

Disposisjon:

Utfordringene i Bjugn Kommune

Mål

Strategier

Status

Statlige mål og styringssignaler

Demografi - fremskrivninger av behov

Kostra

Hva skal vi bruke sykehjemmet til?

Hvor mange plasser må vi ha?

Fra varig bolig i sykehjemmet til et aktivt behandlingssted i sykehjemmet

Differensierte boformer

Hjemmesykepleien

Dagsenter

Digital fremtid

Kompetansebehov

Rekrutteringsbehov

Utbedring av dagens bygningsmasse:

Sykehjemmet (A og B)

Bygge inn tunet i omsorgsbolig 1

Arbeidsgruppens anbefalinger på prioritert fremgangsmåte

**Eldreomsorgen i Bjugn 2007 -2025
- en strategiplan**

Utfordringene i Bjugn kommune.

Bjugn kommune har lange tradisjoner på å være tidlig ute med nye tanker og ideer knyttet til eldreomsorgen. Dette er tradisjoner vi kan være stolte av. Den mye omtalte eldrebølgen som skyller inn over landet vil også skylle inn over Bjugn. På mange måter har bølgen allerede truffet oss, neste bølge kommer i perioden 2020 -2025.

Så blir det opp til oss å omskape bølgens kraft til noe positivt, slik tradisjonen er på kysten.

Andelen innbyggere over 80 år utgjør hovedandelen i befolkningen som mottar både hjemme – og institusjonstjenester i Bjugn Kommune. Antallet vi forventer å skulle yte tjenester til, vil i større eller mindre grad holde seg konstant frem mot 2020. Da kommer for alvor en ny økning i etterspørselen. Vi må derfor betrakte denne strategiplanen i to trinn:

1. Dimensjonering dvs kapasitet, innhold og kompetanse ut fra dagens behov
2. Dimensjonering etter 2020

Nytenkning

Morgendagens tjenestemottakere vil i større grad enn nå bestemme selv. Vi kommer til å møte en generasjon som er vant til å ta egne valg, og ikke minst de er vant til å stille krav. Kanskje er det dette vi nå ser konturene av når vi nå møter pårørende som stiller uvante og, i våre øyne, til dels urimelige krav?! Man kan forvente at individuelle tilpasninger må gjøres i større grad enn nå. Det er enkeltmenneskets verdier som vil prege forventningene til hva det offentlige skal bidra med, i større grad enn kollektivets verdier. I den sammenhengen blir det vesentlig å legge til rette for at effektivitet, kvalitet og de individuelle tilpasningene kan forenes i en fremtidsrettet organisasjon.

Det er viktig å være klar over at en ren matematisk fremstilling av behov bygd på fremskriving av alderssammensetning, kan føre galt av sted. Det skjer parallelt en rivende 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 det ikke nødvendigvis føre til at presset på helsetjenestene og omsorgstjenestene vil øke tilsvarende. Imidlertid er de fleste fagmiljøer enige om at behovet vil bli økende i og med at antallet av de eldste eldre vil stige betraktelig.

Helsepolitisk manifest frem mot 2020.

Hovedmål:

Helse og omsorgstjenestene arbeider ut fra et helsebegrep som forutsetter at alle opplever livet sitt som forståelig, forutsigbart, håndterbart og meningsfylt. Ut fra dette helsebegrepet skal vi yte vårt bidrag til god livskvalitet gjennom tjenester som tilfredsstillende gjeldende lover og forskrifter. Tjenestene har god kvalitet og tilgjengelighet. Enkeltmennesket skal tilbys tjenester ut fra individuelle behov, der utgangspunktet er individets egne ressurser for å ta ansvar for eget liv.

Delmål:

For å kunne oppnå alt hovedmålet sier, skal vi innen 2015 ha oppnådd:

Alle 70 åringer tilbys råd og veiledning for å fremme helse og egen mestring
Alle som har behov for nødvendige helse og omsorgstjenester som kan ytes i egen bolig skal få det

Sykehjemmet er en rendyrket medisinsk institusjon for korttidsopphold

Alle som har behov for å bo i et bofellesskap med nærhet til personalbase, skal få tilbud om dette innen 6 uker.

Det nyetablerte dagsenteret driver aktivt forebyggende og helsefremmende arbeid og driver en utadrettet tjeneste som har fokus på folkehelse, fysisk aktivitet og kulturell aktivitet.

Tjenesten kan tilby differensierte boformer etter en dansk-inspirert modell, og ingen bor lenger i sykehjemmet.

Strategier:

Skal vi kunne oppfylle vårt overordnede mål og oppfylle delmålene må vi utarbeide en tiltaksplan som bygger på følgende strategier:

1. Helsefremmende og forebyggende innsats skal bidra til at befolkningen mestrer eget liv og egne utfordringer
2. God kontroll på tildeling av tjenester og ressursbruk
3. Styrke og målrette tilbudet om utredning, behandling og rehabilitering.
4. Sikre et nødvendig spekter av bo- og omsorgstjenester samt nødvendige tjenester til den enkelte.
5. Sikre tilstrekkelig bemanning med nødvendig kompetanse
6. Sikre en reell styrkning av helse- og omsorgstilbudet til hjemmeboende over 80 år som kan bidra til at flest mulig kan bli boende hjemme uten behov for unødvendig innleggelse i sykehus eller sykehjem.
7. Sikre samarbeid og samordning med aktuelle instanser – inklusive frivillige lag og organisasjoner.
8. Bygge tjenestetilbudet i dialog med ansatte, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.
9. Utvikle en god og målrettet informasjonsstrategi.
10. Utnytte ny teknologi så langt mulig og etisk forsvarlig

Status i 2015

Klarer vi å følge disse strategiene og oppfylle mål og delmål, vil situasjonen i 2015 være som følger;

1. Våre ansatte yter tjenester av faglig høy kvalitet

- Vi har ingen ufaglærte ansatte i helse- og velferdstjenesten
- Vi har et mangfold av yrkesgrupper og et bredt spekter av kompetanse
- Studenter, lærlinger og elever gir gode tilbakemeldinger mht Bjugn kommune som praksisarena
- Hovedregelen er at ansatte har heltidsstillinger, og vi fremstår som en attraktiv arbeidsgiver for helsepersonell

2. Vi har gjennomført rendyrkingen av sykehjemmet som en institusjon for korttidsopphold

- Vi har økt innsatsen i hjemmetjenesten slik at den gjennomsnittlige direkte brukertiden til alle brukere over 80 år av hjemmetjenesten er økt til 7 timer per uke.
- Vi har 76 boliger med nærhet til personalbase og heldøgns omsorg for dem som trenger det (30 % dekningsgrad)
- Vi har etablert 13 sykehjemsplasser for eldre hjemmeboende som trenger rask utredning, behandling og rehabilitering. (5 % dekningsgrad)

3. Eldre mottar helsetjenester av høy kvalitet

- Vi har vedtatt en standard for legetjenesten i sykehjemmet som tilfredsstillter statens forventninger og pasientenes behov
- Vi har full dekning av helsepersonell i alle deler av helse- og omsorgstjenesten
- Vi utnytter og har effekt av ny teknologi

4. Vi har et levende dagsenter som utgjør navet i tjenestene våre

- Vi arbeider aktivt og for hjemmeboende på bygda
- Holder et forebyggende fokus på aktivitet

5. Vi når målene som er beskrevet i strategiplanen.

Dette er definitivt et målbilde det er verdt å strekke seg etter. Rådmannen mener dette er realistisk!

2. Statlige mål og styringssignaler

2.1. Lovgivningen

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

Det er en faglig utfordring å sørge for at langtidsbeboere i institusjon bør få vedtak som sier noe om innhold i tjenesten og hva de får av type hjelp når de bor over lengre tid i institusjon.

I veileder for ”Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester” (Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet februar 2006) heter det bl.a.:

- 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.
- Boformen 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.

2.3. Kvalitetskrav

Kvalitetsforskriften(*) fremhever en del viktige verdier knyttet til at også personer som er avhengige av kommunale tjenester, kan ha selvstendig styring av eget liv. Blant annet gjennom:

- at tjenestemottakere får dekket sosiale behov, som mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet ut fra egne ønsker og forutsetninger, og ro og skjermet privatliv når det er ønsket
- at tjenestemottakere får rimelig valgfrihet i forhold til mat, med et variert og helsefremmende kosthold
- at tjenestemottakere med stort behov for hjelp til praktiske gjøremål kan følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket sengeopphold

- at enkelte grupper som har vanskelig for å redegjøre for sine behov, for eksempel demente, får tilrettelagte tilbud
- at alle som har langtidsopphold på institusjon kan få eget rom

(* Forskrift av 27.06.03 nr 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene)

2.4. Handlingsplan for eldreomsorgen (Stortingsmelding 50, 1996-97)

Meldingen skisserte en 4-årig handlingsplan med økt satsing på hjemmetjenestene, økt satsing på omsorgsboliger og med flere plasser med heldøgns pleie og omsorg. Det ble satt måltall for økt antall ansatte i hjemmetjenestene (6000 flere årsverk 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.

St.prp.nr. 61 (2005 – 2006) “Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007” (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. Regjeringens føringer i St.melding 25 – Omsorgsplan 2015

De overordnede strategiene som er presentert i stortingsmeldingen vil på lang sikt kunne dempe utgiftsveksten til omsorgssektoren. De viktigste områdene er følgende: Øke utdanningsnivået i omsorgstjenesten, øke innsatsen på forskning, utvikle og fornye tjenestene, forebyggende arbeid og ivaretagelse av familieomsorgen, og 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.

Fremtidige 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.

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.

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) 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.

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.

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.

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.

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

2.5. 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 (Kvaase-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 medisinskfaglig spisskompetanse hos sykepleierne og andre som jobber ved korttids plassene. Disse kommunene har ikke store vansker med å ta hjem utskrivingsklare fra sykehusene.

6.4. Boligpolitikk og helse- og omsorgsarena

”Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens helse- og omsorgstjenester, en analyse av alders- og sykehjem i 1999 (I-0971 B)” er en rapport som 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 ar alle former for langtidsopphold med dekking 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.

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 ressursinnsatsen overfor personer som har fått tildelt tjenester i henhold til denne definisjonen, er på linje med ressursinnsatsen i sykehjem uten at en helt ut har klart å oppnå full aksept blant publikum at dette gir samme trygghet som for brukere i sykehjem. De samme erfaringene har vi Bjugn Kommune. Selv om våre omsorgsboliger ligger "like utenfor døra" til sykehjemmet og hjemmesykepleiens base, opplever vi i for stor grad at de som bor i omsorgsbolig venter på å få plass på sykehjemmet/ og ikke minst; vil dra nytte av en sykehjemsplass/ bemannet bolig.

Fra varig bolig i sykehjemmet til et aktivt behandlingssted i sykehjemmet

Som nevnt i teksten over, så har Bjugn en ordning som er meget institusjonsorientert. Et stort antall av de som bor i sykehjemmet i dag (langtidsplasser) kunne uten problemer ha bodd i egen tilrettelagt bolig, - vel og merke med personale til stede i boligen. Den reelle forskjellen er ideologien og verdiene man går inn i tjenesteutøvelsen med. Et rigid regelverk som styrer sykehjemsdriften, legger både føringer og begrensninger på driften og hverdagen i institusjonen. Regelverket tar utgangspunkt i helselovgivningen og tar i mindre grad hensyn til det normale liv og verdier menneskene har levd etter.

Slik sykehjemmet fungerer i dag, bidrar det til å skape trygge omgivelser for de som har behov for pleie og omsorg og som ikke opplever stor nok trygghet i en egen bolig. Det være seg omsorgsbolig, trygdebolig eller annen opprinnelig bolig.

Hva skal vi bruke sykehjemmet til?

Sykehjemmet skal ikke lenger være en plass man flytter inn i. Derimot skal sykehjemmet inneha en funksjon som er nødvendig i samspillet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Hovedoverskriften blir da at sykehjemmet skal være en institusjon for medisinsk utredning, behandling og rehabilitering.

Man ser at viktige funksjoner som skal ivaretas er:

Avlastningsplasser. Antallet defineres tydelig, og vil kunne fungere som buffere for mennesker som har tyngende pleie og omsorgsoppgaver i eget hjem. Dette vil føre til at hjemmetiden vil være lenger når pårørende får forutsigbarhet på friperioder.

Akutt plasser. Dette vil være plasser hvor legene kan legge inn pasienter til observasjon i kortere perioder. (Det kan diskuteres om vi allerede har disse plassene i FDMS) For øvrig vil slike senger kunne fungere som et stimuli for rekruttering av sykepleiere som ønsker å arbeide med litt mer tekniske sykepleieroppgaver enn hva som er vanlig i dagens ordning.

Plasser for lindrende behandling. Det vises til tidligere utredninger vedrørende dette.

Rehabiliteringsplasser. Kommunen må helse tiden sørge for å kunne ta i mot "ferdigbehandlede pasienter" fra sykehuset. Slike pasienter må ofte innom sykehjem for rehabiliteringsopphold. Plassene er også aktuelle for mennesker med kroniske lidelser som bor hjemme, men som profitterer på opptreningsopphold i en institusjon som driver med rehabilitering.

Hvor mange plasser må vi ha?

Prosentvis dekning	NÅ	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

Avlastningsplasser 3

Akutt plasser 2

Plasser for lindrende behandling 2

Rehabiliteringsplasser 6

Dersom man velger å se at akutt plassene er ivaretatt på Fosen DMS, kan kommunen velge å etablere 2 færre plasser i egen kommune, - eller å omdisponeres til for eksempel ”venteplasser” for brukere som venter på plass i en Bombolimf.

6.3. Driftsmessige og økonomiske konsekvenser av en hjemmetjenesteorientering sammenlignet med en institusjonsorientering av helse- og omsorgstjenesten

Steinkjer kommune har gjennomført kostnadsanalyse der en sammenligner brukerrettede driftskostnader (pleieressurser) i sykehjem med tilsvarende kostnader for sammenlignbar ”pleietyngde” i et bosenter. De kom fram til følgende tall:

	Antall brukere	Snitt pleietyngde	Kostnad brukerrettet innsats pr beboer *
Omsorgssenter, samlokaliserte omsorgsboliger	32	3,05	Kr 221 000,-
Sykehjem	45	3,95	Kr 391 000,-

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

Differansen i kostnader for brukerrettet innsats per beboer per år er på kr 170.000,-. Forskjellen i gjennomsnittlig pleietyngde skulle ikke tilsi forskjellen i ressursbruken. En av hovedårsakene til lavere driftskostnader ligger i endrede driftsopplegg der ressursene er mer tilpasset summen av individuelle behov, og at arbeidsformene er endret sammenlignet med sykehjem. Arbeidsmåtene er de samme som i hjemmebasert tjeneste 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 i hovedsak). 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 helse og omsorg i sykehjem lå kr 219,- over tilsvarende for fast bemannede omsorgsboliger, innenfor 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.

LEON – prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå)

LEON prinsippet legges til grunn for utviklingen innenfor tjenestefeltet som dekkes av denne planen. Prinsippet innebærer at det tas hensyn til brukernes ønske om å kunne fungere lengst mulig i eget hjem og utnytte sine ressurser optimalt. Når kommunen har et velfungerende

helsesystem der omsorgskjeden er bygd på LEON prinsippet, betyr det at de finns et tilbud som treffer den enkelte bruker akkurat der han eller hun er med sine behov, sin helse og sitt liv.

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.

6.7. 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. Forskning¹² 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 med 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 Lægeforening, 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 tjenestemottakerne.
- 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.

Slik vil helse – og omsorgstjenesten i Bjugn Kommune se ut innen 2015:

Hjemmeboende på bygda som mottar hjemmesykepleie og/ eller praktisk bistand

Omsorgsboliger, slik vi i dag kjenner dem.

Dagsenter

Omsorgsboliger bygget med fellesareal og som har tilhørende bemanning.

Sykehjem med plasser for korttidsopphold. Herunder: utredning, behandling og rehabilitering.

Man tenker 13 sykehjems plasser disponert slik:

6 plasser til rehabilitering

2 plasser til lindrende behandling

2 akutt plasser

3 avlastning

(x venteplasser)

	Antall plasser	Betjenes av hjemmesykepleien	Type kompetanse	Kriterier for tildeling
Hjemmeboende på bygda i opprinnelig bolig		x	Sykepleiere og helsefagarbeidere	Individuell vurdering
Omsorgsboliger	14	x		
trygdeboliger	16	x		

Dagsenter	30		Aktivitører Fysioterapeuter Vernepleiere ergoterapeuter	
Bemannet omsorgsbolig Bombolimf	16 nye		helsefagarbeidere	
sykehjem	25 + 16		Sykepleiere Fysioterapeuter Ergoterapeuter hjelpepleiere	Behov for: <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitering • Avlastning • Akutt sykdom • Lindrende behandling • I påvente av tilrettelagt bolig •

En Bombolimf:

I Bjugn kommune ser vi for oss å ha flere enheter hvor hver Bombolimf rommer 8 – 10 beboere.

Den første klyngen av omsorgsboliger vi bygde, kan med fordel oppgraderes til en Bombolimf.

Vi ser at vi har behov for 16 nye bo enheter som anbefales bygd som Bombolimf, gjerne i enheter med 2 x 8 boenheter.

Hva er en Bombolimf?

Betjentet Omsorgsbolig Med Fellesareal. Ideen er hentet fra Lemvig i Danmark hvor de opererer med to typer boliger:

Eldrebolig; som er det samme som våre omsorgsboliger, har fysisk beliggenhet i umiddelbar nærhet til personalbase med både dagtilbud og pleie og/ eller omsorgstilbud..

Pleiebolig; som er det vi nå skisserer med det humoristiske begrepet Bombolimf

Dersom vi tar utgangspunkt i Lemvig kommunes pleieboliger, skal en Bombolimf være som følger:

En Bombolimf har et leve-bo miljø, hvilket innebærer at alle aktiviteter foregår i boenheten slik at det minner mest mulig om et alminnelig hjem.

Personalet skal tilstrebe å skape et trygt miljø med hjemlige og gjenkjennelige rammer.

I hver boenhet er det et stort kjøkken, gjerne et treningskjøkken, hvor all mat tilberedes til beboerne. Måltidene inntas ved et stort spisebord, og personalet spiser sammen med brukerne.

Personalet spiser, mot betaling, sammen med beboerne. Det er naturligvis mulighet til å spise for seg selv, dersom det er ønskelig.

Personalet

I en Bombolimf er det tilknyttet et fast personale. Disse er i hovedregel helsefagarbeidere. I tillegg kan beboere i en Bombolimf få hjelp av hjemmesykepleiers ambulante team som skal ha et spesielt ansvar for å bidra med kompetanse og kapasitet dersom den opprinnelige bemanningen ikke strekker til i boenheten.

Personalet ivaretar de daglige gjøremål, som pleie av, omsorg for og aktivisering av beboerne. Dessuten ha personalet ansvar 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.

Leilighetene

Leilighetene vil ha ett rom med eget toalett og bad, samt et te - kjøkken med kjøleskap. I leiligheten er det garderobeskap og seng. Beboerne medbringer egne møbler og egne gardiner. Det er lagt opp for uttak til TV, telefon og bredbåndstilgang i hver leilighet.

Fellesareal

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.

Aktiviteter

Daglige aktiviteter foregår i boenhetene sammen med beboerne og personalet, eller i Dagsenteret. Beboerne deltar i aktiviteter i det omfang de selv har lyst til og / eller den fysiske formen tillater.

Gjester

Gjester er meget velkomne. Det er mulighet til å delta i felles måltider dersom man gir beskjed på forhånd. Det er fastlagte priser for det enkelte måltid. Det er også mulighet til å feire beboeres fødselsdager og lignende i fellesarealet.

Arrangement

Det arrangeres fine måltid i forbindelse med høgtider og lignende. Det arrangeres også utflukter i nærmiljøet, og det legges til rette for små og store aktiviteter under overskriften ” hjemlig hygge”.

Det samarbeides med Dagsenteret og frivillighetssentralen og besøkstjenesten i Bjugn Kommune.

Hverdagen i en Bombolimf

I boenheten er familien en viktig samarbeidspartner og ressurs. Det er beboernes eget hjem, der det også skal være hyggelig for familie og venner å komme og eventuelt ta del i hverdagen. Det vil være rolige hverdagslige omgivelser i boenheten, og det er mulighet for deltakelse i forskjellige arrangementer som vi – beboerne, pårørende og personalet har mulighet for å planlegge og arrangere sammen.

Livet og aktivitetene i boenheten skal i størst mulig grad tilsvare en families hverdagsliv, og beboerne skal kunne ta aktivt del i dette hverdagslivet og oppleve en gjenkjennelig døgnrytme. Beboere, pårørende og personalet er en integrert del av livet i boenheten.

Daglige aktiviteter som matlaging, vask og lignende forgår i størst mulig grad i boenheten og sammen med beboerne.

Pårørende er velkommen til å delta i måltider rundt spisebordet. Vi kan ikke yte noe ekstra service, men det står alltid kaffe i skapet dersom det ikke er mer igjen på kannen.

Det vil alltid være mulig for pårørende å få snakke med personalet, men vi forbeholder oss retten til å henvise til tidspunkter som vi finner mest beleilelig.

Bombolimfen

Signert leiekontrakt returneres Bjugn Kommune innen innflytning. Boenheten har ingen til med husleieforholdet å gjøre.

Det skal meldes om ny adresse til Folkeregisteret

Bygninger og fast inventar er forsikret. Den enkelte skal selv sørge for en innboforsikring

Vi setter opp navneskilt ved ytterdøren. Du skal selv sette opp navneskilt ved din egen dør.

Egen telefon kan flyttes til leiligheten

Har du TV, skal du betale lisens.

Innflytning

Innen du flytter inn skal du og dine pårørende møblere leiligheten. Alt skal være på plass før du selv flytter inn

- 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. Vær oppmerksom på at det er lett å snuble i teppekanter, 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 få et ønske om en annen innredning av leiligheten. Skal sengen f eks stå fritt slik at man kommer til fra begge sider, kan det innebære 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, evt sengeteppe
 - Håndklær
 - Eget tøy
 - Toalettsaker
 - Medisin
- Alt tøyet skal merkes.

Avtaler i boenheter

Når du flytter inn, får du tildelt din primærkontakt. Kontaktpersonen tar 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 ar hånd om din økonomi.

Du får utlevert 2 nøkler til leiligheten.

Ved innflyttingssamtale avtaler vi hvem som skal ta ansvar for å tømme din postkasse

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 dit liv som har betydning for deg i dag.

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

Under innflytningssamtalen snakker vi om gjensidige forventninger.

Oppgaver for pårørende

Husk å melde flytting til Folkeregistret, apoteket, posthus og andre steder
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 det går i stykker
Det er pårørendes ansvar å tømme postkasse dersom ikke annet er avtalt
Dersom beboeren ønsker det, er det alltid en god ide å gå en tur når pårørende er på besøk
Ved dødsfall vil vi gjerne imøtekomme deres ønsker. Snakk med kontaktpersonen og få evt
ønsker skrevet ned
Evt hjelpemidler skal pårørende avlevere på hjelpemiddelsentralen
Pårørende har ansvar for å si opp, tømme og rengjøre leiligheten ved fraflytning eller dødsfall.