

Fra sykehjemspasient til bombolimfer

Skisse til plan for nytt innhold og ny
organisering av pleie- og
omsorgstjenestene i Bjugn kommune

Botngård 3.7.2007

1 Innledende betraktninger

1.1 Bakgrunn

I pleie og omsorgstjenesten i Bjugn er det i dag en reell knapphet på plasser i boform for fast heldøgns pleie og omsorg.

I det somatiske primærhelsestellet har kommunen i dag intet annet tilbud enn sykehjemsplass til brukere med behov for slik boform. Sykehjemmet har 62 normerte plasser.

Gjennomsnittelig belegg på sykehjemmet var 67 pasienter i de tre første månedene i 2007. For den hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenesten registreres en voksende arbeidsmengde med å kunne yte fullgode tjenester til alle de hjemmeboende pleietrengende som bor i egen bolig. Enkelte mottakere av hjemmebaserte tjenester i omsorgsbolig, trygdebolig eller egen bolig per forsommeren 2007, er vurdert å ha større samlet pleie- og tjenestebehov enn mange av de tjenestemottakere som i dag bor i sykehjem med permanent plass

Bjugn kommune er i dag utpreget institusjonsorientert i sitt pleie- og omsorgstilbud. Av pleie- og omsorgstjenestenes netto driftsutgifter medgår 59% til institusjonstjenester, 44% til hjemmetjenester og 4% til aktivisering. Samme utgiftsfordeling i andre utvalg av landets befolkning fremgår av tabell 1.

<i>Fordeling av netto driftsutgifter</i>	<i>Hjemmetjenester</i>	<i>Institusjonstjenester</i>	<i>Aktivisering</i>
Bjugn	37 %	59 %	4 %
Ørland	40 %	52 %	8 %
Åfjord	44 %	52 %	4 %
Re	86 %	13 %	1 %
Kommunegruppen	44 %	52 %	3 %
Fylket	45 %	49 %	5 %
Landet	46 %	49 %	5 %

Tabell 1: Fordeling av utgifter til tjenestetyper i pleie- og omsorgstjeneste.

Bjugn kommune hadde i 2006 23,1 plasser i boform for fast heldøgns pleie og omsorg per 100 innbyggere over 80 år. Dette er alt sammen sykehjemsplasser.

Denne verdien for Bjugn kommune er høyere enn landsverdien for sykehjemsdekning per 100 innbyggere over 80 år (17,7), høyere enn verdien for sykehjemsdekning i alle norske kommuner med mellom 2000 og 5000 innbyggere (19,1), og høyere enn verdien for denne størrelsen i Sør-Trøndelag (19,7). Av Fosen-kommunene har bare Ørland (29,0) høyere verdi for denne størrelsen enn Bjugn. I kommunene Mosvik (14,8), Leksvik (15,4), Osen (17,0), Rissa (19,3), Åfjord (20,2) og Roan (22,3) er verdien for denne størrelsen lavere enn i Bjugn. Verdien for denne størrelsen i Trondheim er 19,3.

Noen kommuner i Norge har et svært lavt antall institusjonsplasser, 4 - 7 plasser per 100 innbyggere over 80 år, og bruker konsekvent sine sykehjemsplasser bare til korttidsopphold. Ofte er det i disse kommunene ledige institusjonsplasser til enhver tid. Disse kommunene satser gjennomgående på oppbygging av medisinsk faglig spisskompetanse hos sykepleierne og andre som jobber ved korttids plassene. Disse kommunene har ikke store vansker med å ta hjem utskrivingsklare fra sykehusene.¹

¹ Kvaase-utvalget, Sosial- og helsedirektoratet 1999.

1.2 Innledende faglige betraktninger

Et hensiktsmessig og faglig tilfredsstillende kommunalt pleie- og omsorgstilbud krever ikke nødvendigvis høy grad av sykehjemsdekning.

Forskning² finner at hjemmetjenesteorienterte kommuner som har satset på effektiv bruk av korttidsplasser i sykehjemmene, har lavere ressursinnsats per innbygger til omsorgstjeneste enn kommuner med høy institusjonsdekning. Likevel når hjemmetjenestekommunene flere med sine tilbud, og til en minst like god kvalitet, sammenlignet med institusjonsorienterte kommuner. Tjenester på nivå med langtidsplass i sykehjem ytes i hjemmetjenestekommunene i boliger med tilstrekkelig nærhet til kompetanse og bemanning.

Organisering av omsorgstjenestene i effektiv og god hjemmetjeneste krever grundig tilpasning av hus, arbeidsrutiner og tjenesteinnhold. Det er nødvendig med bofasiliteter som gir enkel mulighet for individuelt tilpasset tjenesteyting til tjenestemottakerne, og enkel mulighet for endringer i tjenesteinnholdet i samsvar med endringer i behovet. Boliger og tjenester vil måtte innrettes slik at det kan forutsettes at pleie og omsorg skal ytes i tjenestemottakers bolig, at boligen ikke skal ligge i institusjon, og at boligen skal være egnet til å bo i livet ut, også når sviktende helse, redusert funksjonsevne og tapt egenomsorgsevne krever omfattende pleieinnsats.

1.3 Behovsestimater og anbefalinger

Eldrepopulasjonen i Bjugn kommune vil vokse vesentlig i løpet av de neste 20 år. Veksten vil forholdsmessig være størst i aldersgruppen 67-79 år. Denne vil vokse jevnt til 2025, og vil da omfatte over 750 personer, 50% flere enn i dag.

Den store veksten i den samlede gruppen innbyggere over 80 år vil først komme etter 2020. Andelen personer i denne gruppen vil fram til da holde seg omtrent på dagens nivå, for så å vokse med rundt 20% i perioden fra 2020 til 2025. Andelen innbyggere over 90 år vil vokse jevnt fram mot 2020, og vil da være 40% større enn i dag, for så å flate noe ut.

I 2025 vil gruppen av alle over 80 år i Bjugn omfatte rundt 325 personer. I 2006 var det 268 personer i denne gruppen. I 2020 vil aldersgruppen over 90 år omfatte rundt 50 personer. I 2006 var det 37 bjugninger over 90 år.

Rådmann og kommunelege 1 anbefaler at Bjugn kommune i samsvar med sterke sentrale føringer etablerer dagsenter som permanent pleie- og omsorgstilbud i kommunen. Senteret må gi faglig funderte og ordnete aktiviserings- og servicetilbud og helsetjenester til hjemmeboende brukere. Etablering av et slikt tilbud vil forebygge passivitet, isolasjon, ensomhet og angst, og gi mange brukere mulighet til å bo i sin originale bolig til tross for skrantende helse og tiltakende omsorgsbehov. Rådmann og kommunelege 1 estimerer at det er behov for at dagsenteret kan gi tjenester innvilget i enkeltvedtak til 30 brukere daglig.

Rådmann og kommunelege 1 estimerer det umiddelbart aktuelle behovet for plasser i hensiktsmessig boform for heldøgns pleie og omsorg til 16 plasser. Framskrevne tall for befolkningsutviklingen antyder at behovet ikke vil vokse vesentlig utover dette før etter 2020.

Rådmannen og kommunelege 1 anbefaler at slike plasser etableres ved nyanlegg av betjente omsorgsboliger med fellesareal, lanserer benevnelse av denne boformen med akronymet

² Borge og Haraldsvik: Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Senter for økonomisk forskning AS, 2005.

bombolimf, og anbefaler at denne boformen søkes etablert som kjernetilbudet til brukere med behov for heldøgns pleie og omsorg for framtiden. I den eksisterende bygningsmassen ligger det til rette for omgjøring av deler av sykehjemsplassene og omsorgsboligmassen til slik boform.

I samsvar med råd gitt av sentrale myndigheter anbefaler rådmann og kommunelege 1 at sykehjemmet utvikles og dimensjoneres som behandlingsinstitusjon og avvikles som varig boligtilbud.

2 Statlige mål og styringssignaler

2.1 Lovgivning

Bjugn kommunes helse- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med forskrifter. Kommunen er videre pliktig til å oppfylle krav satt i egen kvalitetsforskrift, hjemlet i disse lover. Tildeling av helse- og omsorgstjenester hjemlet i lov skal som hovedregel skje ved enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler. Hjemmesykepleie, plass eller tjenester i sykehjem, bolig eller annen boform med heldøgns omsorgstjenester, tildeles ved administrative enkeltvedtak i samsvar med dette. Det er adgang til å klage på slike vedtak, etter regler gitt i forvaltningsloven.

Sosialtjenestelovens formålparagraf gir kommunen plikt til å bidra til at mennesker som ikke kan ha omsorg for seg selv, eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp, også får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

2.2 Kvalitetskrav gitt i forskrift

Nasjonale krav til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er satt i egen forskrift,³ gitt for å *”bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.”* I forskriftens forstand omfatter grunnleggende behov blant annet:

- *”sosiale behov, som mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet”*
- *”mulighet for ro og skjermet privatliv”*
- *”... variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat”*
- *”følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold”*
- *”tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov, for eksempel demente”*
- *”tilbud om få eget rom ved langtidsopphold”*

2.3 Tjenesteinnhold beskrevet i statlige styringsdokumenter

Av veileder utgitt av Sosial- og helsedirektoratet⁴ framkommer blant annet:

- *Krav om individualisering i type tjenester og tiltak, tjenestene skal ikke gis som et gruppetilbud (for eksempel til eldre)*
- *Tjenestene til innbyggere med sammensatte behov skal være samordnet og helhetlige. Individuell plan er ett av flere redskaper for å sikre helhet i tilbudet*
- *For å bygge opp under selvstendighetsaspektet, skal tjenesten fokusere på den enkeltes egne evne til å mestre, samtidig som tjenesten skal gi trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie. For mye hjelp er like ille som for lite hjelp*

³ Forskrift 2003-27-06 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

⁴ Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester – Shdir februar 2006

- *Biformen som den enkelte tjenestemottakeren bor og lever i er medvirkende for opplevelsen av selvstendighet, normalitet og verdighet. Omsorgsboligen som alternativ arena til sykehjem er også et uttrykk for kommunenes oppfølging av lovverkets intensjon*
- *En kvalifisert forvaltning som ivaretar kravet til innbyggerens rettssikkerhet ved vurdering av behov og utøvelse av faglig skjønn i saksbehandlingen*

2.4 Handlingsplan for eldreomsorgen – Stortingsmelding 50

St.meld. 50 (1996-97) skisserte en 4-årig handlingsplan med økt satsing på hjemmetjenestene, økt satsing på omsorgsboliger og med flere plasser med heldøgns pleie og omsorg. Det ble satt måltall for økt antall ansatte i hjemmetjenestene (6000 flere årsverk frem til 2001). Videre satte meldingen et veiledende måltall for antallet plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig (sykehjem og omsorgsbolig) til å utgjøre 25 % av befolkningen 80 år og eldre. Meldingen sa klart at dette forutsatte en godt utbygd hjemmetjeneste.

Fra 1994 til 2004 økte antall omsorgsboliger i Norge fra ca. 5000 til nesten 23 800. I perioden 1989 til 2001 vokste antallet årsverk i hjemmetjenestene fra 18 000 til 48 000. Sykehjemsdekningen i norske kommuner varierer fra ca. 5 % - 75 %. Dette indikerer at kommunene i ulik grad har tilpasset sine løsninger til Stortingsmelding 50's intensjoner og mål.

2.5 Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007

St.prp. nr. 61 (2005-06) (kommuneproposisjonen) trekker opp linjer for utviklingen slik regjeringen ser det:

”Korrigerte brutto driftsutgifter til hjemmetjenesten var på om lag 22.1 milliarder kroner i 2005. Utgift per mottaker i hjemmetjenesten var om lag 131 800 kroner for kommunene som har rapportert. Utvalgsundersøkelser (blant annet Borge og Haraldsvik) kan tyde på at kommuner som organiserer hoveddelen av sitt tjenestetilbud som hjemmebaserte tjenester, har lavere ressursinnsats per innbygger enn kommuner som organiserer hoveddelen av sitt tjenestetilbud på institusjonsbaserte tjenester. De hjemmetjenesteorienterte kommunene har samlet sett også høyere dekningsgrad av omsorgstjenester enn de kommunene som baserer hoveddelen av sitt tilbud på institusjonstjenester. Disse kommunene kan gi flere innbyggere tilbud om hjemmetjenester, til lavere kostnader, enn de kommunene som baserer hoveddelen av sitt tilbud på institusjonstjenester.”

2.6 Mestring, muligheter og mening – Stortingsmelding 25

De overordnede strategiene som er presentert i st.meld. 25 (2005-06), vil på lang sikt kunne dempe utgiftsveksten til omsorgssektoren. De viktigste områdene er:

- Øke utdanningsnivået i omsorgstjenesten
- Øke innsatsen på forskning

- Utvikle og fornye tjenestene
- Forebyggende arbeid
- Ivaretagelse av familieomsorgen
- Prioritere bedre tilgjengelighet og universell utforming av både private hjem og det offentlige rom

Regjeringen har en målsetting om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten ut fra nivået i 2004 innen utgangen av 2009. For 2005 og 2006 samlet mener Helse- og omsorgsdepartementet og KS at et forsiktig anslag kan være 3 500 nye årsverk, noe som betyr at kommunene er godt i gang med å realisere målsettingen om 10 000 årsverk.

2.6.1 Framtidige behov

God omsorg oppstår i samspillet mellom personell, og mellom personell og bruker. Omsorgstjenestene står i dag overfor utfordringer knyttet til en høy andel personell uten helse- og sosialutdanning, en lav andel personell med høgskoleutdanning, høyt sykefravær, avgang til attføring eller uførepensjon, en omfattende bruk av deltidsstillinger, samt at sektoren er preget av få ledere. Utfordringene krever løsninger knyttet til både en *økning av kapasiteten* og en *heving av kompetansen*.

Sammenlignet med andre land er Norge i en relativt sett gunstig situasjon, ettersom effektene av de demografiske endringene er mindre dramatiske. Tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 år. Den sterkeste tilveksten skjer først fra rundt 2020. I forhold til veksten i tallet på eldre, blir det færre i yrkesaktiv alder og færre middelaldrende til å yte omsorg for et økende antall eldre. Dette gir utfordringer både i forhold til verdiskapning, rekruttering og familieomsorg.

Sterk vekst i de offentlige omsorgstjenestene har fram til i dag ikke ført til reduksjon av familieomsorgen. Lite tyder på at en velutbygd velferdsstat og trenden med økt individualisering vil føre til at omsorgsrelasjoner i familien forvitrer.

Noen av de strategier og tiltak som er foreslått i St.melding nr 25 vil kunne dempe utgiftene til omsorgssektoren over tid, men vil også øke dem på kort sikt. De kan derfor betraktes som en investering som foretas i en forholdsvis stabil periode de neste 15 årene, hvor avkastningen vil komme i den kraftige vekstperioden fra 2020 og framover.

2.6.2 Utfordringene slik de er beskrevet i omsorgsmeldingen

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter.

2.6.2.1 Nye brukergrupper

Sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.

2.6.2.2 Aldring

Behovsvekst som følge av et økende antall eldre, krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. Utfordringenes omfang må likevel ses i lys av at den nye eldregenerasjonen har bedre helse og mer ressurser i form av høyere utdanning og bedre økonomi å møte og mestre alderdommen med.

2.6.2.3 Knapphet på omsorgsytere

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere. En stabil familieomsorg innebærer at det offentlige må ta hele den forventede behovsveksten, og forutsetter en lokalt forankret omsorgstjeneste i et tettere samspill med familie, frivillige og lokalsamfunn.

2.6.2.4 Medisinsk oppfølging

Det er behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

2.6.2.5 Aktiv omsorg

De fleste undersøkelser peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gis en mer aktiv profil.

2.6.3 Strategiene

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes fra omkring 2020. Enkelte kommuner vil møte de demografiske utfordringer tidligere enn dette. Allerede nå er det mulig å begynne en gradvis utbygging og foreta investeringer i forebyggende tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler, boliger og anlegg. Regjeringen har på denne bakgrunn utformet en Omsorgsplan med konkrete tiltak fram til 2015 som er basert på følgende fem langsiktige strategier for framtidens omsorgstjenester:

- 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

2.7 Kvaaseutvalget – sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester

Høsten 1999 la en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet frem rapport om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Dette utvalget skisserte 3 ulike modeller for det fremtidige sykehjems rolle og funksjon, men anbefalte at sykehjemsplasser for langtidsopphold burde omdefineres til private boliger. Resterende sykehjemsplasser burde rendyrkes til medisinsk institusjon for korttidsopphold. Dette betydde et skille mellom korttidsplasser for medisinsk behandling på den ene siden, og et mer tilrettelagt, varig botilbud for langtids omsorg utenfor institusjon på den andre siden.

De kommunene i landet som har lavest antall institusjonsplasser (4 % - 7 %), bruker sine sykehjemsplasser bare til korttidsplasser. Ofte er det i disse kommunene ledige institusjonsplasser til enhver tid, og disse kommuner satser på oppbygging av medisinsk faglig spisskompetanse hos sykepleierne og andre som jobber ved korttidsplassene. Disse kommunene har ikke store vansker med å ta hjem utskrivingsklare fra sykehusene.

3 Håndtering av omsorgsutfordringene i Bjugn kommune

3.1 Konsekvenser av den demografiske utvikling

Eldrebølgen når Bjugn med styrke. Første bølge er her allerede, og vil i de nærmeste årene gi sterk vekst i andelen av befolkningen som er 90 år og eldre, og andelen som er mellom 67 og 80 år. Neste bølge kommer i perioden 2020-2025. Da kan andelen av 80 åringer i befolkningen ventes å øke sterkt på få år. Beregnet fremskrevet befolkningsutvikling⁵ er gjengitt i tabell 2.

Årstall	Fremskrevet størrelse på aldersgruppe							
	67-80	% endring	80-90	% endring	90+	% endring	80+	% endring
2006	500		231		37		268	
2010	526	5,2	234	1,3	41	10,8	275	2,6
2015	625	25,0	210	-9,1	44	18,9	254	-5,2
2020	710	42,0	222	-3,9	52	40,5	274	2,2
2025	757	51,4	276	19,5	48	29,7	324	20,9

Tabell 2: Fremskrevet befolkningsutvikling for de eldste aldersgrupper i Bjugn kommune frem til 2025.

I Bjugn kommune rår det allerede i dag en reell, tiltakende og vesentlig knapphet på boligtilbud egnet for varig heldøgns pleie- og omsorg. Rådmann og kommunelege 1 estimerer at det nokså umiddelbart er behov 16 nye plasser tilrettelagt for slik omsorg.

Andelen tjenestemottakere over 80 år utgjør kvantitativt langt de fleste av de som mottar hjemme- og institusjonstjenester i Bjugn. Antall tjenester av en gitt type per 100 innbyggere over 80 år anses som en egnet størrelse til å beskrive omfanget av ulike tjenestetilbud for pleie- og omsorg. Beregnet slik kan det forventede antallet tjenestemottakere i Bjugn utledes å ville variere lite frem mot 2020.

Fra 2020 til 2025 vil antall innbyggere over 80 år i Bjugn kunne forventes å ville øke med rundt 50, med en påregnelig tilsvarende økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester.

Forventningen om en slik demografisk utvikling gjør det hensiktsmessig å betrakte behovet for nye pleie- og omsorgstjenestene i Bjugn under to tidsperspektiver:

- Umiddelbar etablering av nok kapasitet, kompetanse og variasjon i tjenesteinnhold for dagens behov
- Etablering av nok kapasitet, kompetanse og differensiering i tjenesten for behovet etter 2020 i løpet av tilstrekkelig nær framtid

3.2 Behov for ny tenkning for nye generasjoner

Morgendagens tjenestemottakere vil i større grad enn dagens bestemme selv. Framtidens tjenester kommer til å møte generasjoner som vil være vant til å ta egne valg, og vant til å stille egne krav. En må forvente at framtidens behov for pleie og omsorgstjenester vil kalle på

⁵ Sosial- og helsedirektoratet: Sammenligningstall for kommunene 2006.

individuelle tilpasninger i større grad enn dagens. Det vil være enkeltmenneskets verdier som vil prege forventningene til hva det offentlige skal bidra med, mer enn kollektivets.

Det er vesentlig å legge til rette for at krav til både kostnadseffektivitet, kvalitet og individuelle tilpasninger kan møtes best mulig i en fremtidsrettet organisasjon med hensiktsmessige arbeidsformer.

En rent matematisk fundert forventning om framtidens omsorgsbehov, bygd direkte på framskriving av befolkningens alderssammensetning, kan ikke anses å kunne beskrive de behov fremtiden reelt vil bringe. Det skjer en utvikling i den generelle helsetilstanden i befolkningen som kan vise seg å endre forholdet mellom det totale behovet og antallet eldre. Selv om antallet eldre øker, og selv om de eldre blir stadig eldre, vil ikke nødvendigvis presset på helsetjenestene og omsorgstjenestene øke tilsvarende. Det kan imidlertid likevel forsettes at behovet for gode pleie- og omsorgstjenester uansett vil øke vesentlig, i og med at andelen av de eldste eldre vil stige betraktelig.

3.3 Valg av omsorgsmodell

3.3.1 Sykehjemsmodeller

Rapporten ”Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens helse- og omsorgstjenester, en analyse av alders- og sykehjem i 1999⁶” beskriver tre modeller for sykehjemsdrift. Målet med rapporten var å vise hvordan tjenestene kunne utformes slik at det ble tydeligere skille på botilbud og behandlingstilbud innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapporten utredet tre modeller som beskrives slik:

Modell 1: Rendyrke sykehjem som medisinsk institusjon for korttidsopphold. I denne modellen er alle former for langtidsopphold med dekning av behov for tjenester og tilsyn gjennom hele døgnet, plassert utenfor sykehjem. Heldøgnsomsorgen ”på sykehjemsnivå” tilbys i boliger og/eller bosenter.

Modell 2: Sykehjem både som medisinsk institusjon for aktiv behandling, omsorg og hjem for de mest pleietrengende eldre (som de fleste sykehjem i dag)

Modell 3: Sykehjem som et utvidet institusjonsbegrep, hvor alle kollektive boformer for eldre med bemanning hjemles som institusjon. I denne modellen er det kun tjenester i opprinnelig bolig/hjem og boliger uten fast bemanning som er tilbudet utenfor institusjon.

Bjugn kommune har i dag en struktur og et tilbudsspekter som ligner en mellomting mellom modell 2 og modell 3.

3.3.2 Varig bolig i helseinstitusjon eller i et eget hjem

I Trondheim kommune vedtok bystyret i 1997 en definisjon av hva som skal forstås med heldøgns omsorg. I følge denne definisjonen skal brukerne kunne få hjelp innen 5 minutter, få tilsyn etter behov hvis de ikke kan tilkalle hjelp selv, og bo i nærhet av en personalbase. Dette medfører at servicetilbudet overfor personer som får tildelt tjenester i henhold til denne definisjonen, er likeverdig med servicenivået ved langtidsavdeling i sykehjem.

⁶ Kvaase-utvalget, Sosial- og helsedirektoratet 1999.

Likevel har kommunen ikke helt ut klart å oppnå full aksept blant publikum for at dette gir samme trygghet som for brukere i sykehjem. De samme erfaringene har vi Bjugn kommune. Selv om Bjugn kommunes omsorgsboliger ligger "like utenfor døra" til sykehjemmet og hjemmesykepleiens base, opplever kommunen at de som bor i omsorgsbolig venter på å få plass på sykehjemmet, og mener at de vil dra nytte av en sykehjemsplass eller plass i bemannet bolig.

Bjugn kommunes tilbud for heldøgns pleie og omsorg er utelukkende institusjonsbasert. Helseinstitusjoner kan i dag overbevisende anses å være lite egnet som varig bolig. Regelverket som regulerer drift av helseinstitusjoner er hjemlet i helselovgivningen, og er primært innrettet på å sikre at den helsehjelp som gis i institusjon skal være forsvarlig i helselovgivningens forstand. Regelverket gir lite rom for å ta kostnadseffektivt hensyn til utfoldelse av normale liv og de verdier menneskene som bor der lever på.

Slik Bjugn sykehjem fungerer i kommunens pleie- og omsorgstjeneste i dag, bidrar det til å skape trygge omgivelser for dem som har behov for pleie og omsorg og som ikke opplever stor nok trygghet i en egen bolig; være seg omsorgsbolig, trygdebolig eller opprinnelig bolig. Et stort antall av de som bor i sykehjemmet på langtidsplass i dag kan imidlertid forutsettes å kunne ha bodd godt i egen tilrettelagt og *bemannet* bolig.

3.3.3 Driftsmessige og økonomiske konsekvenser av en hjemmetjenesteorientering og institusjonsorientering

Steinkjer kommune har gjennomført kostnadsanalyser der brukerrettete driftskostnader (pleieressurser) i sykehjem sammenlignes med tilsvarende kostnader for sammenlignbar pleietyngde i et bosenter. De fant de forhold som gjengis i tabell 3:

<i>Biform</i>	<i>Antall brukere</i>	<i>Snitt pleietyngde*</i>	<i>Kostnad brukerrettet innsats per beboer</i>
Omsorgssenter, samlokaliserte omsorgsboliger	32	3,05	Kr 221 000,-
Sykehjem	45	3,95	Kr 391 000,-

*Pleietyngde etter IPLOS-veking 1 til 5; 1 betyr selvhjulpen; 5 betyr behov for hjelp til alle gjøremål og funksjoner

Tabell 3: Funn i kostnadsanalyse over ressursinnsats i hjemmetjeneste og sykehjem fra Steinkjer kommune

Differansen i kostnader for brukerrettet innsats per beboer per år er på kr 170.000,-. Forskjellen i gjennomsnittlig pleietyngde forklarer ikke forskjellen i ressursbruken. En av hovedårsakene til lavere driftskostnader ligger i endrede driftsopplegg der ressursene er mer tilpasset summen av individuelle behov, og at arbeidsformene er endret sammenlignet med sykehjem. Arbeidsmåtene er de samme som i hjemmebasert tjeneste forøvrig, tjenestespesifikk og individuelt tilpasset. Ved å gi samme tjenestenivå i sykehjem påløper dessuten en del andre kostnader for kommunen; kostnader som i hjemmetjenesten dekkes av statlige instanser (trygdesystemet og Husbanken m.v.). Omsorgsboligene det her er snakk om hadde fast bemanning og ga døgntrygghet som ved langtidsavdeling i sykehjem.

Asker kommune viser i 2004 til at døgnprisen for heldøgns pleie og omsorg i sykehjem lå kr 219,- over tilsvarende for fast bemannede omsorgsboliger i eldresektoren. Det utgjør en differanse i årskostnad på kr 80.000,- per plass.

Eksemplene viser differanser i kostnader til fordel for heldøgns helse- og omsorgstjenester gitt i omsorgsboliger. Verken Asker eller Steinkjer har samme bemanningsnorm ved

omsorgsboligene som ved langtidsavdelinger i sykehjem, men begge har en lav grunnbemanning, og en fleksibel ressurs i tillegg til denne som varierer ut fra brukernes reelle behov.

3.4 Differensierte boformer

Skal tjenestene som ytes til eldre og funksjonshemmede være smidige og effektive, bør de omfatte flere typer tilbud for alle pleie- og omsorgsbehov. Dette gjelder også tilbud om boform.

3.4.1 Omsorgsbolig

I Bjugn kommune råder det per i dag noe begrepsforvirring over boformers navn og reelle innhold. Kommunens omsorgsboliger er boliger kommunen har fått tilskudd til å bygge som omsorgsboliger. Det følger imidlertid ikke automatisk noen tjeneste med ved tildeling av slik bolig. Kommunen har valgt å begrense tildeling av omsorgsbolig til personer med hjelpebehov. Den døgnkontinuerlige tjeneste som gis ytes av hjemmesykepleien, uavhengig av tildeling av plass i omsorgsbolig. Omsorgsboligene er således i praksis intet annet enn ordinære boliger der det ytes ordinær hjemmesykepleie.

I offentlighetens bruk av begrepet omsorgsbolig kan det imidlertid oppfattes å ligge en forventning om *noe mer* enn kun boligen. Det er behov for at kommunen blir tydeligere i begrepsbruken hva angår dette.

Til bot på dette anbefaler rådmannen og kommunelege 1 at den bygningsmassen som ligger i Helsesenterveien 1, 3, 4, 5, 6, 7 og 8 – de gamle trygdeboligene og det siste tilskuddet av omsorgsboliger – benevnes som *kommunale eldreboliger*. Boligene ligger i fysisk nærhet til personalbase og til et mulig fremtidig dagsenter. Det ytes ordinær hjemmesykepleie i disse boligene. Rådmann og kommunelege 1 anbefaler at denne praksis opprettholdes.

Framtidsskisse I:

Bolig i bombolimf Britannia

I bombolimf Britannia er familien en viktig samarbeidspartner og ressurs for pleie- og omsorgstjenesten. Boenheten i Britannia med fellesareal er beboernes eget hjem. Der er det også enkelt for familie og venner å komme og ta del i beboerens hverdag. Det er rolige hverdagslige omgivelser i bombolimf Britannia, og det er mulighet for deltakelse i forskjellige arrangementer som beboerne, pårørende og personalet har mulighet for å planlegge og arrangere sammen.

Beboerne tar gjerne aktivt del i fellesskapets hverdagsliv, og hver enkelt utfolder sitt eget liv etter egen evne i sin egen døgnrytme. Beboere, pårørende og personalet utfolder liv og trivsel sammen.

Personalet utfører de daglige aktiviteter som matlaging, vask og annet styr og stell ved i første rekke å gi beboerne den nødvendige hjelpende hånd med dette.

Pårørende er velkomne til å delta i måltider rundt spisebordet. De kan ikke ytes noen ekstra service, men er alltid velkomne til å finne kaffe i skapet, dersom det ikke er mer igjen på kanna.

Det vil alltid ville kunne være mulig for pårørende å få snakke med personalet, dog med forbehold om at det kan være behov for å ta samtalen på et tidspunkt som passer med arbeidsdagen.

Gjester er meget velkomne i bombolimf Britannia. Det er mulighet for besøkende til å delta i felles måltider dersom det gis beskjed på forhånd. Det er fastlagte priser for det enkelte måltid.

Det er full mulighet til å feire beboeres fødselsdager og andre anledninger i bombolimf Britannias fellesareal. Det holdes bedre måltider i forbindelse med høgtider og merkedager. Det arrangeres også utflukter i nærmiljøet, og det legges til rette for små og store aktiviteter for "hjemlig hygge".

Framtidsskisse II:

Leievilkår i bombolimf Astoria

Beboeren leier boenhet med tilhørende fellesareal i bombolimf Astoria av kommunen.

Beboeren returnerer signert leiekontrakt til kommunen før innflytting. Personalet i bombolimf Astoria har ingen til med husleieforholdet å gjøre.

Ved innflytting meldes bombolimf Astoria som ny adresse i til Folkeregisteret.

Bygninger og fast inventar i bombolimf Astoria er forsikret av kommunen. Den enkelte beboer må selv sørge for innboforsikring.

Utleier setter opp navneskilt ved ytterdøren til bombolimf Astoria. Beboeren må selv sette opp navneskilt ved sin egen dør.

Egen telefon kan flyttes til leiligheten.

Beboer med egen TV må selv betale lisens.

Før innflytting skal beboer og pårørende møblere leiligheten. Alt skal være på plass før innflytting.

Framtidsskisse III:

Til deg som skal flytte inn i bombolimf Central Park

"Det er viktig at du tar med deg møbler som du liker. Du skal tenke på at leiligheten møbleres slik at det er plass til å komme rundt med rullator, rullestol og andre hjelpemidler. Husk at det er lett å snuble i tepper, og at det er vanskelig å kjøre med rullator og rullestol over teppekanter. Generelt fraråder vi tepper og matter. Du skal selv sørge for gardiner.

Hvis du får behov for hjelp til pleie, kan personalet trenge en annen innredning av leiligheten. Må sengen stå fritt slik at man kommer lett til, kan det være at vi må be deg om å fjerne noen møbler fra leiligheten.

Det er en seng i hver leilighet. Du må gjerne ha med din egen seng, men får du behov for pleie og hjelp i sengen, skal det være en sykeseng.

Du skal ta med: Dyne og pute, og eventuelt sengeteppe; håndklær; eget tøy; toalettsaker; medisiner."

3.4.2 Bombolimf - Betjent omsorgsbolig med fellesareal

Plass i tilpassede betjente omsorgsboliger med fellesareal kan forutsettes å ville kunne møte alle brukeres behov for bolig til heldøgns pleie og omsorg på en mer hensiktsmessig, kostnadseffektiv og hensynsfull måte enn varig sykehjemsplassering. Slik boform er prøvd og rapporteres vellykket i flere norske kommuner. Fra Bjugn kommune har det videre vært studiebesøk i anlegg for slik boform i kommunene Holbæk og Lemvig i Danmark.

Til begrepsavklaring og forenklet navnsetting foreslår Rådmann og Kommunelege 1 at akronymet *bombolimf* benyttes som navn på denne boformen i Bjugn, til forkortelse for den omstendelige fullordsbetegnelsen betjent omsorgsbolig med fellesareal. Pleiebolig er en alternativ betegnelse. Denne åpner imidlertid for ny begrepsforvirring i og med begrepslektskapet med omsorgsbolig og trygdebolig m.v.

Den tekniske forskjellen på boformen bombolimf og kommunale eldreboliger er at bombolimf skal være døgkontinuerlig bemannet med fast personale i fulle stillinger beskrevet for formålet. Boligarealet skal omfatte fellesareal til bruk for personalet, og til bruk i fellesaktiviteter. Kompetansekrav til personalet skal være utdanning som helsefagarbeider.

Hjemmesykepleiens ambulante team skal ha et definert ansvar for å supplere med tjenester som krever kompetanse og kapasitet utover det bombolimfs faste bemanning kan yte.

3.4.2.1 *Leve-bo miljø*

I bombolimf etableres et leve-bo miljø der at alle hverdagsaktiviteter og all pleie foregår i boenheten eller fellesarealet. Personalet skal tilstrebe å skape et trygt miljø med hjemlige og gjenkjennelige rammer, som er forståelige, forutsigbare, håndterbare og meningsfulle. I hver boenhet er det et stort kjøkken, fortrinnsvis tilpasset som et treningskjøkken, hvor all mat

tilberedes til beboerne. Måltider serveres ved et stort spisebord i fellesarealet, og personalet spiser sammen med brukerne.

Beboerne får naturligvis mulighet til å spise for seg selv, dersom de heller ønsker det.

3.4.2.1.1 Leilighetene

Leilighetene vil ha ett rom med eget toalett og bad, og tekjøkken med kjøleskap. I leiligheten er det garderobeskap og seng. Beboerne medbringer egne møbler og egne gardiner. Det legges opp uttak til TV, telefon og bredbåndstilgang i hver leilighet.

3.4.2.1.2 Fellesarealet

I hver bombolimf består fellesarealet av kjøkken/allrom, dagligstue og vaskerom. I dagligstuen er det TV, video/dvd, radio og stereoanlegg. I vaskerommet er det vaskemaskiner og tørketromler.

3.4.2.1.3 Personalet

Personalet ivaretar de daglige gjøremål, som pleie av, omsorg for, og aktivisering av beboerne. Personalet kan stå for innkjøp og matlaging, samt klesvask og rengjøring. Beboerne har mulighet til å delta i disse aktivitetene i det omfang de har lyst og fysiske evner.

3.4.2.1.4 Aktiviseringstiltak

Aktiviseringstiltak vil kunne tilbys i boenhetene eller fellesarealet. Forutsettes realisering av dagsentertilbud i Bjugn kommune, i samsvar med rådmann og kommunelege 1's anbefalinger, vil beboere som ønsker å benytte aktivitetstilbud her enkelt kunne tilbys det.

Framtidsskisse IV:

Tildeling av plass - bombolimf Dallas

"Beste Leif Anders!

Du får plass i bombolimf Dallas umiddelbart. Når du flytter inn, får du tildelt en primærkontakt, som vil ta seg spesielt av deg og dine behov i samarbeid med dine pårørende. For det meste er det også denne personen som holder kontakten med dine pårørende.

Kostpenger innbetales forskuddsvis for hver måned. Du får opplysninger om kontonummer, samt hva kostpengene blir brukt til. Det avtales om du selv eller en av dine pårørende tar hånd om din økonomi.

Du får utlevert 2 nøkler til leiligheten.

Ved innflyttingssamtale avtaler vi hvem som skal ta ansvar for å tømme postkassen di. Vi vil gjerne at du, eller noen av dine nærmeste skriver ned din livshistorie. Det betyr mye for oss at vi vet hva som er viktig for deg, og hva du har opplevd i ditt liv som har betydning for deg i dag. Under innflyttingssamtalen snakker vi om gjensidige forventninger.

Hvis vi skal bestille medisiner for deg, skal faktura sendes deg direkte fra apoteket.

Vennlig hilsen Rita"

"Beste Bendik!

Husk å se til at det meldes flytting for din far til Folkeregistret, apoteket, posthuset og andre steder når han flytter til bombolimf Britannia.

Dere skal selv stå for innkjøp av klær og andre personlige ting. Ved behov skal pårørende ledsage til tannlege, lege, sykehus eller annet. Dere skal selv ordne briller, ur og lignende dersom slikt går i stykker. Det er pårørendes ansvar å tømme postkassen i bombolimfen dersom ikke annet er avtalt.

Dersom beboeren ønsker det, er det alltid en god ide å gå en tur når pårørende er på besøk.

Pårørende har ansvar for å si opp, tømme og rengjøre leiligheten ved fraflytning eller dødsfall.

Når den tiden kommer vil vi ved dødsfall gjerne imøtekomme pårørendes ønsker. Snakk med kontaktpersonen og få eventuelle spesielle ønsker skrevet ned.

Vennlig hilsen Siv Iren"

3.5 Etablering av boform bombolimf ved nyanlegg og omgjøring av eksisterende boliger og sykehjems plasser

3.5.1. Nyanlegg

Rådmannen anbefaler at Bjugn kommunes umiddelbare behov for nye plasser til heldøgns pleie og omsorg fylles ved nyanlegg av 16 boenheter i betjente omsorgsboliger med fellesareal. Løsningen er fremtidsrettet, og kan anses å være dokumentert kostnadseffektiv, hensiktsmessig og velfungerende.

Dette vurderes ved estimat over dagens pågang på plasser til heldøgns pleie og omsorg å kunne dekke det umiddelbare behovet, og gi et tilstrekkelig antall plasser i boform for heldøgns pleie og omsorg til tiden etter 2015. Anlagt som enheter i bombolimf anses det driftsmessig hensiktsmessig å etablere to boliger med 2 x 8 boenheter.

3.5.2 Oppgradering

Rådmannen anbefaler også at det i deler av eksisterende omsorgsboligmasse utføres bygningsmessige endringer for omlegging av eksisterende boform i kommunal eldrebolig, til boformen bombolimf. I preliminær vurdering uten bygningsfaglig bistand vurderes det å kunne ligge til rette for dette i 10 eksisterende boliger.

3.5.3 Omgjøring av langtids sykehjems plasser

Rådmannen anbefaler videre at langtidsopphold i sykehjem avvikles som boform i pleie og omsorgstjenestene i Bjugn, og erstattes med boformen bombolimf. I deler av dagens bygningsmasse i sykehjemmet vurderes det å kunne ligge vel til rette for slik omgjøring med bare enke fysiske endringer.

3.5.4 Kapasitet

I disposisjonene må det tas høyde for behov for en dekningsgrad av slik boform på 30 plasser per 100 innbyggere over 80 år. Tallet framkommer ved estimat og framskrivning av behovet i Bjugn i dag, og samsvarer med erfaringer og vurderinger gjort i andre kommuner der slik boform enten er realisert eller vurdert.

Framskrevet omregning av dekningsgraden til absolutte tall for kapasitetsbehovet for perioden til etter 2025 er gjengitt i tabell 4.

3.5 Sosiale, kulturelle og terapeutiske dagaktiviteter

I samsvar med sterke sentrale føringer gitt blant annet i Stortingsmelding 25 (2006-06), og tydelig presisert der, anbefaler rådmann og kommunelege 1 at Bjugn kommune med høy prioritet etablerer et ordnet og fast tilbud om, sosiale, kulturelle og terapeutiske dagaktiviteter som ledd i omsorgskjeden i kommunen.

Framtidens brukergrupper kan forventes å ville stille store krav til aktivitet både sosialt og kulturelt. Mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap, kultur og aktivitet er grunnleggende menneskelige behov, både i reell forstand og i helse- og sosiallovgivningens forstand. Kultur

er et viktig virkemiddel i det helsefremmende og trivselskapende arbeidet i kommunen. Deltakelse i kulturaktiviteter gir trivsel og livslyst, uansett alder og førlighet.

Et godt matstell og trivelige måltider bør bli et sentralt element i tilbudet.

Et godt utbygd dagaktivitetstilbud vil supplere tilbudene om differensierte pleie- og omsorgstjenester i egen opprinnelig bolig, eldrebolig og bombolimpf, og vil være et verdifullt omsorgstilbud for den enkelte bruker.

Det foreligger dokumentasjon og erfaring for at gode dagaktivitetstilbud gir effektiv tjenesteyting i kommunene. Dagtilbud bidrar dokumentert til å opprettholde brukernes bo- og egenomsorgsevne, slik at brukernes samlede omsorgs-, hjelpe- og pleiebehov i hjemmet forblir lavt i lengre tid.

3.5.1 Organisering

Rådmann og kommunelege 1 anbefaler at dagaktivitetstilbudet etableres som et dagsenter i helsesenteret. Dagsenteret bør ha tilbud om egnede aktiviteter for hjemmeboende eldre og funksjonshemmede.

Personer som ikke har mulighet til å oppsøke sosiale arenaer på grunn av fysisk eller psykisk begrensning bør få tilbud om tjenester i dagsenter. Dagsentertilbud vil bidra til forståelige, forutsigbare, meningsfulle og håndterbare liv ved å forebygge sosial isolasjon og styrke selvstendighet og mestring hos den enkelte,

3.5.2 Formål og form

Dagsentertilbudet må omfatte aktiviteter med følgende formål:

- Forebygge og hindre utvikling av sykdom og sosial isolasjon
- Rehabilitering
- Vedlikehold av brukernes egne ressurser og mestringsevne
- Avlastning for pårørende
- Observasjon og vedlikehold av ernæringstilstand og helsetilstand
- Klinisk oppfølging, og gjennomføring av medisinsk behandling; eksempelvis hjelp med medikamenter, sårskift, personlig hygiene m.v.

Dagsentertilbudet bør videre være utadrettet og omfatte aktiviteter som kan foregå utomhus eller ute på bygda; brukere og hjelpepersonell bør kunne benytte alle egnede arenaer og ressurser i kommunen for en mest mulig hensiktsmessig tilrettelegging av gode tilbud til et videst mulig spekter av brukere.

3.5.3 Kompetanse og kapasitet

Rådmann og kommunelege 1 finner at etablering av dagsenter er en avgjørende faktor for suksess i differensieringen og den individuelle tilpasningen av kommunens bo-, pleie- og omsorgstjenester. Dagsenteret skal være navet i tjenestene, og en ressurs- og kompetansebase innen rehabilitering og aktiv omsorg.

Følgende fagkompetanse anses påkrevd for god drift av dagsentertilbud:

- Fysioterapi
- Ergoterapi
- Aktivitørkompetanse
- Musikkterapi

- Sosialpedagogikk
- Sykepleie
- Hjelpepleie med tilleggskompetanse

Ved estimat over dagens status med hensyn på antall aktuelle brukere av dagsentertjenester finner rådmann og kommunelege 1 at dagsentertilbud for Bjugn kommune må ha kapasitet til kunne gi vedtaksfestede tilbud til 30 brukere daglig. Dette kan anses å være tilstrekkelig kapasitet for behovet fram mot 2020.

3.6 Endringer i sykehjemdriften

Rådmannen tilrår at Bjugn sykehjem avvikles som varig boligtilbud og at tildeling av langtidsplasser i sykehjemmet opphører. Sykehjemdriften anbefales lagt om for å betjene konkrete utrednings-, rehabiliterings- og behandlingsbehov med forventet begrenset varighet. Brukere med varig behandlings- og omsorgsbehov skal få tilbud om opplegg for slik hjelp der de bor; enten som tilpasset tjeneste hjemme i selvstendig bolig, eller som tilbud om plass i betjent omsorgsbolig med fellesareal og tilpasset hjelp til heldøgns pleie og omsorg hjemme i denne.

3.6.2.1 Samhandling med sykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester

Sykehusreformen med opprettelse av helseforetak og medfølgende krav om ressursforvaltning i foretakene, har lagt et større press på primærhelsetjenesten om å tilby helsetjenester som tidligere ble sett på som spesialisthelsetjenestens oppgave. Dette krever et tettere samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten slik at pasienter og brukere opplever at tjenestene fremstår som helhetlige, samarbeidende og sømløse.

Slik vi i dag kjenner resultatet av sykehusreformen, taler det for at vi spisser innsatsen i sykehjem mot mer aktiv behandling og rehabilitering.

Kommunens deltakelse i de regionale samarbeidsløsningene kan vise seg å bli avgjørende i møtet med morgendagens utfordringer. Dette forutsetter at det som skal ytes i de regionale løsningene er tydelig avklart, og at kommunen på Fosen vet å bruke hverandres kompetanse på de ulike fagområdene. Systemet med desentraliserte spesialisthelsetjenester er et godt tilbud for innbyggerne på Fosen.

3.6.2.2 Bruken av sykehjemmet

Noen viktige funksjoner vil imidlertid uansett hvordan tilgangen på regionale fellestilbud blir, fortsatt måtte kunne betjenes i kommunalt sykehjem:

3.6.2.2.1 Avlastningsplasser:

Et entydig definert antall plasser i sykehjemsavdeling som skal gi tilbud til mottakere av tunge pleie- og omsorgstjenester i sitt opprinnelige hjem, og som vil ha nytte av forutsigbare pauser i den hjemmebaserte omsorgen. Det er dokumentert erfaring for at boevnen hjemme bevares lengre enn ellers når pårørende får forutsigbare friperioder fra tunge omsorgsoppgaver.

3.6.2.2.2 Akutt plasser:

Allmennmedisinske sykesenger egnet for kortvarig innleggelse til observasjon og enklere medisinsk behandling.

3.6.2.2.3 Plasser for lindrende behandling:

Slikt spesialtilbud er allerede etablert og operativt i samsvar med begrunnelse og beskrivelse gitt i egen utredning. Tilbudet bør kontinuieres og videreutvikles.

3.6.2.2.4 Rehabiliteringsplasser:

Omfatter plasser for å kunne ta i mot definert ferdigbehandlede pasienter fra sykehus trenger rehabiliteringsopphold før utskrivning til hjemmet. Plassene skal videre gi tilbud til pasienter med kroniske lidelser, som bor hjemme, men som vil ha nytte av på opptreningsopphold i institusjon for rehabilitering.

3.6.2.3 Kapasitet i sykehjemmet

For sykehjemsdrift med behandlingsoppgaver i samsvar med ovenstående vil kommunen på sikt ikke trenge hele den sykehjemsdekning den har i dag. 5-7 sykehjems plasser per 100 innbyggere over 80 år kan antas å ville gi tilstrekkelig dekning til å fylle dette behovet. Alle varige tyngre omsorgsbehov forutsettes da imøtekommet med tilbud om plass i boformen bombolimf, supplert med hjemmesykepleietjenester.

Deler av det behov kommunen har for sykehjemskapasitet i denne forstand, er for øvrig allerede forutsatt dekket ved kommunens andel i Fosen DMS's avdeling for observasjon og etterbehandling. Dette tilbudet kan ikke forutsettes å kunne dekke hele behovet.

Eventuell ledig kapasitet i sykehjemmet bør ikke belegges med langtidsboende. Sykehjemmet skal være en rendyrket medisinsk behandlingsinstitusjonen, og ingen bolig.

Framskrevet omregning av dekningsgraden til absolutte tall for kapasitetsbehovet for perioden til etter 2025 er gjengitt i tabell 4.

Dekningsgrad	Plassbehov i absolutte tall				
	<i>Umiddelbart</i>	2010	2015	2020	2025
5 % sykehjem	13	14	13	14	16
7 % sykehjem	19	19	18	19	23
27 % bombolimf	72	74	69	74	87
30 % bombolimf	80	82	76	82	97

Tabell 4: Framskrevne absolutte tall for kapasitet ved gitt dekningsgrad av sykehjem og betjent omsorgsbolig med fellesareal

14 sykehjems plasser dedikert for aktiv behandling vil i 2010 kunne tenkes disponert slik:

- 3 avlastningsplasser
- 2 akuttplasser
- 3 plasser for lindrende behandling
- 6 rehabiliteringsplasser

3.7 Organisering og ledelse

Organisering og ledelse må bidra til kvalitet i møtet med bruker. Kvalitet i helsetjenesten skapes der hvor møtet med den enkelte pasient skjer. Forskning og erfaring viser at omsorgstjenestens fremste suksessfaktorer er det som går under betegnelsen "en nærværende og verdsettende leder" - en personalleder som i det daglige ser den enkelte medarbeider, setter ord på frustrasjoner og sørger for en åpen og direkte samhandling medarbeiderne imellom. Den gode lederen gir direkte og umiddelbare tilbakemeldinger til enkeltmedarbeideren (fag, etikk, holdninger og oppfølging), og leder medarbeiderne i samhandlende prosesser som

forankrer felles forståelse av mål, rutiner og daglig arbeidsorganisering. Det er personalleder som sørger for dialoger som inkluderer arbeidstakere og utvikler organisasjonens fag, etikk, holdninger og praktiske rutiner.

I rapporten "Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem" som Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO) og SINTEF laget i 2004 på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Den norske Lægeförening, konkluderes med at ledelse er en av de viktige faktorene som avgjør om tjenesteorganiseringen fungerer godt eller ikke. I rapporten sies det at "god ledelse": - "er et resultat av et vellykket samspill mellom:

- Gode strukturer
- Gode menneskelige egenskaper hos lederen
- En kultur i avdelingen som aksepterer ledelse, og bruker lederen som en ressurs i det daglige arbeidet."

Og det konkluderes slik: "Sannsynligvis må alle disse faktorene – i større eller mindre grad - være til stede samtidig:"

Enkelte stiller spørsmål ved om de gode lederne nærmest må være overmennesker. Det saklige spørsmålet er hvordan en skal legge til rette for at ledelsesstrukturen kan lykkes. Lederen er ofte en dyktig fagperson, som er trygg på det faglige grunnlaget sitt, men som har liten personlig trening og støtte for å utøve ledelse. Hva trenger så denne lederen av rammer og tiltak rundt seg for å være en god leder?

Erfaringsvis handler det om:

- Kompetente og myndiggjorte medarbeidere som tar ansvar og utøver faglig skjønn i det daglige møtet med tjenstemottakerne.
- Merkantile og administrative oppgaver er i stor grad gitt andre medarbeidere i organisasjonen.
- Lederavtaler som skisserer tydelige og realistiske forventninger til lederatferd og hva som skal kjennetegne lederskap i kommunen.
- Veiledning på egen ledelse, basert på de faktiske lederutfordringene vedkommende har i sin lederrolle.
- Lojalitet blir vektlagt som viktig positiv egenskap, det motsatte har klare konsekvenser. En lojal leder utvikler lojale medarbeidere.

Det er viktig å stille spørsmål ved rammebetingelsene for å utøve ledelse. En hindring for å utøve lederskap kan ligge i rammebetingelsene. Lederen kan lett bli tynget av administrative eller merkantile oppgaver, slik at en ikke har rom for ledelse. Det går også en grense for hvor mange arbeidstakere en kan være nærleder for, dersom tradisjonell hierarkisk tenkning skal legges til grunn når rammebetingelsene vurderes.

Undersøkelser har vist at /enhetslederen i helse og omsorg er leder for i gjennomsnitt 36 arbeidstakere.

For at helse- og velferdstjenestene i planperioden skal utvikles slik målsetting er formulert, er det viktig at Bjugn kommune fortsetter arbeidet med å utvikle organisasjonen og ledelse i organisasjonen.

Mulighet for ledernærhet der kontrollspennet ikke blir for stort, vil være en av suksessfaktorene for å lykkes med en omfattende omstillingsprosess.