie - pleie og omsorg utanfor institusjon:

Tenesta er døgnbasert. Behov må vera grunna i helsesvikt og vert tildelt etter Lov om helsetjenestene i kommunene. Gruppa av brukarar er samansett og kan vere mellombels eller kronisk sjuke, skadde, funksjonshemma eller alvorleg sjuke. Tilbodet kan omfatte:

- *Førebygging av sjukdom og skade*
- *Utføre prosedyrar som krev sjukepleiefagleg kompetanse*
- *Personleg stell som morgon – og kveldsstell*
- *På/avkledding og dusjing*
- *Hjelp/tilrettelegging ved måltid*
- *Tilpassing av hjelpemidlar i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut*
- *Administrering av medisinar og tilsyn*

Heimehjelp -praktisk bistand til daglege gjeremål:

Målet med tenesta er å gje heimebuande med særleg hjelpebehov praktisk bistand i heimen og ivareta daglege gjeremål og reingjering av buareal som til dagleg er i bruk. Tenesta vert tildelt



etter Lov om sosiale tenester. Brukaren skal i størst mogleg grad takast med i gjeremåla. Brukaren betalar ein eigendel i månaden på grunnlag av inntekta til husstanden.

Kommunen vurderer individuell yting av hjelp innanfor desse områda:

- *Reinhald av kjøkken, stove, brukaren sitt soverom, bad/toalett og gang*
- *Oppvask*
- *Personleg hygiene t.d. av og påkledning, hjelp til dusj og hårvask*
- *Sengesjift av eiga seng*
- *Hjelp til å sette opp handleliste, bestille varer, gjere innkjøp av varer frå næraste butikk dersom handelsstanden ikkje bringar varer*
- *Vasking/stryking av brukaren sine klede*
- *Tillaging av tørrmat, oppvarming av middag, hjelp til å bestille middag frå omsorgssenteret*
- *Vask av vindauga maks 2 gongar pr. år.*
- *Opplæring i dagleglivets oppgåver i heimen.*

Det vert normalt ikkje gjeve hjelp til:

- *Storreingjering*
- *Reinhald av rom som brukaren ikkje nyttar*
- *Rydding og vaske opp etter besøkjande*
- *Hagearbeid*
- *Pussing av sølv, kobbar og messing*
- *Middagslaging og baking*
- *Snømåking*
- *Hjelp til husdyrhald*
- *Fylgje til lege, frisør m.m.*

Matombringning vert tildelt heimebuande som grunna helsevikt eller funksjonssvikt ikkje greier å lage eit varmt måltid sjølv. Middagen vert laga ved kjøkkenet på omsorgssentera og køyrt ut til heimebuande. Brukarar som bur i trygdebustad tilknytt omsorgssenteret kan få kjøpt frukost og kveldsmat som vert bringa til bustaden eller servert på felles stove.

Omsorgsløn er ei ordning som skal gje kompensasjon til personar som utfører særleg tyngjande omsorgsoppgåver. Omgrepet "særleg tyngjande" innebær at omsorgsoppgåvene må vare ei viss tid og ha eit større omfang. Omsorgsløn er ei teneste ein ikkje har rettskrav på, og er som oftast ei delteneste i tillegg til andre omsorgstenester. Tenesta vert tildelt etter Lov om sosiale tenester.

Avlasting utanfor institusjon kan ytast i private heimar, kommunale bustader og i visse høve ved at omsorgspersonen får fri og andre overtek omsorg i heimen. Avlasting skal vere avtalt og planlagt. I planlegginga skal både den som får og den som gir avlasting vere med. Avlasting kan vere timar, døgn eller veke. Tenesta er gratis.

Tryggleiksalarm vert gjeve til heimebuande som bur åleine og er utan tilsyn deler av døgnet. Søkjar må vere klar og orientert og godt motivert for tilbodet. Alarmen går direkte til Alarmsentralen i Florø når han vert utløyst. Alarmen kan verte formidla attende til pårørande eller heimesjukepleien. Tenesta har ingen akuttberedskap.



Praktisk bistand opplæring vert gjeve til heimebuande som har eit særleg hjelpebehov på grunn av sjukdom, funksjonshemming eller andre grunnar. Tenesta vert tildelt etter Lov om Sosiale tenester. Målet med tenesta er å yte hjelp til dagleglivets praktiske gjeremål i heimen og i tilknytning til husholdningen. Vidare omfattar tenesta hjelp til eigenomsorg og personleg stell. Med opplæring meiner ein opplæring i dagleglivets gjeremål og skil seg frå opplæring som høyrer inn under skulesystemet.

Brukarstyrt personleg assistanse(BPA) er ei alternativ organisering av praktisk og personleg hjelp til personar med funksjonshemming som har behov for bistand i dagleglivet, både i og utanfor heimen. Til dømes: hushaldningsoppgåver, direkte personleg hjelp med påkledning, hygiene, mat m.m. Brukaren har rolla som arbeidsleiar og har ansvar for organisering, rettleiing og innhald i forhold til sine behov, innanfor dei timerammene som kommunen sitt vedtak om praktisk hjelp gjev. Brukaren skal styra kven han/ho vil ha som assistent, kva assistenten skal gjera, kvar og når hjelpa skal gjevast. Målet er å bidra til at brukaren får eit aktivt og mest mogleg uavhengig liv til tross for funksjonshemming. Tenesta skal vera ein del av dei samla kommunale tenestene og knytast til personen, ikkje til bustaden. Luster kommune eller søkjar kan stå som arbeidsgjevar.

Dør til dør transport for funksjonshemma kan tildelast personar som på grunn av funksjonshemming har vesentlege vanskar med å nytta offentleg transport. Funksjonshemminga må vara minst eit år. Tilbodet skal ikkje erstatta manglande offentleg transporttilbod. Dør-til-dør transport skal nyttast til fritidsreiser, ikkje til reiser der storparten av utgiftene vert dekkja av andre. Transporten skal gå føre seg med drosje. Brukarane får tildelt ein sum kvart år som dei kan nytta etter eige ønskje. Tildelt sum varierer etter kvar i kommunen brukaren bur.

Følgjekort er eit kort/bevis med bilete og namn på innehavaren. Følgjekortet skal gje den funksjonshemma sitt følgje fritt tilgjenge til offentlege kultur og fritidsarrangement og offentlege transportmiddel som den funksjonshemma ikkje kan delta utan følgje.

Parkeringskort kan tildelast personar som på grunn av manglande evne til å ta seg fram og tilbake til parkeringsplass, kan søkja om parkeringsløyve. Det må vera medisinske årsaker som er grunnlag for rett til parkeringskort.

6.6 Omsorgbustader og omsorgsplassar

Omsorgsbustad:

Omsorgsbustad er ei buform som vert prioritert til personar med fysiske/psykiske helse og omsorgsbehov. Den vert leigd etter gjeldande husleige kontrakt og vert vurdert som brukaren sin eigen heim. Omsorgsbustaden er lagt til rette for at brukarar med funksjonshemming skal kunne bu der, og må på same måte som heimebuande få tenester frå heimetenesta.

Luster kommune har i dag følgjande omsorgsbustader:

Sone 1/Hafslo	16
Sone 2/Luster:	18
Sone 3/ Gaupne:	33 (19 i Gaupne, 7 Grandmo, 7 i Jostedalen)
Totalt:	67



Grandmo heimetenester nyttar i tillegg kommunale bustader til avlastning (2 stk pr i dag). Tal bustader vil variere alt etter behov. Ei samling av omsorgsbustader kalla eldresenter, og kommunen har i dag 4 slike eldresenter: Hafslo, Luster, Gaupne og Jostedalen.

Det må søkast om omsorgsbustad på eige skjema, som ein får ved å venda seg til kontaktpersonar, omsorgssentra eller servicetorget til Luster kommune. Søknadsskjema ligg også tilgjengeleg på heimesida til Luster kommune. Hjelp vert tildelt etter ei helsefagleg vurdering og i samråd med søkjar. Det vert gjort skriftleg vedtak om tildeling av tenesta.

Søknadar vert handsama fortlaufande, og dei som ikkje får plass vert ståande som registrerte søkarar. Der er pr mai i år registrert 14 søkarar til Gaupne, 4 til Hafslo og 1 i Luster som ikkje har fått plass. Personar som er registrert som søkarar får skriftleg melding om at omsorgsbustad vert prioritert til personar med fagleg definerte helse- og omsorgsbehov, til personar som er ferdigbehandla i institusjon – og/eller til personar som bur i bustad som er for dårleg tilrettelagd til å kunne klare seg sjølv eller til å få audsynt hjelp. Tildeling av bustad skjer etter ei skjønsmessig totalvurdering av søkjaren sin fysiske, psykiske og sosiale livssituasjon. Tildelinga skjer ikkje etter ansiennitet. Dette inneber at det ikkje vert teke omsyn til kor lenge søkjaren har vore registrert med søknad til omsorgsbustad.

Omsorgsplass:

Omsorgsplassar er ei mindre buform som vert prioritert til personar med helse og omsorgsbehov, som på same måte som heimebuande får teneste frå heimetenesta. Ein leiger husværet etter gjeldande husleigekontrakt, og bustaden vert difor sett på som brukaren sin eigen heim. Det er felles stove til omsorgsplassane og alle måltid er inkludert i husleiga.

Kommunen har i dag 8 omsorgsplassar i Gaupne og 7 i Luster. Søknad og tildelingsrutinar er på line med omsorgsbustadar.

6.7 Sjukeheimane

Kommunen har i dag tre sjukeheimar med 24 plassar pr sjukeheim, til saman 72 plassar. Luster hadde fram t.o.m. 2001 92 aktive sjukeheimsplassar. Pga nedgang i den aktuelle aldersgruppa og auka satsing på heimetenester har ein etter det kunne redusere plasstalet. Ved utgangen av 2002 hadde vi ca 90 sjukeheimsplassar, i 2003 vel 80 plassar, i 2004 78 plassar og ved årsskifte 05/06 72 plassar. Alle desse åra har vi kunne tilby sjukeheimsplass til alle som med grunnlag i fagleg aksepterte kriterium har hatt behov for slik plass. Vi tek heile tida imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehusa innanfor oppgjevne fristar.

Vi har periodevis hatt fleire enn 72 brukarar, og var i 2008 opp mot 80 brukarar. Dette syner stor grad av fleksibilitet i tildelingssystemet og drift av sjukeheimane. Samstundes syner erfaringane at auka innsats frå heimetenestene kan vere eit godt alternativ til sjukeheimsplass.

Omsorgsnemnda, som er samansett av soneleiarane og kommuneoverlegen, står for tildeling av sjukeheimsplass. Det er etablert ein praksis som er slik at inndelinga i tre omsorgssoner *ikkje* inneber at den som får sjukeheimsplass har krav på plass i den sona der ein sjølv bur. Vi prøver likevel å tilpasse oss pasientane sine ønskje, eventuelt ved seinare overflyttingar.

Ved tildeling veg medisinskfaglege forhold tyngst. Særleg vanskelege sosialmedisinske forhold vert og vektlagde. Ved kvar tildeling vert alle aktuelle pasientar vurderte. Vi opererer difor ikkje med ventelister, men prioriterer heile tida den eller dei som har dei tyngste behova.



IPLOS vert nytta ved vurderinga av medisinske og pleierelaterte behov, inklusiv behov for sjukeheimplass. Dette verktøyet sikrar ei grundig og einsarta vurdering av alle pasientar og bidrar såleis til gode interne prioriteringar.

Innafor sjukeheimane opererer ein med følgjande plasskategoriar:

- Langtidsopphald.
- Tidsavgrensa opphald (utredning/behandling, rehabilitering)
- Avlastingsopphald
- Dagopphald
- Nattopphald

Dei fleste av sjukeheimplassane er i dag langtidsplassar, og ein har ikkje øymerka plassar til tidsavgrensa- og avlastingsopphald. Dei fleste nye som får plass på sjukeheim blir ofte – i fyrste omgang – tildelt ”Tidsavgrensa opphald”. Dette er pasientar som treng opptrening, rehabilitering eller utredning/behandling. Kvar sjukeheim er inndelt i tre grupper med åtte pasientar, og tilbyr døgkontinuerleg pleie/omsorg etter primærpleiemodellen.

Gruppene består av sjukepleiarar, hjelpepleiarar, pleiemedhjelparar og buassistentar, og har kvar si stove og kjøkken. Alle pasientane har primærkontakt. Sjukeheimane har tilsett fysioterapeut (deltid), aktivtør og har lege to gonger i veka. I tillegg får dei bistand frå ergoterapeut.

Det er aktivitetsstove ved kvar sjukeheim med fast opningstid tre-fire dagar pr veke; desse er leia av aktivtør. Aktivitetsstovene gjev tilbod til pasientane på sjukeheimen og for dei som bur i omsorgsbustader, og gjev også dagopphald for heimebuande eldre.

6.8 Demensomsorg

Tilbodet til demente i kommunen vert gjeve som:

- Dagtilbod for heimebuande.
- Opphald i eigna grupper på sjukeheim.

Dagtilbodet til heimebuande demente er mellom anna ”Inn på tunet”, starta i 2008. Brukarane får tilbringe dagen på ein gard og får tilbod om kjende gardsaktivitetar. Dei blir henta heime og køyrde heim att på ettermiddagen. Dette tiltaket får gode tilbakemeldingar frå pårørande.

I samband med prosjektet ”Inn på tunet” vart vi kontakta av Nasjonalt senter for aldring og helse. Me vart førespurde om me kunne tenka oss å vera med i prosjektet: ”*Dagtilbod og avlastningsordningar for heimebuande personar med demens.*” Dette prosjektet er eit oppdrag frå Helsedirektoratet, starta opp som eit ledd i gjennomføringa av Demensplan 2015 ”Den gode dagen.” Det er skrive kontrakt og ein sjukepleiar i sone 3 er prosjektleiar.

Heimebuande kan få støttekontakt som besøker brukarane heime, og tek dei med på småturar. Aktivitetsstova på sjukeheimane har dagopphald der demente kan kome, men dei må vere i lag med andre pasientar frå sjukeheimen. Aktivitetane er ikkje spesielt tilrettelagde for demente. Heimebuande kan også få avlastningsopphald i tilrettelagd skjerma eining ved alle tre sjukeheimane. For å få opphald i skjerma eining må ein ha diagnosen dement, eller vere under utredning. Einingane består av små grupper med fast personale.



Ved sjukeheimane i Luster og Gaupne, er det tilrettelagt uteområde – sansehage. Ein dag i veka har eininga eigen aktivitør og dei har tilgang på aktivitetsstova i lag med andre pasientar. Demente fungerer best i små grupper og ein prøver å aktivisera pasientane på eiga stove.

Ein føresetnad for å kunne gje hensiktsmessig behandling og omsorg, er at pasienten er tilstrekkeleg utreda. Erfaring tyder på at det å få stilt diagnose så tidleg som muleg kan auka sjansen for at pasienten kan klare seg lengre i heimen. Gjennom kunnskap og informasjon kan både pårørande og hjelpeapparatet forberede seg på sjukdomutviklinga.

Det er oppretta eit demensteam som består av ergoterapeut, to sjukepleiarar og lege. Teamet foretar vurderingsbesøk og hjelper til med utgreiing ved hjelp av skjema frå Nasjonalt Kompetansesenter. Demensteamet får henvendelsar frå lege og heimetenesta.

I januar 2009 starta demensteamet og helselaget pårørandeskule. Dei informerer/tar opp ulike tema om demens for pårørande og avsluttar med samtalegrupper. Dette er eit vellukka tiltak og behovet er stort.

6.9 Brukarspørjingar

Kvart andre år vert det gjennomført brukarspørjingar innanfor pleie og omsorg. Dei to siste gjennomføringane var i 2007 og våren 2009. I lag med andre registreringar får ein eit godt bilde av ressursbruk og kvalitet på tenestene. Spørjinga går til brukarane av heimetenester og dei som bur på sjukeheim. Pårørande til dei som bur på sjukeheim blir også spurt. Det vert sendt skriv med spørjeskjema til brukarar av heimetenestene. Brukarar på sjukeheimane vert intervjuva, medan det vert sendt spørjeskjema til pårørande.

Tenesta får både i 2007 og 2009 gode tilbakemeldingar. Det er generelt godt samsvar mellom brukarar og pårørande, men dei pårørande gir litt lågare score enn brukarane.

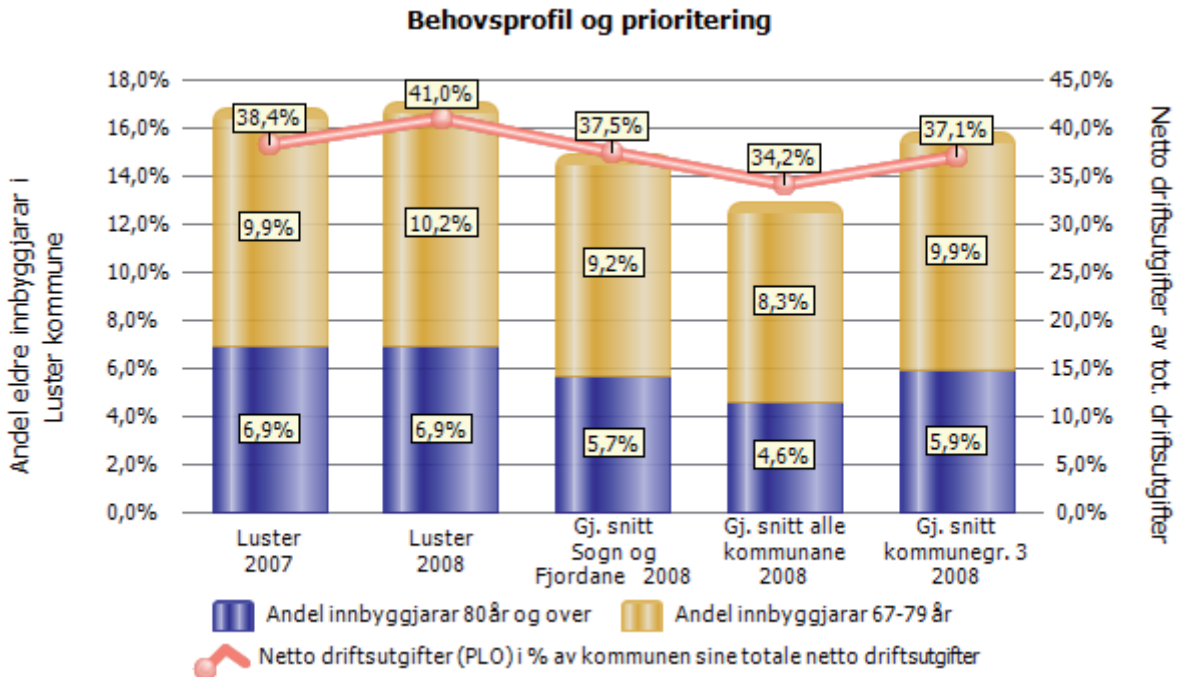
I 2007 vart vel 40 registrerte mottakarar av psykisk helsetenester spurt i ei tilsvarende brukarspørjing som for pleie og omsorg. Generelt er brukarane i Luster litt meir nøgde enn samanlikningsgruppa. Spesielt tyder undersøkinga på at me, i høve til andre kommunar, har gode ordningar for informasjon. Samtidig er det eit funn at medverknaden frå brukarane kan aukast, då dette er det einaste området der Luster scorar lågare enn dei andre kommunane.

I brukarspørjingane vert det stilt spørsmål og svart med grunnlag i det tilbodet som ein faktisk får. Ein kan difor ikkje vite om brukarane eventuelt kunne ha ynskt eit anna tilbod.

6.10 Talgrunnlag (kostra)

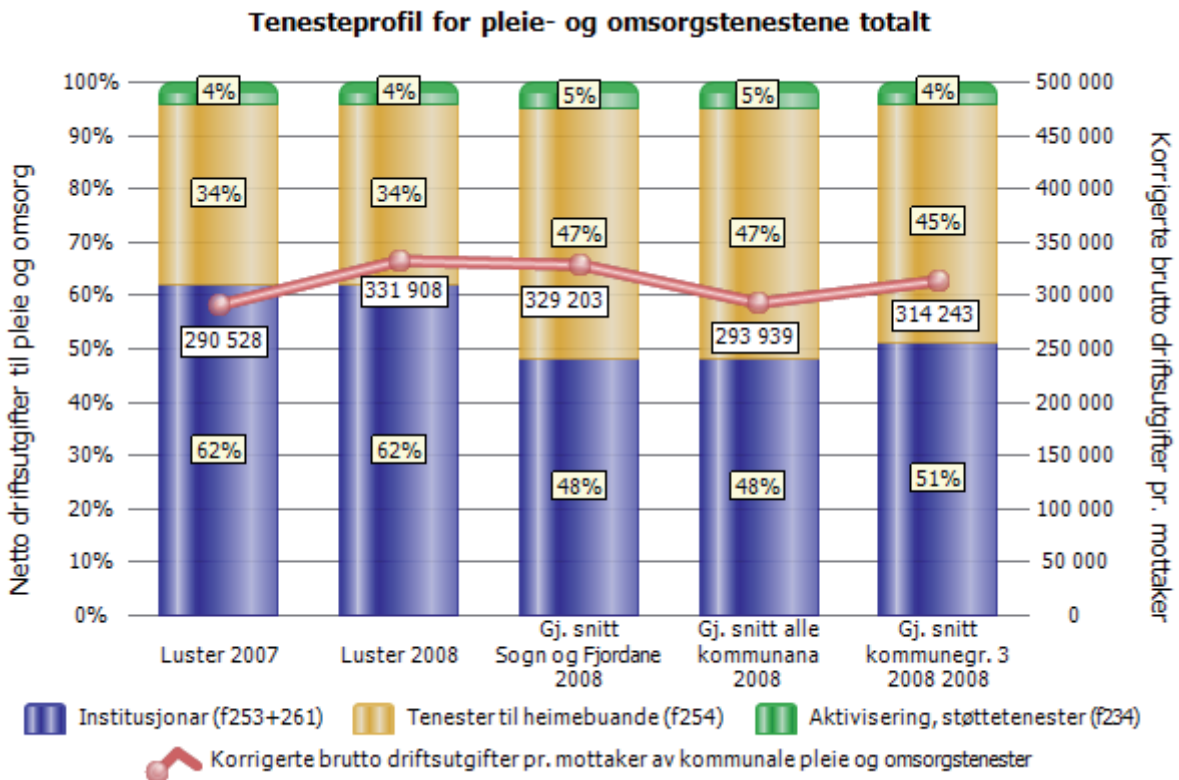
Samla ressursbruk:

Luster kommune brukte i 2008 ca 41% av kommunen sine netto driftsutgifter til pleie og omsorg. Som ei ser av diagram under ligg dette over snitt fylke, land og kommunegruppe. Luster er slik sett av dei kommunane som bruker mest på pleie- og omsorgstenester. Dette kan kome av alderssamansetjinga, der ein i Luster har mange eldre innbyggjarar. Samstundes peiker RO i sin rapport på at andre tilhøve har innverknad på ressursbruk, som t.d. tal yngre brukarar, geografi, tal institusjonar, kor godt heimetenesta er utbygd, tal uføretrygda mm.



Fordeling av ressursane:

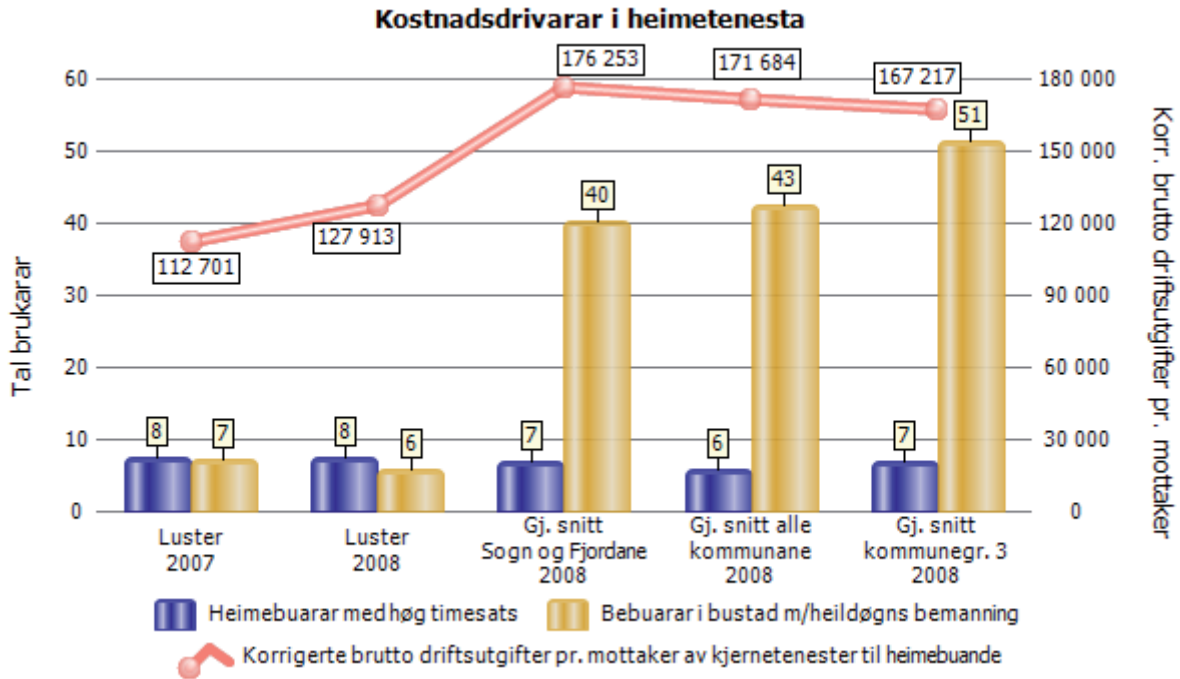
Diagrammet under syner korleis netto driftsutgifter til pleie- og omsorg fordeler seg på *aktivisering, heimetenester* og *institusjonstenester*. Tala syner at Luster er av dei kommunane som nyttar mest av dei samla utgiftene til pleie- og omsorg til institusjonstenester (sjukeheim), samstundes som ein relativt sett mindre til heimeteneste og aktivisering.





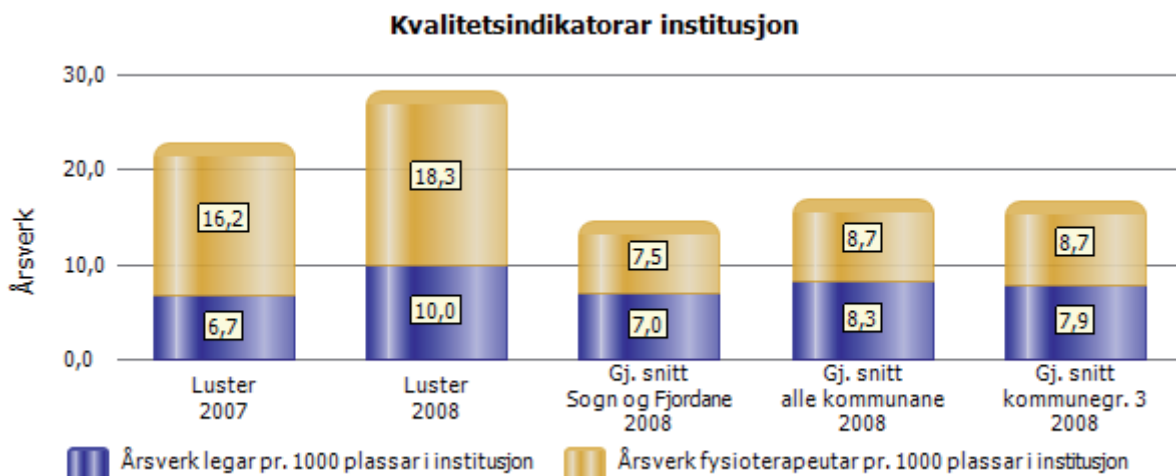
Helse- og omsorgsplan

RO skriv i sin rapport at denne fordelinga syner at Luster er institusjonsorientert, samstundes som dei understrekar at det ikkje finst noko fasit på korleis ein kommune bør innrette seg. Mange kommunar har bygd opp heildøgns tenester knytt til omsorgsbustader, der heimetenesta yter tenestene. Diagrammet under syner at ein i Luster nesten ikkje har eit slikt tilbod:



Lege- og fysioterapidekning i sjukeheimen:

I det framtidige helse- og omsorgstilbodet må truleg legar og fysioterapeutar (og andre faggrupper med spisskompetanse) prioriterast høgare enn i dag (dette særleg jf signal frå arbeidet med samhandlingsreforma). I dette ligg og at ein i større grad enn i dag må nytte spisskompetanse i førebyggjande arbeid på alle nivå i omsorgstrappa. Diagrammet under syner at situasjonen i sjukeheimane i Luster er rimeleg god samanlikna med andre kommunar:





Dekningsgrad:

Sentrale myndigheiter anbefaler ein dekningsgrad for sjukeheimplassar og omsorgsbustad med heildøgns teneste på 25 % for eldre over 80 år. Samstundes er RO si tilråding at ein legg til 3% - til ein dekningsgrad på 28%. Grunngevinga for dette er det aukande tal yngre som vil ha behov for heildøgns tenester. Tala må ikkje oppfattast som absolutte, men som rettleiande.

Status i Luster er at vi rapporterer 72 sjukeheimplassar som heildøgns tenester for eldre over 80 år. Dette gir (i 2008) ein dekningsgrad på ca 21%, og vi stetter ikkje nasjonal føring om 25%. Om ein tek med brukarar under 80 år, kan vi legge til ca 6 bustader med heildøgns tenester (knytt opp mot Grandmo). Vi får da totalt 78 sjukeheimplassar eller bustad med heildøgns teneste. Dekningsgraden vert på ca 23%, og ligg framleis under både 25% og 28%.

Om ein ser hen mot veksten som kjem etter 2025, vil det vere ressursmessig krevjande å dekke gapet mellom behov og kapasitet med fleire sjukeheimplassar for langtidsopphald.

Brukarbetaling/finansiering:

Staten regulerer i dag kommunane sitt grunnlag for å ta betalt for helse- og omsorgstenester gjennom to ulike regelverk, eitt for heimetenester og eitt for sjukeheim/institusjon. RO peiker i sin rapport på at samanlikna med andre kommunar ligg Luster lågt når det gjeld eigenbetaling for tenestene. Ved handsaminga av budsjett 2009 gjorde kommunestyret eige vedtak (sak 114/08) om at dette skal vurderast særskilt ved utarbeiding av ny helse- og omsorgsplan (jf kap 3 over). Dette vil kome som eiga sak til kommunestyret hausten 09.

6.11 Status – oppsummert

Oppsummert kan følgjande hovudpunkt trekkast fram i høve status i Luster kommune, samanlikna med nasjonal utvikling/trendar og andre kommunar:

- Vi har, som ein av få kommunar, ei organisering i geografiske soner (distriktsmodell).
- Vi har og vil få utfordringar med å rekruttere nok folk med rett kompetanse.
- Tal eldre over 80 vil gå ned frå dagens 325 til 280 fram mot 2020.
- Vi vil truleg få ein auke i tal yngre brukarar og brukarar med samansette behov.
- Vi har stor grad av nærheit til tenestemottakarar.
- Vi har tilbod om mange tenester men ein klar prioritet til sjukeheimane og heimetenesta.
- Vi kan bli betre på gode dagtilbod til eldre.
- Vi har ei tung prioritering av langstidsplassar i sjukeheim.
- Vi har nesten ikkje tilbod om heildøgns tenester utover langstidsopphald i sjukeheim.
- Vi har ikkje avsett faste plassar for korttidsopphald.
- Vi har gjennomgåande gode resultat på brukarspørjingar.
- Vi bruker samla sett meir ressursar på pleie og omsorg enn andre kommunar.
- Vi bruker meir på sjukeheimsdrift, mindre på heimetenester og aktivisering.
- Vi har ein dekningsgrad for eldre over 80 år på ca 21%, medan nasjonal føring er 25%.
- Vi har god lege- og fysioterapidekning i sjukeheimane.
- Vi ligg lågt på brukarbetaling.



7. Framtidige helse- og omsorgstenester i Luster

7.1 Hovudutfordringar

Første hovudutfordring er å lage ei helse- og omsorgstrapp med fleire nivå, slik at ein får god balanse mellom tenestenivåa og i størst mogleg grad og kan gje individuelt tilpassa tenester.

Andre hovudutfordring er å styrke førebyggjande arbeid i lokalsamfunnet og på alle nivå i helse- og omsorgstrappa, samt å etablere gode dagtilbod til eldre.

Tredje hovudutfordring er å behalde tilsette og nyrekruttere alle kategoriar tilsette innan tenesteområde helse- og omsorg.

Fjerde hovudutfordring er å tilpasse tenestetilbodet innan helse og omsorg til kommunen sitt framtidige inntektsnivå.

7.2 Korleis møte utfordringane – strategi

Overordna strategi for å møte utfordringane er å bygge ei helse- og omsorgstrapp med 6 nivå:

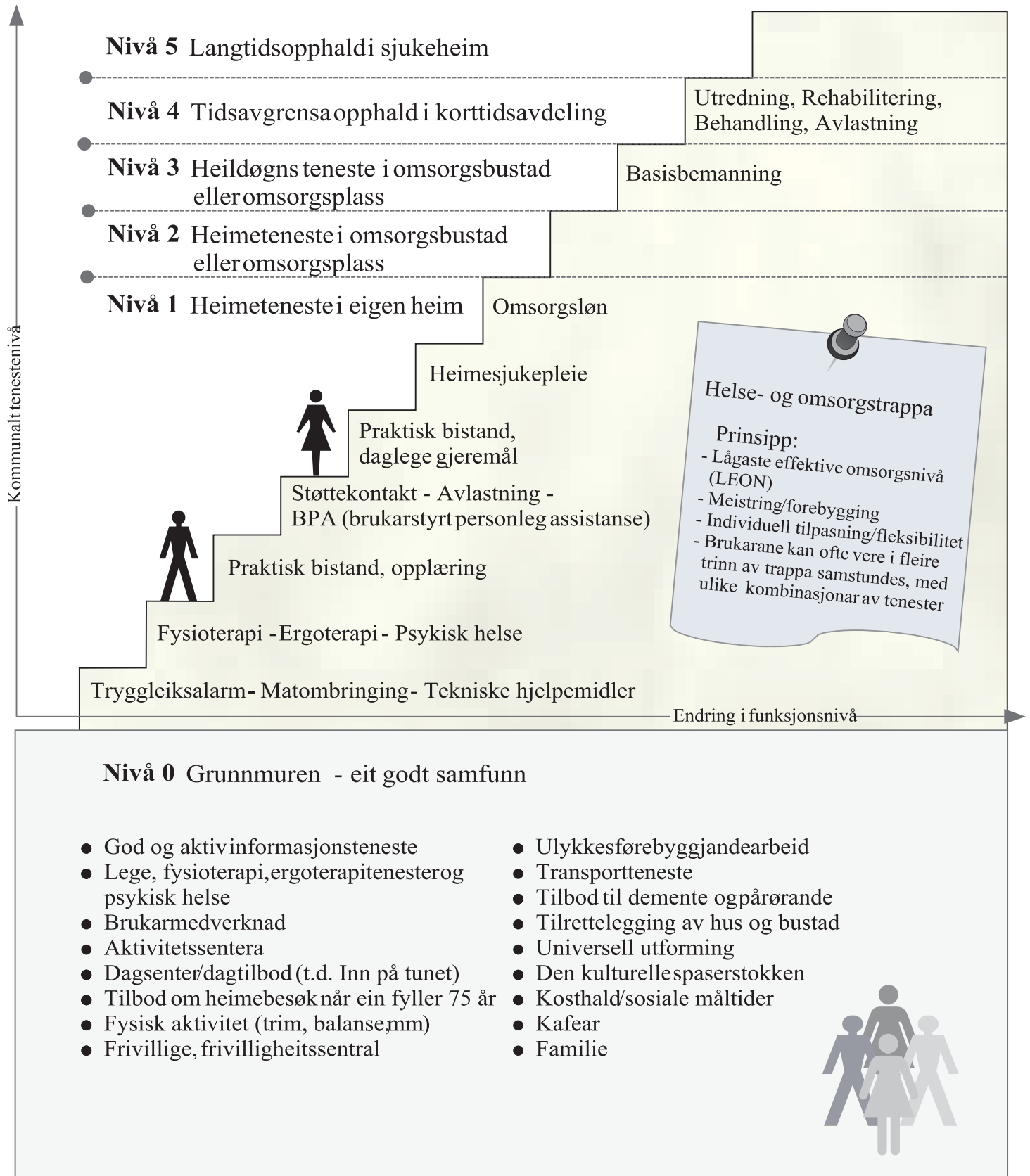
- Nivå 0:** Grunnmuren - eit godt samfunn.
- Nivå 1:** Heimeteneste i eigen heim.
- Nivå 2:** Heimeteneste i omsorgsbustad eller omsorgsplass.
- Nivå 3:** Heildøgns teneste i omsorgsbustad eller omsorgsplass.
- Nivå 4:** Tidsavgrensa opphald i korttidsavdeling.
- Nivå 5:** Langtidsopphald i sjukeheim.

Dei sentrale strategiske grepa er:

- Auka satsting på førebyggjande arbeid og tidleg innsats (nivå 0 og 1).
- Etablering av 8 omsorgsplassar ved kvar sjukeheim. Omsorgsplassane vert ein viktig fleksibel kapasitet som etter behov kan nyttast på nivå 2, 3 og 5. Dvs både som omsorgsplass med heimeteneste (nivå 2, som i dag), som omsorgsplass med heildøgns tenester (nivå 3) – og dei kan tilbakeførast til langtidsplass i sjukeheim (nivå 5).
- Etablere korttidsavdeling for avlasting, rehabilitering, utredning og behandling (nivå 4).
- Vidareutvikle bruk omsorgsbustader med moglegheit for heildøgns tenester (nivå 3).
- Fleksibilitet innan og mellom kvart nivå/trinn.
- Gradvis styrking av nivå 0-4 gjev grunnlag for gradvis reduksjon av tal langtidsplassar i sjukeheim – nivå 5. Samstundes kan kapasiteten på nivå 5 aukast ved behov.
- Ressursbruken kan dermed gradvis omfordelast frå nivå 5 til nivå 0-4. Ei gradvis styrking av nivå 0-4 kan på sikt gje grunnlag for lågare ressursinnsats pr innbyggjar.
- Rasjonell og fleksibel bruk av eksisterande bygningsmasse.
- Klart definerte og politisk vedtekne kvalitetsstandardar.
- God informasjon om tenestetilbod og tildelingsprosessar.
- Utgreiing og samla vurdering av ulike framtidige tiltak.
- Større einingar/turnusområde gjev grunnlag for større stillingar og auka fleksibilitet.
- Felles/sentralisert leiging og administrasjon gjev grunnlag for overordna/heilskapleg styring og prioriteringar, samt lik praksis ved tildeling av tenester.



Framtidig Helse- og omsorgstrappi Luster kommune





8. Mål og tiltak

8.1 Overordna mål

Alle brukarar med eit fagleg definert behov for kommunale helse- og omsorgstenester skal få naudsynte førebyggjande tenester, rehabilitering, behandling, pleie og omsorg.

8.2 Delmål

- Styrke den helsefremjande og førebyggjande innsatsen.
- Vidareutvikle og betre evna til tidleg innsats, individuell tilpassing og fleksibilitet basert på LEON prinsippet (lågaste effektive omsorgsnivå).
- Styrke helse- og omsorgstilbodet til heimebuande eldre med stort omsorgsbehov.
- Vidareutvikle heildøgns teneste i omsorgsbustad og omsorgsplass.
- Vidareutvikle og styrke demensomsorga.
- Gje ulike grupper yrkeshemma eit mest mogeleg tilpassa og meningsfylt arbeids- og opplæringstilbod.
- Etablere ei korttidsavdeling som på ein fagleg god måte kan ta hand om utredning, behandling, rehabilitering og avlastning.
- Gje tilbod om sjukeheimplass eller bustad med heildøgns teneste til brukarar med fagleg definert behov slik at ein stetter føring om 25% dekning for eldre over 80 år, og 28% dekning når ein tek med brukarar under 80 år.
- Legge til rette for og kontinuerleg arbeide for at tilsette får størst mogleg stillingar.
- God kontroll og kvalitet på tildeling av tenester og ressursbruk.
- Utvikle ein felles god og målretta informasjonsstrategi.



8.3 Tiltak på kort sikt (2010 – 2013).

Planperioden 2010 – 2021 vert delt i ein kortsiktig del frå 2010 – 2013, og ein langsiktig del frå 2014 – 2021. Den kortsiktige delen vert ein handlingsplanperiode med konkrete og tidfesta tiltak, medan tiltak i den langsiktige delen vert meir generell og ikkje konkret tidfesta. Tiltak i den kortsiktige delen kan, om det er mogleg og fornuftig, bli gjennomført tidlegare enn skissert under. Følgjande tiltak vil bli gjennomført i 4 steg i perioden 2010 – 2013:

Steg 1: Innan sommaren 2010/utgangen av 2010:

- Tiltak 1.0 – Ei heimeteneste.
- Tiltak 1.1 – Ei sjukeheimsteneste.
- Tiltak 1.2 – Felles/ samlokalisert overordna leing.
- Tiltak 1.3 – Styrking av helse- og omsorgstenesta på kommunenivå.
- Tiltak 1.4 – Leiarutvikling.
- Tiltak 1.5 – Demensomsorg i sjukeheim.
- Tiltak 1.6 – Gradvis overgang til korttidsavdeling.

Steg 2 – innan sommaren 2011/utgangen av 2011:

- Tiltak 2.0 – Kvalitetsstandardar.
- Tiltak 2.1 – Samla informasjonsstrategi.
- Tiltak 2.2 – Førebyggjande tiltak.
- Tiltak 2.3 – Samarbeid med frivillige lag og organisasjonar.
- Tiltak 2.4 – Korttidsavdeling i Gaupne.

Steg 3 – innan sommaren 2012/utgangen av 2012:

- Tiltak 3.0 – Kartlegging av bygningsmasse og behov.
- Tiltak 3.1 – Utreiing og vurdering av framtidige tiltak.
- Tiltak 3.2 – Førebuing for ombygging og omlegging på Hafslø.

Steg 4 – innan sommaren 2013/utgangen av 2013:

- Tiltak 4.0 – Styrking av omsorgsplass og omsorgsbustadkapasiteten på Hafslø.
- Tiltak 4.1 – Samla tal sjukeheimsplassar og plassar med heildøgns tenester.



8.3.1 Steg 1 - innan sommaren 2010/utgangen av 2010:

Tiltaka under gjev i sum ei ny organisering av tenestekområde pleie- og omsorg. Dette er fyrste steg i utviklingsarbeidet og eit nødvendig grunnlag for vidare utvikling av tenestene.

Tiltak 1.0 – Ei heimeteneste

Kva: Heimetenesta vert etablert som ei tenesteeining med arbeidslag etter behov.

Kvifor: Ei felles sterk/robust heimeteneste med ein leiar. Auka moglegheit for fleksibel/optimal bruk av ressursar og kompetanse, og dermed auka moglegheit for individuell tilpassing av tenestene. Robust fagmiljø og godt grunnlag for økonomisk rasjonell drift og samla utvikling av tenesta. Eit felles turnusområde gjev auka moglegheit for store stillingar.

Tiltak 1.1 – Ei sjukeheimsteneste

Kva: Sjukeheimsdrifta vert etablert som ei tenesteeining med avdelingar etter behov.

Kvifor: Felles sterk/robust sjukeheimsdrift med ein overordna leiar og avdelingsleiarar for kvar sjukeheimsavdeling. Auka moglegheit for fleksibilitet mellom sjukeheimane. Robust fagmiljø og godt grunnlag for økonomisk profesjonell/rasjonell drift og utvikling av sjukeheimane. Ein turnus pr sjukeheim/avdeling gjev betre grunnlag for fleksibilitet og store stillingar. Ein felles leiar for alle sjukeheimsavdelingane gjev godt grunnlag for samhandling og fleksibilitet mellom sjukeheimane.

Tiltak 1.2 – Felles/samløksert overordna leiing

Kva: Leiar av heimetenesta og leiar av sjukeheimstenesta vert etablert som eit samlokalisert leiarteam med støttefunksjonar lokalisert til Gaupne.

Kvifor: Felles overordna leiing av heile tenestekområde med mynde som einingsleiarar. Kvar leiar får overkommeleg oppgåve- og kontrollspenn. Vidareføring av prinsippa i dagens organisasjonsmodell med mynde nærast mogleg tilsette og brukarar. Godt grunnlag for samhandling og fleksibilitet internt (mellom heimetenesta og sjukeheimane) og eksternt (mot sjukehus og andre kommunar). Grunnlag for profesjonalisering av administrative/ merkantile oppgåver og rasjonell drift og utvikling. Pleie- og omsorgstenesta, inkludert tenesta til brukarar med samansette behov, vert leia og koordinert frå ein stad.

Tiltak 1.3 – Styrking av helse- og omsorgstenesta på kommunenivå

Kva: Helse- og omsorgstenesta vert, ved å nytte eksisterande stillingsheimlar, styrka på kommunenivået ved etablering av rådgevarfunksjon med helse-/omsorgsfagleg kompetanse.

Kvifor: Helse- og omsorg er kommunen sitt største/tyngste og mest komplekse



tenesteområde, og det er behov for å styrke tenesteområdet på overordna nivå. Organisatorisk er dette ei vidareføring av gjeldande organisasjonsmodell.

Det er nødvendig å styrke evne/kapasitet til overordna arbeid. Dette gjeld særleg i høve til mange tunge drifts- og utviklingsoppgåver i arbeidet med etablering av ny helse- og omsorgstrapp – på alle 6 nivå på kort og lang sikt – samt kontinuerleg utvikling av tenestene (t.d. organisasjonsutvikling, førebyggjande arbeid, samarbeid med frivillige, demensomsorg, dagtilbod, kvalitetsstandardar, informasjonsstrategi, etablering av korttidsavdeling, kompetanseutvikling, samhandling internt og eksternt, Gerica, KOSTRA, IKT, omsorgsteknologi, leiarutvikling/støtte til leiarar, IPLOS, utgreiingsarbeid mm.).

Tiltak 1.4 – Leiarutvikling

Kva: Starta opp leiarutviklingsprogram for leiarar innan heile tenesteområde.

Kvifor: Godt leiarskap er kanskje den viktigast faktoren for kvaliteten på arbeidet med drift og utvikling av tenestene. Eit felles utviklingsprogram gjev grunnlag for godt samarbeid. Viktig føresetnad for samhandling at leiarar frå heile tenesteområde (Pleie- omsorg, Helse, ATS) er godt kjende og samkjørte.

Tiltak 1.5 – Demensomsorg (i sjukeheim)

Kva: Det vert vidareført ei demensgruppe ved sjukeheimen i Gaupne og ei gruppe ved sjukeheimen i Luster - begge med 8 brukarar. Vidare samla/heilskapleg utvikling av demensomsorga vert vurdert særskild – jf tiltak 3.1.

Kvifor: Det vert lag til grunn at det på kort sikt er behov for ca 16 langtids demensplassar i sjukeheim. Dei etablerte gruppene i Gaupne og Luster vert difor vidareført. Ved styrking av heimetenesta, dagtilbod og auka moglegheit for å bu heime eller heildøgns omsorg i omsorgsbustad, vert det forventat at behovet for langtidsplassar i sjukeheim kan reduserast.

Det er klare nasjonale føringar om auka satsing på demensomsorg og kommunane skal innan 2015 ha bygd opp eit godt og heilskapleg tilbod. Det er her mange faktorar som må vurderast særskild, og dette vil bli gjort i eige utgreiings-/prosjektarbeid (jf tiltak 3.1).

Tiltak 1.6 – Gradvis overgang til korttidsavdeling

Kva: Med grunnlag i faglege vurderingar vert det lagt opp til ein gradvis overgang til korttidsavdeling ved at korttidsopphald vert styrt til Gaupne.

Kvifor: Etablering av ny korttidsavdeling (nivå 4) er viktig for heilskapen i ny helse- og omsorgstrapp. For at avdelinga skal kunne etablerast innan sommaren 2011/utgangen av 2011 bør ein så tidleg som mogleg starte arbeidet med å styre korttidsopphald til Gaupne.



8.3.2 Steg 2 - innan sommaren 2011/utgangen av 2011:

Det vert lagt til grunn at ny organisering og leing av tenestemråde pleie- og omsorg er på plass frå sommaren 2010/utgangen av 2010, og at ein etter dette går vidare med nye tiltak.

Tiltak 2.0 – Kvalitetsstandardar

- Kva:** Politisk handsama og vedtekne kvalitetsstandardar og tenesteskildringar.
- Kvifor:** Definere/avklare kva kvalitetsnivå tenestene skal ligga på. Nødvendig grunnlag for arbeidet med informasjon om tenestetilbodet til innbyggjarane og tildeling av tenester.

Tiltak 2.1 – Samla informasjonsstrategi

- Kva:** Tenestetilbodet innan helse- og omsorg vert presentert samla på kommunen si heimeside, og dette vert grunnlag for utarbeiding av brosjyrar, infomateriell mm.
- Kvifor:** Samla og lett tilgjengeleg informasjon om tenestetilbodet, kriteria for tildeling, søknadsskjema, prosedyrar, vedtak, klagerett osv.

Tiltak 2.2 – Førebyggjande tiltak

- Kva:** Vidareføring og vidareutvikling av førebyggjande tiltak som t.d. balansegrupper, i 100 mot 100, den kulturelle spaserstokken, inn på tunet. Utvikling og innføring av system med heimebesøk til eldre på 75 år. Vurdering av andre/nye tilbod.
- Kvifor:** Styrke det førebyggjande arbeidet.

Tiltak 2.3 – Samarbeid med frivillige lag og organisasjonar

- Kva:** Vidareføre og vidareutvikle samarbeidet med frivillige lag og organisasjonar.
- Kvifor:** Positiv bruk av viktige ressursar i lokalsamfunnet.

Tiltak 2.4 – Korttidsavdeling

- Kva:** Etablert korttidsavdeling med 8 plassar for avlastning, utredning, rehabilitering og behandling i sjukeheimen i Gaupne.
- Kvifor:** Etablere eit robust fagmiljø som kan gje profesjonelt/kvalitativt godt tenestetilbod. Nytt og viktig/naudsynt nivå i ny helse- og omsorgstrapp (nivå 4). Godt grunnlag for avlastning, opptrening, mottak frå sjukehus, og for å ev behandle meir i eigen kommune. Viktig for å rekruttere og behalde kompetanse, og som eit utviklingsretta kompetansemiljø. Viktig med nærheit til Helsesenteret.



8.3.3 Steg 3 - innan sommaren 2012/utgangen av 2012:

Tiltak 3.0 – Kartlegging av bygningsmasse og behov

Kva: Gjennomført kartlegging av:

- kommunen sin bygningsmasse (med fokus på bygningar som kan nyttast til omsorgsbustader) og
- aktuelle innbyggjarar sine ynskje om framtidig bustad (kor ynskjer ein å bu, i kva type bustad).

Kvifor: Finne status i høve kva bygningsmasse kommunen har (tal, type, status osv) og framtidig behov for bustader i helse- og omsorgstenesta. Dette som grunnlag for arbeidet med å bygge opp/styrke nivå 2 og 3 i ny helse- og omsorgstrapp, og under dette vurdering av ev oppussing, ombygging og/eller ytterlegare nybygging i heile kommunen.

Tiltak 3.1 – Utgreiing og vurdering av framtidige tiltak.

Kva: Gjennomført utgreiing med samla vurdering av:

1. etablering av heildøgns omsorg i omsorgsbustad (med basisbemanning)
2. framtidig demensomsorg – (ev utarbeiding av samla kommunal demensplan)
3. dagtilbod for eldre
4. transportteneste (kjøp av teneste og/eller eiga drift)
5. andre aktuelle tiltak for styrking av nivå 0 og nivå 1 i helse- og omsorgstrapp

Kvifor: I arbeidet med utvikling av tenestetilbodet/etablering av ny helse- og omsorgstrapp er det viktig med grundige vurderingar før det vert konkludert. Dette gjeld både i høve samla tenestetilbod og økonomiske konsekvensar.

Tiltak 3.2 – Førebuing for ombygging og omlegging på Hafslo

Kva: Gradvis frigjering av sjukeheimsplassar på Hafslo.

Kvifor: Førebuing for ombygging av sjukeheimsplassar og overgang til 16 sjukeheimsplassar for langtidsopphald innan utgangen av 2013.



8.3.4 Steg 4 - innan sommaren 2013/utgangen av 2013:

Tiltak 4.0 – Styrking av kapasiteten på omsorgsplass og omsorgsbustad på Hafslo.

Kva: 8 sjukeheimplassar i sjukeheimen på Hafslo vert gjort om til 4-6 omsorgsplassar, og det vert vurdert bygd 2-4 nye bustader, slik at ein får 6-10 nye bueiningar.

Kvifor: Under føresetnad av at kapasiteten på omsorgsbustad og omsorgsplassar (nivå 2 og 3) vert styrka – samt etablering av korttidsavdeling (nivå 4) – kan ein gå frå dagens 24 til 16 langtids sjukeheimplassar ved sjukeheimen på Hafslo (nivå 5).

Ved å styrke nivå 2 og 3 på Hafslo vil ein få ein betre balanse og heilskap i tenestetilbodet, og dermed eit betre grunnlag for individuelt tilpassa tenestetilbod. Ein vil med dette ha ei trapp med omsorgsbustader (nivå 2 og 3), omsorgsplassar (nivå 2 og 3) og sjukeheimplassar for langtidsopphald (nivå 5) ved alle tre sjukeheimane. Dette gjev 3 heilskapelege omsorgssenter.

Ombygging og nybygging på Hafslo er planlagt og kostnadsrekna slik (med atterhald):

- Ombygging av 8 rom til omsorgsplassar kostar ca kr 500.000 pr rom (tot 2 mill.).
- Nye omsorgsbustader (tilbygg) er kostnadsrekna til ca 1,5 – 1,75 mill. pr bustad.

I ei samla vurdering av ev ombygging og nybygging må ein ta med konklusjonar frå utgreiingsarbeidet i tiltak 3.0. I dette ligg at ein gjennomgang av status og behov kan syne at ein har tilstrekkeleg med bustader som kan nyttast til å styrke nivå 2 og 3.



Tiltak 4.1 – Tal sjukeheimsplassar og plassar med heildøgns tenester

Kva: Ved gradvis overgang vert det lagt opp til at samla kapasitet sjukeheimsplassar for langtidsopphald og plassar med heildøgns teneste - nivå 3, 4 og 5 i ny helse- og omsorgstrapp – vert slik innan sommaren 2013/utgangen av 2013:

Sjukeheimsplassar for langtidsopphald – nivå 5:

Hafslo: 16 plassar (jf tiltak 4.0).

Luster: 24 plassar

Gaupne: 16 plassar

Totalt : 56 plassar

Korttidsavdeling – nivå 4 (jf tiltak 2.4):

Gaupne: 8 plassar

Omsorgsplassar – nivå 3 (NB! Kan og nyttast på nivå 2):

Hafslo: 8 plasser (Avhengig av bygging. Kan ev skje stegvis over noko lengre tid).

Luster: 8 plassar.

Gaupne: 8 plassar.

Totalt: 24 plassar

Ein vil med dette ha totalt 88 sjukeheimsplassar eller omsorgsplassar med heildøgns teneste. Om ein tek utgangspunkt i føring om ein dekningsgrad på 25% for eldre over 80, bør ein i Luster i 2012 ha ca 77 plassar. Ein vil difor støtte den føringa med god margin.

Omsorgsplassane kan nyttast fleksibelt og om behova tilseier det bør dei primært nyttast på lågare nivå (nivå 2) med tenester frå heimetenesta (LEON prinsippet). Omsorgsplassane gjev eit godt grunnlag for behovsretta tilpassing av tenestilbodet.

Kvifor: Samla god dekning av sjukeheimsplassar og plassar med heildøgns tenester i heile kommunen. Etablering av korttidsavdeling og styrking av nivå 0, 1, 2 og 3 gjev god balanse, godt grunnlag for førebygging og individuell tilpassing av tenestilbodet.

Ein har med dette gått frå dagens 72 til 56 sjukeheimsplassar for langstidsopphald. Samstundes er det etablert ny korttidsavdeling med 8 plassar, og det er innført moglegheit for heildøgns tenester ved alle 24 omsorgsplassane.



8.4 Tiltak på lang sikt (2014 – 2021)

I 12 års perioden fram mot 2021 må det arbeidast aktivt med å etablere tenestilbodet i høve til 6 nivå i ny helse- og omsorgstrapp. I dette ligg at ein i høve **kvalitet og kapasitet** etablerer eit samla tenestetilbod som kan møte framtidige utfordringar.

Tiltaka på lang sikt vert difor skildra pr nivå i omsorgstrappa.

Samstundes som ein må planlegge på lang sikt, vil usikkerheita auka jo lenger fram ein går. Dette gjeld særleg endra rammer som nasjonale føringar, lokale prioriteringar, økonomi osv. Dette må likevel kombinerast med ein klar retning på utviklingsarbeidet.

I tillegg til endra rammer, vil tiltak på dei ulike nivå vere avhengig av utgreiingsarbeid, vurderingar og særskilde vedtak som vert gjort i perioden 2010 – 2013. I sum gjer dette at det vil vere vanskeleg – og truleg ikkje fornuftig – å tidfeste tiltaka på lang sikt.

I tillegg til tiltaka som er skildra under, vil det bli arbeidd vidare med dei kortsiktige tiltaka (1.0 – 4.1). Det må og vurderast om nokre av tiltak skildra under bør innførast før 2014.

Tiltak nivå 0: Grunnmuren - eit godt samfunn.

- Kva:
- Etablering av dagsenter for eldre (avhengig av utgreiing/vedtak, jf tiltak 3.1).
 - Etablering av transportteneste (avhengig av utgreiing/vedtak, jf tiltak 3.1).
 - Vidareutvikling av demensomsorg (avhengig av utgreiing/vedtak, jf tiltak 3.1).
 - Vidareutvikle eit individuelt tilpassa dagtilbod til ulike grupper yrkeshemma.

Tiltak nivå 1: Heimeteneste i eigen heim.

- Kva:
- Vurdering og ev innføring av ny omsorgsteknologi.
 - Aktiv og systematisk bruk av IPLOS som grunnlag for tildeling av tenester.
 - Auka førebyggjande bruk av lege, fysioterapi, ergoterapi og psykisk helesteam.
 - Vidareutvikling av demensomsorg (avhengig av utgreiing/vedtak, jf tiltak 3.1).
 - Fleksibel og behovsavhengig bruk av tenesteytarar.
 - Organisering av tenesteytarar i *tverrfaglege arbeidslag* etter brukarbehov (særleg til brukarar med samansette behov og individuell plan).

Tiltak nivå 2: Heimeteneste i omsorgsbustad eller omsorgsplass.

- Kva:
- Utvida bruk av omsorgsbustader (avhengig av utgreiing, jf tiltak 3.1).
 - Bygging av nye omsorgsbustader (avhengig av utgreiing, jf tiltak 3.0).
 - Vidareutvikling av demensomsorg (avhengig av utgreiing, jf tiltak 3.0 og 3.1).
 - Organisering av tenesteytarar i *tverrfaglege arbeidslag* etter brukarbehov.
 - Fleksibel og behovsavhengig bruk av omsorgsplassane.



Tiltak nivå 3: Heildøgns teneste i omsorgsbustad eller omsorgsplass.

- Kva:
- Vidareføring av 24 omsorgsplassar/bustad med heildøgns teneste, med slik fordeling:
 - Hafslo: 8 plassar
 - Luster: 8 plassar
 - Gaupne: 8 plassar
 - Innføring og auka bruk av heildøgns teneste (døgnkontinuerleg med bemanning) i omsorgsbustad (avhengig av utgreiing, jf tiltak 3.1).

Tiltak nivå 4: Tidsavgrensa opphald i korttidsavdeling.

- Kva: Utvida kapasitet i korttidsavdelinga opp mot 16 plassar (avhengig av behov).

Tiltak nivå 5: Langtidsopphald i sjukeheim.

- Kva: Totalt 48 sjukeheimsplassar for langtidsopphald, med slik fordeling:
- Hafslo: 16 sjukeheimsplassar
 - Luster : 24 sjukeheimsplassar
 - Gaupne: 8 sjukeheimsplassar

Samla kapasitet:

Med grunnlag i tiltaka over vil samla kapasitet og dekningsgrad for eldre over 80 år vere den same i 2020 som i 2013, dvs totalt 88 sjukeheimsplassar/plassar med heildøgns teneste. 25% dekningsgrad tilseier 70 plassar i 2020, og ein vil slik stette denne føringa med god margin.

Om ein tek med tilbod om heildøgns tenester til brukarar under 80 år, vil vi som minimum kunne tilby inntil 8 plassar. Ein vil da ha totalt 96 sjukeheimsplassar/plassar med heildøgns teneste, og 28% dekningsgrad tilseier 88 slike plassar i 2020. Det må understrekast at omsorgsplassane også kan nyttast på nivå 2, og at desse kan nyttast fleksibelt etter behov.

Samstundes må det leggst til grunn at oppbygginga av ei ny helse- og omsorgstrapp – med styrking av nivå 0, 1, 2, 3 og 4 – vil redusere presset mot sjukeheimane. Ikkje minst vil ein ved å byggje opp ei god korttidsavdeling (nivå 4) få eit nytt og godt grunnlag for å førebyggje (ved avlasting og rehabilitering) og behandle.

Eit hovudspørsmål er om ein i 2021 har etablert eit godt grunnlag for å møte den store veksten som kjem frå 2025 og framover. Sjølv om det er knytt stor usikkerheit til planleggings på lang sikt, bør det leggst til grunn at følgjande tiltak vil gje eit godt grunnlag:

- Tydelege kvalitetsstandardar og tildelingsprosessar.
- Aktivt og systematisk arbeid med førebygging, rehabilitering og behandling.
- Sterk og fleksibel heimeteneste, og gode dagtilbod.
- Omsorgsplassar kan nyttast fleksibelt mellom nivå 2 og 3 og kan ved behov først tilbake til tradisjonelle sjukeheimsplassar for langtidsopphald på nivå 5.
- Kapasitet og dekningsgrad på nivå 3, 4 og 5 kan enkelt aukast opp mot 100 (behov ved ca 28% dekningsgrad i 2030), ved å etablere heildøgns tenester i omsorgsbustader.



9. Konsekvensar

Kapitla under tek føre seg tiltak der ein kan sjå at tiltaket har administrative og økonomiske konsekvensar av eit visst omfang på kort sikt. Andre tiltak som har konsekvensar, men av mindre omfang og på lang sikt, er ikkje konkretisert.

9.1 Administrative konsekvensar

Steg 1: Innan sommaren 2010/utgangen av 2010:

Administrative konsekvensar av tiltak:

- 1.0 - Ei heimeteneste.
- 1.1 - Ei sjukeheimsteneste.
- 1.2 - Felles overordna leing.
- 1.3 – Styrking av helse- og omsorgstenesta på kommunenivå.

1. Det vert etablert 2 nye tenesteeiningar i staden for dagens 3 einingar/3 omsorgssoner. Administrativt organisasjonskart og administrativt delegeringsreglement vert endra, slik at leiarane av dei 2 nye einingane får mynde på line med andre einingsleiarar.
2. Detaljutforminga av ny organisering må vurderast og gjennomførast i eige prosjekt (jf punkt 4 under) – med grunnlag i følgjande føringar:
 - Heimetenesta vert organisert i arbeidslag som så langt som mogleg tek i vare behovet for fleksibilitet, samstundes som nærleiken til brukarane vert vidareført. Det skal planleggast med at heimetenesta vert eitt felles turnusområde.
 - Sjukeheimstenesta vert organisert i 3 avdelingar, ei avdeling pr sjukeheim. Kvar avdeling vert leia av avdelingsleiar. I sjukeheimane bør ein truleg etablere ein eller fleire funksjonar med fagansvar. Detaljar i høve dette må vurderast særskild. Det skal planleggast med at kvar sjukeheimsavdeling vert eit turnusområde.
 - Leiar av heimetenesta og sjukeheimstenesta får kontor og administrativt/merkantilt støtteapparat i Gaupne. Det vert med dette lagt opp til ei sentralisering av administrativt/merkantilt arbeid, med målsetjing om at innleige av vikarar og anna administrativt og merkantilt arbeid vert gjort sentralt.
 - Helse- og omsorgstenesta vert styrka med rådgjevarfunksjon lokalisert til rådhuset. Rådgjevar vil inngå i rådmannen sin stab.
3. Framtidig leiarstruktur vil med dette få 6 leiarar, pluss eit ukjent tal leiarar av arbeidslag i heimetenesta. Om ein legg til grunn at dette vert 4-6 vil ein få 10-12 leiarar. Ein har i dag 3 soneleiarar, 3 avdelingssjukepleiarar og 10 gruppeleiarar, til saman 16 leiarar.
4. Det vert sett i gang eit prosjektarbeid tidleg i 2010 som skal detaljutforma ny organisasjon. I dette arbeidet må alle detaljar i høve endringar (nye stillingsstrukturar/bemanningsplanar, turnusar osv) og innsparingar konkretiserast.
5. Omlegginga frå dagens sonedelte organisasjon til ny organisering vert ein krevjande prosess som må gjennomførast i 2010 i høve til formelle krav i lov og avtaleverk. Parallelt med at ny organisasjon vert detaljutforma, må dagleg drifta gå som normalt.



Steg 2 – innan sommaren 2011/utgangen av 2011:

Administrative konsekvensar av tiltak:

- 2.0 - Kvalitetsstandardar
- 2.1 - Samla informasjonsstrategi
- 2.4 - Korttidsavdeling i Gaupne

1. Ved utarbeiding av nye kvalitetsstandardar må ein klargjere nivå på tenestetilbodet, som m.a. er avgjerande for ressursbruk. Kvalitetsstandardar må vedtakast politisk og vil vere grunnlaget for utarbeiding av tenesteskildringar. Dette arbeidet er viktig og vil krevje administrativ og fagleg kompetanse og kapasitet på kommunenivå. I dette ligg m.a. utarbeiding av eit godt faktagrunnlag basert på IPLOS (kunnskap om brukarane, Gerica (kunnskap om tenestetilbodet) og KOSTRA (kunnskap om ressursbruk).
2. Kvalitetsstandardar og tenesteskildringar vert grunnlaget for ny og samla informasjonsstrategi. God/tydeleg informasjon om kva tenester ein kan få, korleis ein går fram for å få klagerett osv er sær viktig i høve forventningane til innbyggjarane og ryddig forvaltning. Dette arbeidet, samt kontinuerleg oppdatering, må gjerast på kommunenivå.
3. Ved etablering av ny korttidsavdeling i Gaupne vert 8 plassar låst for korttidsopphald (nivå 4). Ein går da går frå dagens 72 til 64 plassar for langtidsopphald. Detaljutforminga i høve kompetansesamansetjing mm må avklarast i same prosjekt som for tiltaka i steg 1.

Steg 3 – innan sommaren 2012/utgangen av 2012:

Administrative konsekvensar av tiltak:

- 3.0 - Kartlegging av bygningsmasse og behov.
- 3.1 - Utreiing og vurdering av framtidige tiltak.
- 3.2 - Førebuing for ombygging og omlegging på Hafslo.

1. Kartlegging av bygningsmassen og behov krev eit administrativt utgreiingsarbeid der ein må skaffe oversikt over bustader, status mm, og der ein t.d. kan spørje aktuelle innbyggjarar kva ynskje dei har om framtidig bustad (stad og type).
2. Utreiing av framtidige tiltak vil krevje administrativt utgreiingsarbeid, som ev. kan bli fylgt opp med utarbeiding av eigen demensplan (eige prosjektarbeid).
3. For å kunne starte ombygging av 8 sjukeheimplassar må det frigjerast rom. Dette må skje gradvis fram mot utgangen av 2012. Dette vert og ein del av prosessen med overgang frå 24 til 16 langtids sjukeheimplassar (nivå 5) på Hafslo, samstundes som kapasiteten i høve omsorgsplassar og omsorgsbustader (nivå 2 og 3) vert styrka innan utgangen av 2013.

Steg 4 – innan sommaren 2013/utgangen av 2013:

Administrative konsekvensar av tiltak:

- 4.0 - Styrking av omsorgsplass og omsorgsbustadkapasiteten på Hafslo
- 4.1 - Samla tal sjukeheimplassar og plassar med heildøgns tenester.

1. Ombygging og nybygging på Hafslo vert eit vanleg byggjeprojekt.
2. Den administrative/faglege tildelinga av tenester må – på eit fagleg grunnlag – bidra til ein gradvis overgang til ny kapasitet og kvalitet i tenestetilbodet.



9.2 Økonomiske konsekvensar

Steg 1: Innan sommaren 2010/utgangen av 2010:

Økonomiske konsekvensar av tiltak:

1. Nye betalingsattsar
2. Ny organisering

Som ei oppfølging av kommunestyret sitt vedtak den 16.12.08 (sak 115/08) vil det bli utarbeidd eige sak med framlegg til nye betalingsattsar. Denne vil kome til politisk handsaming hausten 2009. Om ein tek utgangspunkt i nivået i andre kommunar ("gjengs" nivå er formuleringa i vedtaket i sak 115/08) kan dette gje følgjande auke i inntekter:

- Auka husleigestsar: ca kr 1 mill pr år
- Auke eigenbetaling heimetenester: ca kr 140.000 pr år

Ved ny organisering vert det forventa at ein som følgje av større einingar kan få ein samla reduksjon i tal stillingar. I dette ligg at der ein dag arbeider i 3 separate einingar/soner, kan ein ved å arbeide saman i heile kommunen få ei meir rasjonell drift. Korleis dette vert konkret må avklarast i eige prosjekt. Reduksjon i tal stillingar må skje ved inndraging av vakansar.

- Innsparing pr stilling: ca kr 500.000 pr år (inkl. arbeidsgjevaravgift, pensjon og vikar).

Steg 2 – innan sommaren 2011/utgangen av 2011:

Økonomiske konsekvensar av tiltak:

1. Nye kvalitetsstandardar:
2. Ny korttidsavdeling:

Nye kvalitetsstandardar vert eit viktig grunnlag for tildeling av tenester og dermed ressursbruk. Ein må i dette arbeidet synleggjere økonomiske konsekvensar av ulike kvalitetsnivå, slik at ein politisk kan velje nivå – også utifrå eit økonomisk perspektiv.

Det vert planlagt med at 8 plassar ved Gaupne omsorgssenter vert låst til bruk som korttidsavdeling. Sidan ein i dag ikkje veit kostnadane ved etablering av ei slik avdeling, under dette heller ikkje ev statelege overføringar, kan ein ikkje konkretisere økonomiske konsekvensar. Det er forventa at samhandlingsreforma vil gje ei avklaring på dette. Uavhengig av samhandlingsreforma vil det – av omsyn til heilskap og balanse i tenestetilbodet – vere viktig å etablere faste korttids plassar. Ambisjonsnivå i høve kapasitet og kvalitet i ny korttidsavdeling må til ei kvar tid tilpassast gjeldande rammer.

Steg 3 – innan sommaren 2012/utgangen av 2012:

Økonomiske konsekvensar av tiltak:

1. Utgreiing av framtidige tiltak:

Denne utgreiinga vil konkretisere tiltak for styrking av nivå 0, 1, 2 og 3 i ny helse- og omsorgstrapp, under dette økonomiske konsekvensar av nye tiltak. Iverksetjing av nye tiltak vil truleg medføra auka kostnader, som primært skal takast ved anna bruk av tildelte midlar.



Steg 4 – innan sommaren 2013/utgangen av 2013:

Økonomiske konsekvensar av tiltak:

1. Styrking av omsorgsplass og/eller omsorgsbustadkapasiteten på Hafslø.
2. Samla tal sjukeheims plassar og plassar med heildøgns tenester.

Tiltaket krev prioritering i økonomiplan/planleggingsprogrammet for den aktuelle perioden. Prosjektet er tidlegare (i 2006) kostnadsrekna slik:

- Ombygging av 8 rom til 4 omsorgsplassar kostar ca kr 500.000 pr rom (tot 2 mill.).
- Nye omsorgsbustader (tilbygg) er kostnadsrekna til ca 1,5 – 1,75 mill. pr bustad.

Målsetjinga er at ein i steg 4 kjem ned på 56 plassar for langtidsopphald og etablerer 8 plassar i korttidsavdelinga. Ein vil med dette gå ned frå dagens 72 til 64 sjukeheims plassar.

- Reduksjon på 8 plassar for langtidsopphald utgjer ca 4,8 mill. (ca kr 600 000 pr plass).

Kostnader ved etablering av ny korttidsavdeling og styrking av plassar med heildøgns tenester er ukjent. Det er difor ikkje mogleg å konkretisere ev innsparing. Det må likevel leggst til grunn at ein vil få ein reduksjon i tal plassar for langtidsopphald som kan gje ei innsparing.

Økonomiske konsekvensar – oppsummering av hovudpunkt:

På kort sikt:

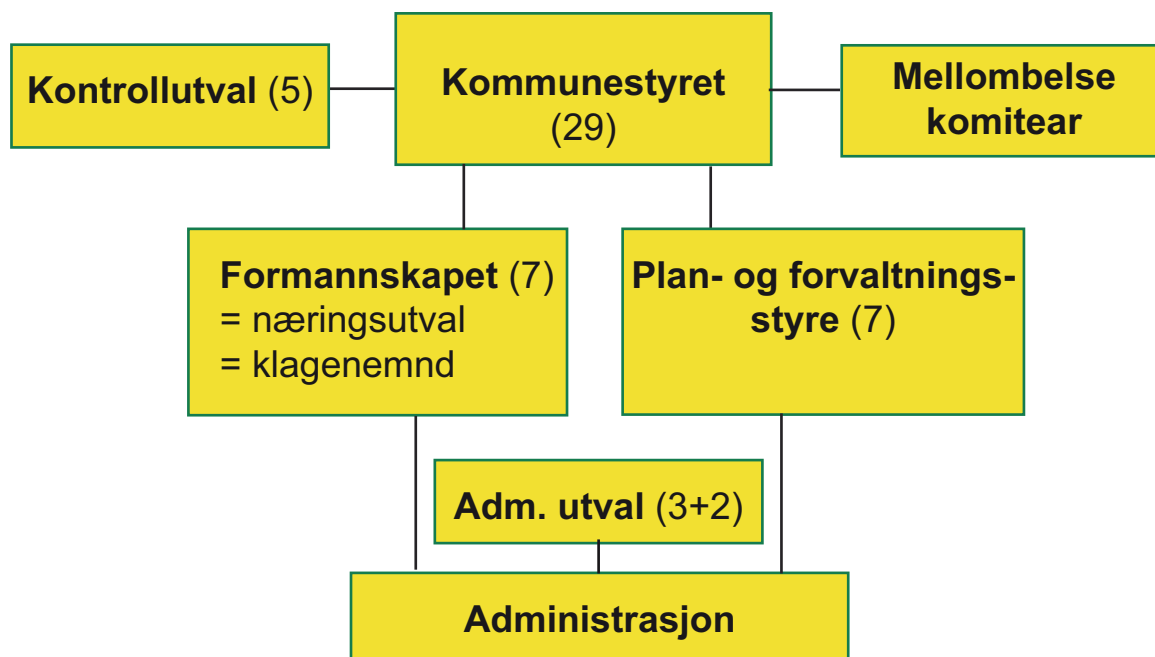
- Auka betalingssatsar.
- Større einingar kan gje ein meir kostnadseffektiv drift med behov for færre stillingar.
- Folketalsutviklinga vil fram til 2020 gje redusert behov for langtids plassar (nivå 5).
- Reduksjon på 8 sjukeheims plassar for langtidsopphald (nivå 5) innan utgangen av 2013. Samstundes må nivå 0-4 truleg styrkast, slik at netto innsparing vert redusert.

Detaljar i høve økonomiske konsekvensar på kort sikt vil bli konkretisert i eige prosjekt våren 2010. I dette arbeidet kan og konsekvensar av samhandlingsreforma takast med.

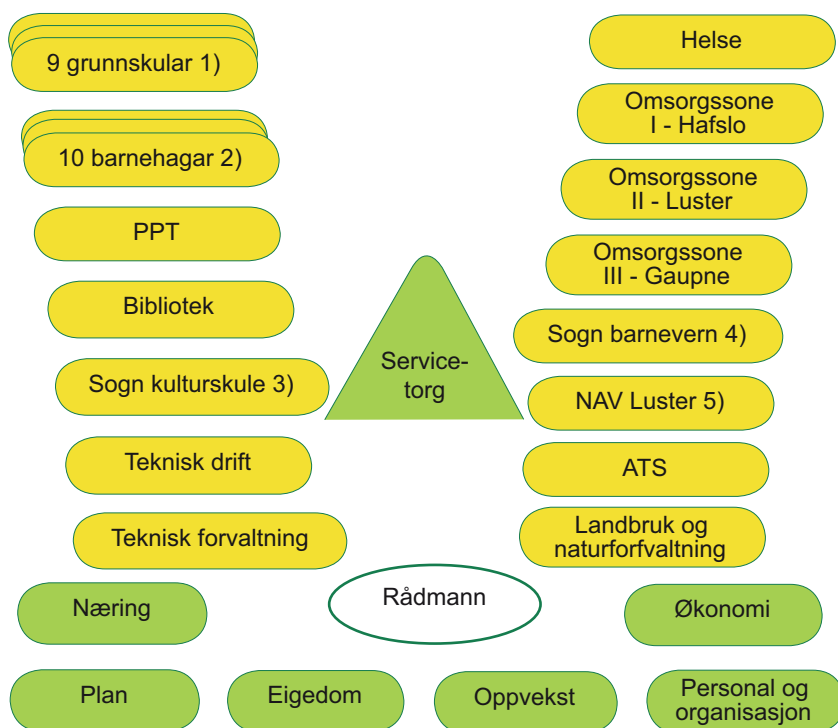
På lang sikt:

- Ei gradvis styrking av nivå 0-4 i helse- og omsorgstrappa gjev grunnlag for gradvis reduksjon av tal langtids plassar i sjukeheim – nivå 5. Ressursbruken kan dermed omfordelast frå nivå 5 til nivå 0-4. Dette kan gje grunnlag for redusert ressursinnsats.

Politisk organisasjonsmodell



Innbyggjarar og tenestemottakarar



Administrativ organisasjonsmodell

Gul = Tenesteeiningar (32). Desse yter primært tenester til innbyggjarane i kommunen.

Grøn = Stabseiningar (7). Desse bistår rådmannen i hans arbeid, dels utad, dels i høve tenesteeiningane og dels i høve kommunen sine politiske organ.

Rådmannen har - på stabsnivået - peika ut "kontaktpersonar" for samtlige tenesteeiningar.

1) Kommunen har 9 skular og alle rektorane rapporterer til rådmannen (kontaktperson). Skulane er: **Skjolden skule, Dale skule, Gaupne skule, Hafslo barne- og ungdomsskule, Jostedal skule, Indre Hafslo skule, Luster ungdomsskule, Solvorn skule, Veitastrand skule.**

2) Kommunen har 10 barnehagar og alle styrarane rapporterer til rådmannen (kontaktperson). Barnehagane er: **Skjolden barnehage, Gamlestova barnehage, Gaupne barnehage, Grandmo barnehage, Hafslo barnehage, Indre Hafslo barnehage, Jostedal barnehage, Luster barnehage, Solvorn barnehage, Veitastrand barnehage.**

3) Interkommunal. Leikanger er vertskommune.

4) Interkommunal. Sogndal er vertskommune.

5) Partnerskap stat - kommune.