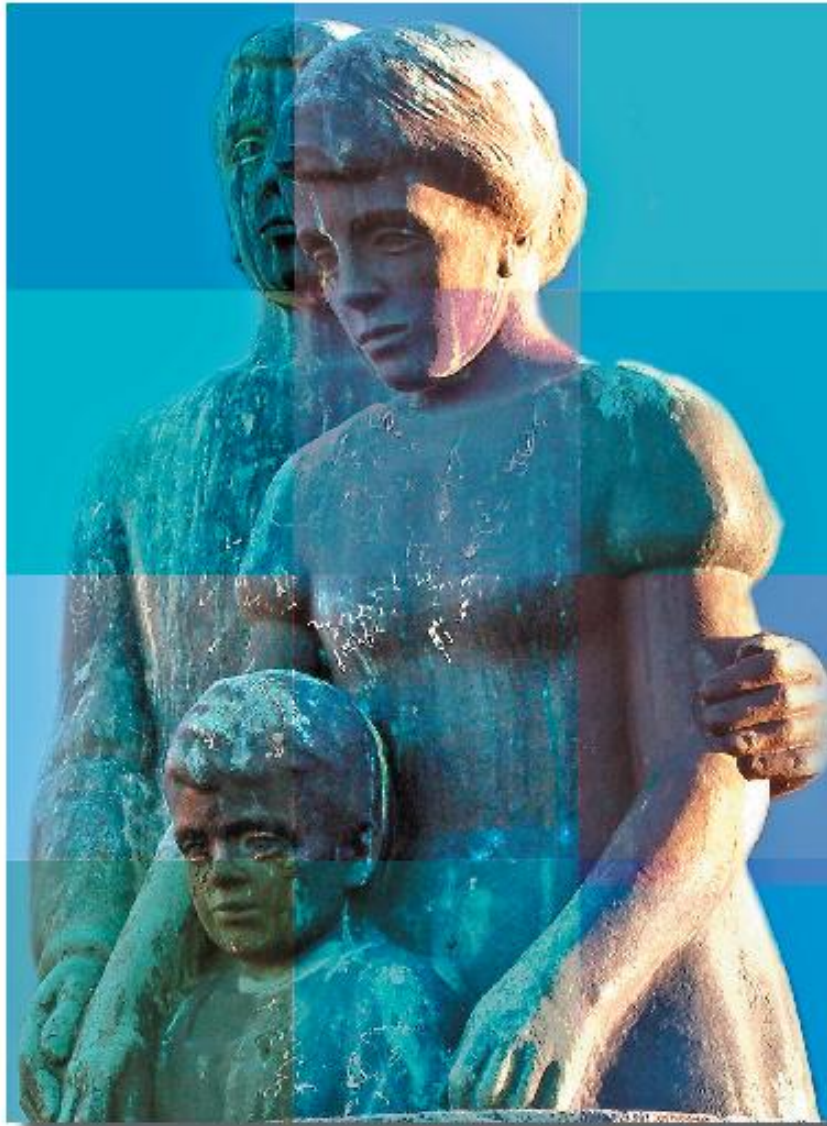




## Kommuneplan for Sarpsborg



## Kommunedelplan for pleie- og omsorgstjenester 2007 - 2016

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Statlige styringssignaler og fremtidige behov</b> .....	<b>4</b>
3.1 Stortingsmelding nr. 25 – Omsorgsplan 2015.....	4
3.2 Behov og forventninger .....	5
3.3 Trender.....	6
<b>4. God kvalitet i omsorgstjenestene – hva er kjennetegnene?</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Status</b> .....	<b>10</b>
5.1 Omsorgstrappa.....	10
5.2 Statistikk om tjenestene .....	10
5.3 Analyse og rapport fra RO-senteret.....	12
<b>6. utfordringer</b> .....	<b>14</b>
6.1 Demografi .....	14
6.2 Tjenestenes spesielle utfordringer .....	15
<b>7. Kost/nytte</b> .....	<b>26</b>
<b>8. Mål og strategier</b> .....	<b>28</b>
8.1 Overordnede målsettinger i Kommuneplan 2007 – 2020.....	28
8.2 Strategier .....	28
<b>9. Vedlegg:</b> .....	<b>33</b>
9.1 Vedlegg 1    Befolkningsprognoser 2006 - 2025.....	34
9.2 Vedlegg 2    Forhold til vedtatte planer .....	35
9.3 Vedlegg 3    Dagens pleie- og omsorgstjenester .....	37
9.4 Vedlegg 4    Sammenligning av utgifter og inntekter.....	41



## **1. Innledning**

I budsjett for 2006 fattet bystyret vedtak om at det skulle gjennomføres en evaluering av situasjonen i pleie- og omsorgstjenestene og at det skulle foretas en helhetlig vurdering av institusjonstilbudet og andre omsorgstjenester. Hovedutvalget for helse- og sosiale tjenester behandlet 21.11.2006 en evaluering av pleie- og omsorgstjenestene. Denne evalueringen ligger til grunn for utarbeidelse av denne planen.

Planen baserer seg på verdiene trygghet, medvirkning, livsutfoldelse, hjelp til selvhjelp og verdighet som de viktigste. Dette er verdier som er vektlagt i kommuneplanen og som har blitt fokusert av hovedutvalget for helse og sosial gjennom planprosessen.

Planens hovedformål er å trekke opp de viktigste overordnede strategiene for utvikling av pleie- og omsorgstjenestene fram til 2016. I noen grad trekkes perspektivet ennå lengre fram i tid. Pleie- og omsorgstjenestene er svært mangeartet og omfattende. Prosjektgruppa har hatt begrenset mulighet til å fordype seg i alle sider av tjenestene. Det er derfor behov for at planen på en del områder følges med konkrete handlingsplaner.

Kommunen har vedtatt en egen plan for psykisk helse. Disse tjenestene er holdt utenfor rammen av denne planen. Det samme gjelder boveiledningstjenestene til psykisk utviklingshemmede. Pleie- og omsorgstjenester ytes ellers til alle som har behov for slike tjenester, uavhengig av alder og diagnose.

Utvikling av pleie- og omsorgstjenestene bør sees i et bredt samfunnsperspektiv. Jo bedre levekårene for innbyggerne utvikles, både med tanke på utdanning, inntekt, sosiale nettverk, kulturliv og integrering av alle innbyggerne i meningsfulle aktiviteter, jo mer forebygger man behovet for pleie- og omsorgstjenester. Det er et mål at denne planen skal bidra til å sette fokus på dette forebyggende aspektet.

Planen er utarbeidet gjennom en bred prosess der representanter fra virksomhetene, kommuneområdene, politikere, tillitsvalgte og samarbeidsinstanser har deltatt. Det har vært avholdt møter med eldrerådet, rådet for funksjonshemmede, flerkulturelt kontaktutvalg, virksomheter, referansegruppe og hovedutvalg. Hovedstrategiene er også presentert for bystyre og i åpent møte for befolkningen i Sarpsborg.

En prosjektgruppe har hatt ansvar for utarbeidelse av det faglige innholdet i planen. Prosjektgruppa har bestått av representanter fra virksomhetene, kommuneområde ressurs, plan og utvikling ved seksjon pleie og omsorg, seksjon helse, miljø og forebygging, tillitsvalgte og hovedverneombud. Prosjektleder er fra seksjon pleie og omsorg.

## 2. Sammendrag

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening” om framtidens omsorgsutfordringer, ble lagt fram av regjeringen høsten 2006 og behandlet av Stortinget 26. mars 2007. Meldingen gir viktige føringer for innholdet i denne planen. Evalueringen av omsorgstjenestene, som ble lagt fram for bystyret 21.11.2006, utgjør et annet viktig utgangspunkt for planen. Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO) har bistått kommunen med en bred analyse av status som grunnlag for videre arbeid med strategier. Rapporten konkluderer med at kommunen i dag har en god omsorgstjeneste, samtidig som det pekes på viktige utfordringer.

Nye prognoser for befolkningsutviklingen viser at det er aldersgruppen 67-79 år som øker mest i løpet av kommende 10-års periode. Det er marginale endringer for gruppene over 80 år. Dette gir kommunen de nærmeste 10-15 år tid til å bygge opp og forberede seg for den betydelige økningen man får i de eldste aldersgrupper fra ca år 2025. Med økende levealder er et økende antall eldre med demens en av de store utfordringene kommunen må møte med egnede tjenester.

Helhetlig plan for pleie og omsorgstjenester 2007 - 2016 trekker opp viktige strategier for å nå målene i Kommuneplan 2007 - 2020. Planen setter fokus på tiltak som kan øke den enkeltes muligheter for trivsel, trygghet og livsutfoldelse som kan styrke den enkeltes evne til mestring av egen hverdag. Dette utfordrer både de kommunale tjenester på tvers av fagområder, så vel som den enkelte innbygger i Sarpsborg. I planen legges det vekt på økt forebyggende innsats i samarbeid mellom kommunen og frivillige.

I løpet av de siste 10 årene er antall brukere under 67 år i omsorgstjenestene nesten fordoblet og utgjør på landsbasis i dag ca. 1/4 av alle brukerne. I Sarpsborg utgjør de så mye som 1/3 av alle brukerne. Kostnadene til hjemmebaserte tjenester til denne gruppen utgjør i Sarpsborg mer enn halvparten av totalkostnadene. Endringen skyldes endrede behov, endret etterspørsel og endret tilbud. I planen anbefales det et økt fokus på familiebasert omsorg som alternativ til kommunal omsorg, ved at man i større grad enn tidligere tilrettelegger for støttende tiltak i hjemmet. Dette kan dreie seg om tiltak som avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og andre familiestøttende tiltak.

Det anbefales at langvarige pleie- og omsorgsbehov i større grad enn i dag gis på arenaer som har mer hjemlig karakter og som kan tilby den enkelte stor grad av selvbestemmelse. Det foreslås en volumøkning av heldøgns plasser med 15 – 20 nye plasser årlig i perioden fram til 2016. Hovedvekten av økningen foreslås i form av nye enheter i bofellesskap med heldøgns bemanning. I planen foreslås bygging av nytt sykehjem med 100 plasser. 70 av disse plassene er nødvendig for at alle dagens dobbeltrom skal kunne tas i bruk som enerom. Øvrige 30 sykehjemsplasser representert en faktisk volumøkning. Sykehjemmene vil fortsatt ha en viktig funksjon i forhold til omfattende omsorgsbehov, men bør vie mer av kapasiteten til tidsbegrensede funksjoner, som kan støtte opp om hjemmetjenestene.

Kommunene vil i årene fremover stå overfor store utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert personale til omsorgstjenestene. Omsorgsoppgavene blir større, behovet for kompetanse øker og konkurransen om arbeidskraften øker. Det er en helt sentral oppgave å sørge for at kommunen som arbeidsplass er attraktiv nok både til å beholde kvalifisert arbeidskraft og til å sørge for tilstrekkelig nyrekruttering.



### 3. Statlige styringssignaler og fremtidige behov

#### 3.1 Stortingsmelding nr. 25 – Omsorgsplan 2015

September 2006 ble Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) - ”*Mestring, muligheter og mening*” presentert. Meldingen omtales også som *Omsorgsplan 2015*. Hovedfokuset i meldingen er framtidens omsorgsutfordringer og regjeringens strategier for hvordan man ønsker å møte dem. Meldingen trekker opp perspektiver på utviklingen helt fram mot 2050.

*De største utfordringene i årene fremover forventes å være:*

- Sterk vekst i brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessig og sosiale problemer.
- Behovsvekst som følge av et økende antall eldre vil kreve utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. Den nye generasjonen eldre har samtidig bedre helse og mer ressurser.
- Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere.
- Det vil være behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger.
- Det vil kreves større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gis en mer aktiv profil.

Regjeringen har utformet en *omsorgsplan* basert på 5 langsiktige strategier for framtidens omsorgstjenester:

*Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging*  
Større valgfrihet og individuell tilpasning

*Kapasitetsvekst og kompetanseheving*

Kompetanseløftet 2015. Kapasiteten i utdanningen må økes for at kommunene skal få tilgang til nok kompetanse. Styrking av personell med 10 000 årsverk innen utgangen av 2009.

Regjeringen peker på at personellstyrkingen spesielt gir muligheter til å:

- gi mer omsorg i omsorgsboligene
- styrke legedekningen og den medisinske kompetansen i omsorgstjenestene
- legge sterkere vekt på kultur, aktivitet og sosiale tiltak
- utbygge dagtilbud og eldresentra
- styrke demensomsorgen
- iverksette forbyggende tiltak og koordinering av frivillige

I løpet av de siste 10 årene er antall brukere av omsorgstjenestene under 67 år nesten fordoblet og utgjør i dag om lag 1/3 av alle brukerne på landsbasis. Kostnadene til hjemmebaserte tjenester til denne gruppen utgjør mer enn halvparten av totalkostnadene. Endringen skyldes endrede behov, endret etterspørsel og endret tilbud.

*Bedre samhandling og medisinsk oppfølging*

God balanse i tjenestetilbudet og sammenhengende kjede av tiltak.

Regjeringen tar sikte på å presentere en helhetlig demensplan i løpet av 2007. Planen skal vektlegge tiltak som kan gis før det blir aktuelt med et heldøgnsstilbud og sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde.

Det er ikke fastsatt noen ny norm for legetjeneste i sykehjem, men helse- og omsorgsdepartementet mener det er behov for å øke innsatsen av legeårsverk med minst 50 % fram til 2010. Det er behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og bofellesskap. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte somatiske lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og sosialtjenesten og fastlegene.

#### *Aktiv omsorg*

Kultur, aktivitet og trivsel som sentrale element i et helhetlig omsorgstilbud:

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.

#### *Partnerskap med familie og lokalsamfunn*

Tilrettelegging for pårørendes og frivilliges innsats.

Forebyggende innsats for å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap.

Det anbefales økt fokus på familiebasert omsorg som alternativ til kommunal omsorg, ved at man i større grad enn tidligere tilrettelegger for støttende tiltak i hjemmet. Dette kan dreie seg om tiltak som avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og andre familiestøttende tiltak.

*Regjeringen varsler et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for finansieringsordningen er personer med behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Ordningen vil også omfatte personer med psykisk sykdom, utviklingshemming og rusproblemer. Tilskuddet skal også kunne gis til tilpasning av egen bolig og adkomst til boligen. Regjeringen vil komme tilbake til spørsmål om investeringstilskudd i forbindelse med statsbudsjettet for 2008.*

#### *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*

Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund inngikk i 2006 en avtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene fram til 2010. Avtalen angir hovedområdene for felles satsing og mål for kvalitetsutviklingen som samsvarer med strategiene i Stortingsmelding nr 25.

Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Partene vil i fellesskap bidra til

*”..å bedre tjenestetilbudet gjennom lokalt utviklingsarbeide og brukermedvirkning, systemer i kommunene som gir brukerne god informasjon, sterkere fokus på forebyggende arbeid, rehabilitering, samarbeid med familie og frivillige og et meningsfullt dagligliv for brukerne,... og styrke helse og omsorgstjenestenes omdømme.”*

### **3.2 Behov og forventninger**

Pleie- og omsorgstjenestene vil i tiden fremover møte tjenestemottakere som er mindre beskjedne, som vil bestemme selv og som er vant til å stille krav. Morgendagens eldre vil legge mer vekt på individuelle verdier, opplevelser og prestasjoner enn på kollektive verdier.

Framtidas eldre vil ha høyere utdanning og høyere materiell standard enn tidligere generasjoner eldre. Dette vil påvirke de eldres forventninger til omsorgstjenestene, både når det gjelder det faglige innholdet, grad av individualitet, tjenestenivå og hvilken arena tjenesten skal gis på. Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens mottakere, men vil også ha andre ressurser for å mestre dem.

Den medisinsk-teknologiske utviklingen har vært omfattende de siste tiårene. De neste tyve årene vil utviklingen sannsynligvis gå enda raskere enn den har gjort til nå, blant annet som følge av framskrittene innenfor gen- og datateknologien. Eldres helse blir stadig bedre og levealderen forventes fortsatt å øke. Utviklingen innenfor medisin kan komme til å endre behovet for omsorgstjenester.

### 3.3 Trender

Det er betydelig ulikheter i utgiftene til eldreomsorg i de nordiske landene. Mens Sverige i 2002 anvendte 2,8 prosent av brutto nasjonalprodukt, brukte Norge 2 prosent, Danmark 1,8 prosent og Finland 1,4 prosent.

Eldre i Norge har relativt liten kontakt med lege eller medisinske tjenester. I Norge har bare 16 prosent i alderen 85 år og over vært innlagt på sykehus siste året, mot 25-30 prosent i Spania, Tyskland og England. En hovedgrunn til den lave bruken av lege og sykehustjenester kan være at eldre i større grad har tilgang til hjemmetjenester og institusjonsomsorg i kommunene.

Danmark har lengre tradisjon for, og har i større grad enn de andre nordiske landene, satset på boliger og hjemmetjenester. I Ålborg ble f.eks. det siste sykehjemmet nedlagt i 1991 og erstattet med ulike typer omsorgsboliger. Omsorgstilbudet i Danmark har også hatt et større innslag av sosiale tjenester og aktivisering og vært mindre helsefaglig orientert. De øvrige nordiske landene har tradisjonelt satset mer på institusjoner og knyttet tilbudet nærmere helsetjenestene. I de senere årene har imidlertid kommunene både i Norge, Island, Sverige og Finland valgt å satse mer på tilrettelagte boliger og hjemmetjenester. Hjemmetjenestene har over tid utviklet seg til å bli stadig mer skreddersydde og konsentrert om mennesker med store hjelpebehov. Mest tydelig er dette i Sverige der færre får hjemmetjenester, men de som får mottar svært omfattende bistand.

Generelle utviklingstrekk i Norge er at ansvaret for omsorgstjenestene i stadig større grad er desentralisert til kommunene hvor oppgavene er flyttet fra institusjon til hjemmetjenester (avinstitusjonalisering) og fra særomsorg til fellesløsninger (integrering).

Over 200 000 brukere mottok i 2005 kommunale omsorgstjenester i Norge. Mer enn 40 000 av dem bodde i alders- og sykehjem og nesten 50 000 i omsorgsbolig eller annen tilpasset bolig. Av disse bor i overkant av 15 000 personer i omsorgsbolig med heldøgns tjenester.

De fleste som får kommunale omsorgstjenester er over 80 år (vel 50%), men den største økningen det siste tiåret finner vi i aldersgruppen under 67 år. Der er antall brukere nesten fordoblet (utgjør nå nær 25% av alle mottakere på landsbasis). Viktigste årsak er at kommunene er gitt nye oppgaver gjennom statlige helse- og sosialpolitiske reformer. Kunnskapen om tjenesten er blitt bedre og terskelen for å be om hjelp kan ha blitt lavere. Utviklingen følger også av en generell vekst i de aktuelle aldersgruppene og dermed også i antall personer med behov for omsorgstjenester. Blant de yngste eldre (67-79 år) har det vært

nedgang i tallet på tjenestemottakere. Dette samsvarer med at de yngste eldre har fått bedre helse.

Selv om eldre stadig får bedre helse, er det spesielle utfordringer innenfor en del psykiske og somatiske områder. Det gjelder ikke minst utviklingen av demens, psykiske lidelser, lårhalsbrudd, KOLS, diabetes, kreft, hjerte- og karsykdommer, parkinson og hjerneslag. Andelen av den norske befolkningen som er overvektige øker og vil være en utfordring blant fremtidens eldre.

Den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen i Norge er preget av en høy andel unge voksne og en lav andel eldre. Dette vil endre seg etter hvert som den ikke-vestlige befolkningen blir eldre. Tall fra den siste folke- og bolig tellingen viser at på sikt vil mange eldre, ikke-vestlige innvandrere bo uten andre omsorgspersoner i husholdningen.

Familieomsorgen fra pårørende ser ut til å være påfallende stabil. Beregninger viser at den omsorgen familie, naboer og venner yter overfor omsorgstrengende, fortsatt er større enn den offentlige omsorgen. En rekke forskere har påvist at de offentlige tjenestene ikke har fortrenget familieomsorgen fram til nå.

Siden 1985 er den kommunale pleie- og omsorgstjenesten målt i antall årsverk fordoblet. Antall personer i institusjoner for eldre har fra 1992 til 2005 vist en liten nedgang. Samtidig har dekningsgraden for omsorgsboliger i perioden 1997-2005 økt fra 3% til 11% for innbyggere 80 år og over.

Innretning av pleie- og omsorgstjenestene i norske kommuner er ganske varierende. Store kommuner har t.eks. høyere institusjonsdekning enn de små og mellomsmå kommunene. Gjennomgående har utviklingen i norske kommuner de siste årene gått i retning av:

- Større satsing på hjemmebaserte tjenester for å redusere press på sykehjemsplassene. Heldøgns tjeneste i omsorgsboliger defineres som hjemmebaserte tjenester.
- Sykehjemsplassene brukes i større grad enn tidligere som behandlingsplasser etter sykehusopphold, som tilbud for behandling og utredning lokalt i stedet for sykehusinnleggelse, eller som andre korttidstilbud.
- Omsorgsboligene med bemanning utgjør en stadig større andel av "plassene" der innbyggere med behov for heldøgns tjeneste får trygghet for individuelt rettet hjelp over lengre tid. Tjenestene i omsorgsboliger erstatter boform og tjenester som tidligere kun var å finne i sykehjem.
- Andelen av demente som gis tilbud i bofellesskap, er stadig økende.

En annen trend en ser er at sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns bemanning blir stadig mer lik hverandre på den måten at sykehjemmene i større grad "boliggjøres", mens omsorgsboligene med heldøgns bemanning tilrettelegges for beboere med stadig større funksjonstap. I noen tilfeller gis det mer bistand til enkeltbrukere i bofellesskap enn hva de får i sykehjem. Det har i lengre tid samtidig vært arbeidet med å finne felles lovhjemling og betalingsordninger for de to formene for heldøgns omsorg, uten at det så langt har funnet sin løsning. Det er grunn til å tro at utvisking av forskjellene mellom de to omsorgsformene vil fortsette i årene som kommer.



#### 4. God kvalitet i omsorgstjenestene – hva er kjennetegnene?

Ressurscenteret for omstilling i kommune (RO), som har erfaring fra arbeid med 80 % av landets kommuner, oppsummerer slik kjennetegnene for hvordan tjenestene beskrives i de kommunene som får tilbakemelding om god kvalitet og som samtidig makter dette innenfor begrensede ressursrammer. Ingen kommuner har alle kjennetegnene, men en finner flere av disse kjennetegnene i noen kommuner enn i andre.

##### ***En tjeneste som er gjennomsyret av fokus på forebygging, tilrettelegging og mestring***

Behovsvurdering, enkeltvedtak og oppfølging av vedtakene i den daglige tjenesteytingen retter oppmerksomheten på mulighetene og motivasjonen for mestring hos den enkelte tjenestemottaker. I tillegg har kommunen økt satsing på fysisk tilrettelegging, sosial trening, nettverksbygging og varierte meningsfylte aktivitetstilbud.

##### ***God omsorg definert som målrettet og systematisk forskjellsbehandling***

Alle tilbys tjenester ut i fra en grundig og individuell vurdering av den enkeltes særskilte behov og ressurser.

##### ***Ansatte med god evne til kommunikasjon***

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

##### ***Nærværende og tydelig lederskap***

Tydelige ledere med handlingsrom. Ledere som ser medarbeideren, som er nær og har klare forventninger til tjenesteatferd. Som berømmer forslag til nye arbeidsformer og viser stolthet over det en lykkes med. Feil læres av og veiledning er systematisert.

##### ***En visjonær organisasjon med tydelige mål***

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

##### ***Tydelig forventningsavklaring mot befolkningen***

Tjenestene er beskrevet på en slik måte at innbyggerne skjønner hva som kan forventes av hjelp og støtte og hva som skal kjennetegne måten tjenesten skal ytes på.

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

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

##### ***Sykehjemmets korttidsfunksjon er prioritert framfor sykehjemmet som boform***

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

##### ***Omsorgsboligene er i hovedsak bygd som bofellesskap***

I disse kommunene utgjør bofellesskap arenaen for tjenestemottakerne med de største behov for tjenester gjennom hele døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærmet lik som

ved nybygde sykehjem. Bofellesskap nyttes også som arena for tilrettelagt tilbud for innbyggere med demens.

***Arbeidsformene fra sykehjem er ikke overført inn i bofellesskapene***

Daglige rutiner, arbeidsmåter, arbeidsplaner, grad av samhandling med pårørende etc. er forskjellig fra sykehjem. Vedtakene er individualisert og tjenestebeskrivende.

***Har kvalifiserte bestillere med budsjettansvar***

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

***God samhandling med den kommunale legetjenesten***

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

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

Tilsetter kulturarbeidere, miljøterapeuter, sosialarbeidere, pedagoger, etc. Øker mangfoldet av kompetanse for å gi bredde i tilbudet og for å møte andre typer behov sammenlignet med tidligere.

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

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

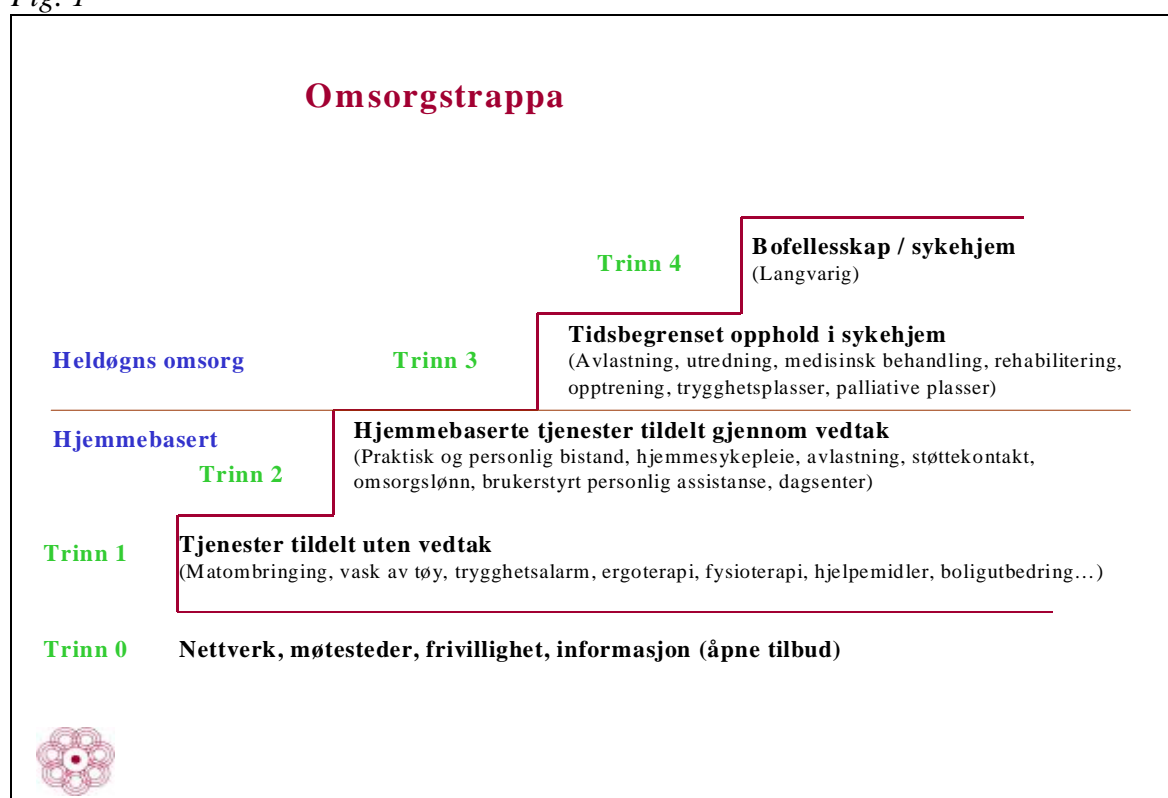


## 5. Status

### 5.1 Omsorgstrappa

For å illustrere de ulike nivåene av pleie- og omsorgstjenestene, er tjenestene nedenfor fremstilt som en omsorgstrapp med 4 trinn. I tillegg er det beskrevet et trinn-0, som representerer åpne tiltak som skal være tilgjengelig for alle og slik sett ikke er del av de ordinære omsorgstjenestene. Beskrivelser i planen av utfordringer, strategier, mål og tiltak følger trinnene i trappa nedenfra og opp for å gi mest mulig oversiktighet i fremstillingen.

Fig. 1

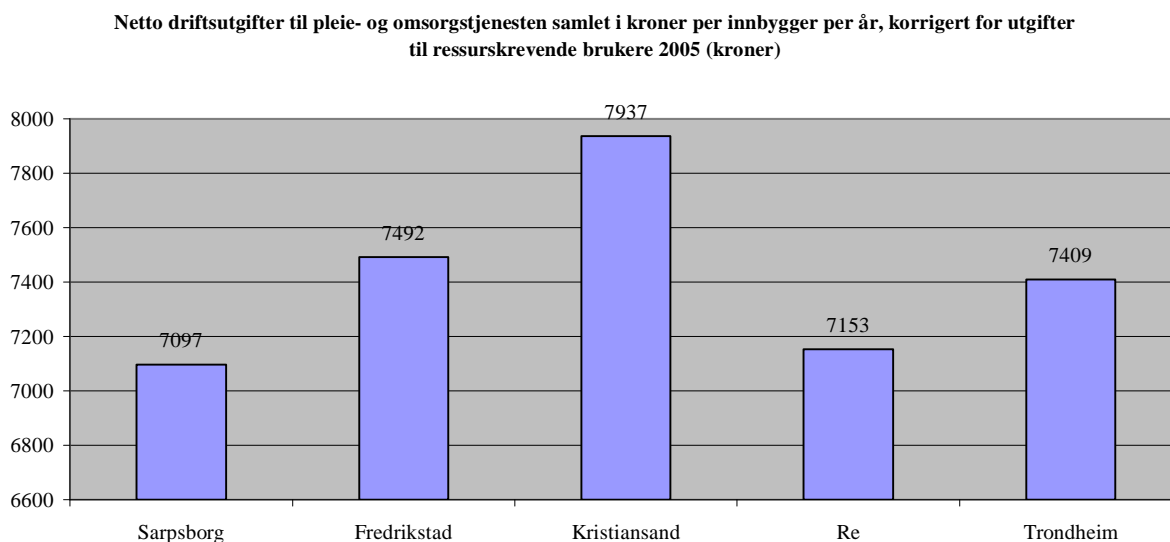


Beskrivelsen av dagens pleie- og omsorgstjenester begynner med tiltak på trinn 1.

### 5.2 Statistikk om tjenestene

Bystyret behandlet 21. nov. 2006 en egen sak om evaluering av pleie- og omsorgstjenestene i Sarpsborg. I saken gis det bl.a. en fremstilling av hvordan kommunen ligger an sammenlignet med andre kommuner. KOSTRA-tall (rapportering til stat) viser følgende om tjenestene i Sarpsborg. Tallene er hentet fra rapporteringen for 2005:

Fig. 2



Tabell 1 Kostra-tall (2005)

	Sarpsborg	Kommunegr. 13 <sup>1</sup>	Gj.snitt Østfold	Gj.snitt alle kommuner
Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale pleie og omsorgstjenester	233 458	250 313	235 429	237 559
Andel innbyggere under 67 år som mottar hjemmetjenester (%)	1,3	1,2	1,4	1,2
Andel innbyggere 67 år og over som mottar hjemmetjenester (%)	17,8	17,0	16,9	18,9
Andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester (%)	38,3	34,2	34,1	36,2
Årsverk leger pr 1000 plasser i institusjon	9,4	7,7	9,1	6,7
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	74	69	70	69

Aldersgruppen 0 – 66 år representerer ca. 1/3 av brukerne, men mottar hele 60% av timene som ytes i hjemmebaserte tjenester. Dette er tall som inkluderer psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser. Dette viser at det dreier seg om brukere med store behov.

Tabell 2 - Andel av befolkningen i Sarpsborg som mottar tjenester (per okt. 2006)

	Hjemmebaserte tjenester	Bofellesskap eller sykehjem
0 – 66 år	1 %	0,1 %
67 – 79 år	7 %	2 %
80 – 89 år	25 %	13 %
Over 90 år	38 %	35 %

<sup>1</sup> Gj.snittstall for 38 kommuner som er mest å sammenligne med Sarpsborg i størrelse.

Tabellen viser hvordan behovet for pleie- og omsorgstjenester øker med økende alder. Noe forenklet kan man si at en 80-åring i gjennomsnitt har behov for 4 ganger mer hjelp enn en 70-åring og at en 90-åring har behov for 10 ganger mer hjelp enn en 70-åring.

Tabell 3 - Aldersmessige fordelingen av brukerne i hjemmebaserte tjenester, bofellesskap og sykehjem i Sarpsborg (per okt. 2006)

	Hjemmebaserte tjenester	Bofellesskap	Sykehjem
0 - 19 år	5 %	0 %	0 %
20 - 66 år	27 %	18 %	0,5 %
67 - 79 år	23 %	18 %	20 %
80 - 89 år	36 %	44 %	58 %
Over 90 år	9 %	20 %	22 %
Sum	100 %	100 %	100 %

Tabellen viser hvordan de yngre aldergruppene er mest representert i hjemmetjenestene og de eldste mest i heldøgntiltakene med størst andel i sykehjemmene.

IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. I IPLOS registreres brukerens behov for bistand og assistanse på en skala fra 1-5, der 1 uttrykker lavest behov og 5 uttrykker høyest behov.

Tabell 4 - Gjennomsnittlig funksjonsnivå for ulike tjenester (per okt. 2006)

Type tjeneste	IPLOS-score
Hjemmetjenester	2,05
Bofellesskap (heldøgns bemanning)	3,57
Venter på varig plass i sykehjem	3,58
Tidsbegrenset opphold i sykehjem	3,43
Langvarig opphold i sykehjem	4,07

### 5.3 Analyse og rapport fra RO-senteret

I oktober 2006 leverte Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO) på oppdrag fra kommunen en rapport med analyse av pleie- og omsorgstjenestene i Sarpsborg kommune. RO-senteret er en stiftelse etablert av Sosialdepartementet og Kommunenes sentralforbund og har hatt oppdrag i ca. 80% av landets kommuner. Rapporten ble bl.a. utarbeidet på bakgrunn av en analyse av individdata (IPLOS), som er registrert for samtlige av kommunens brukere av pleie- og omsorgstjenester. RO-senteret konkluderte i rapporten med følgende hovedfunn:

- Sarpsborg har en rimelig god omsorgstjeneste.
- Det stilles spørsmål ved om omsorgstrappa benyttes på en effektiv måte, dvs. om omsorgstjenestene gis på laveste effektive omsorgsnivå. Det antas at mange på ventelistene kunne fått adekvat tjeneste ved styrking av opplegget på et lavere trinn i omsorgstrappa.
- Flere brukere kan gis adekvat hjelp i egen bolig.
- Sarpsborg har etter RO sine vurderinger en noe raus praksis med hensyn til å yte hjemmetjenester til brukere med lette funksjonstap og terskelen for å få tjenester synes her å være lav. Det stilles spørsmål ved om brukere med middels eller tunge

funksjonstap burde hatt mer tjenester. Dette vil kunne forhindre kødannelser eller ventelister til bofellesskap eller sykehjem.

- Alt i alt er det tegn til at hjemmetjenestene har stor nok kapasitet, men at den kan omfordeles.
- Flere brukere burde kunne greie seg med trygghetsalarm, matombringing mv. noe lengre før timetjenester settes inn.
- Omsorgsboligene med heldøgns omsorg (bofellesskapene) ser i all hovedsak ut til å bli brukt på en effektiv måte.
- Bofellesskap kan godt dekke behovet for mange av de som søker sykehjemsplass.
- Sykehjemmene har i hovedsak de ”riktige” brukerne, dvs. de med store funksjonstap, men det er grunn til å diskutere sykehjemmenes fremtidige rolle .
- Kapasiteten i heldøgnsstilbudene vurderes som relativt god og på høyde med sammenlignbare kommuner.
- Det pekes på en praksis der det synes å bli tildelt noe ulikt omfang av tjenester ved likt behov.
- Tjenestene har i sum en relativt god fagdekning.

#### RO tilråd:

- At dersom kapasitet skal økes, bør investeringene gjøres i tilrettelagte bofellesskap som arena for fleksibel tjenesteyting.
- Å saumfare praksis for tildeling av tjenester med sikte på bedre koordinering, likt tilbud og større treffsikkerhet med hensyn til å øke tilbudet når behovet øker i de ulike trinn i omsorgstrappa.
- At sykehjemmets rolle i et fremtidsperspektiv avklares med utgangspunkt i behovet for tilgjengelig korttidstilbud og endret utskrivningspraksis i spesialisthelsetjenesten. Etter RO sine vurderinger er det viktigere å få en debatt om funksjon enn om antall plasser.
- At kommunen ser nærmere på helheten knyttet til saksbehandling, vedtak, opplegg for ressursfordeling, journal- og styringsdata og internkontroll.
- At kommunen prioriterer kompetanseheving.
- At kommunen vurderer rammebetingelsene for utøvelse av ledelse
- At krav til forutsigbarhet, likhet og berettiget ulikhet fokuseres med utgangspunkt i kvalitetsforskriften.

En bred gjennomgang av rapportens analyser og konklusjoner innad i kommunen, viser at RO-senterets konklusjoner er i hovedsak overensstemmende med kommunens egen vurdering av status og utfordringer.



## 6. utfordringer

### 6.1 Demografi

Siste tilgjengelige prognoser for befolkningsutviklingen (KOMPAS/Statistisk Sentralbyrå) viser følgende forventede utvikling fra 2007 til 2016 og 2025:

Alder	Fra 2007 til 2016		Fra 2007 til 2025	
	Antall personer	Prosentvis	Antall personer	Prosentvis
0 - 19 år	+ 650	+ 5 %	+ 1450	+ 12 %
20 – 66 år	+ 1500	+ 5 %	+ 4200	+ 14 %
67 – 79 år	+ 1400	+ 30 %	+ 2400	+ 50 %
80 – 89 år	- 120	- 6 %	+ 340	+ 16 %
Over 90 år	+ 70	+ 20 %	+ 85	+ 27 %

Grafiske fremstillinger av befolkningsutviklingen følger som vedlegg til planen.

Dersom man utelukkende legger befolkningsutviklingen til grunn, men forutsetter uendret standard og sykkelighet, ser behovet for hjemmebaserte tjenester ut til å øke med rundt 1 % i året fram til 2016.

Når en skal prøve å fremskrive behov, henger dette sammen med langt mer enn befolkningsutviklingen. Økning av behov i yngre aldersgrupper, endring i levekår, levealder og eldres helse, høyere utdanning og større mestringsevne, inntekts- og velferdsutvikling, pårørende innsats (familieomsorg), medisinsk-teknologisk utvikling, endrede krav og forventninger fra brukerne og ikke minst hvilke funksjoner man velger at sykehjem og bofellesskap skal ha. Noen av faktorene trekker i retning av behov for flere plasser, noen mot færre plasser.

Eldre mennesker blir stadig friskere og leveladeren øker. Et spørsmål som St.meld nr. 25 har viet mye oppmerksomhet, er hvorvidt dette vil innebære et økt eller redusert press på tjenestene i det lange løp. Resultater fra forskning på dette feltet er ikke entydige. Det anbefales i meldingen at det i planleggings sammeng foreløpig bør legges til grunn at det totale tjenestebehovet ikke vil endres, men forskyves i livsforløpet. Med andre ord at man vil trenge omtrentlig like mye hjelp over like lang tid, men at behovet vil inntre noe senere i livet.

Levekårene har stor betydning for utsiktene til å ha god helse gjennom livet. Mange studier peker på sammenhengen mellom utdanning og inntekt på den ene siden og helse og sosiale forhold på den andre siden. Sarpsborg scorer høyt på indeksen for levekårsproblemer og ligger dårligst an blant kommunene i Østfold. utfordringene kommunen har innenfor pleie- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med denne situasjonen. Satsing på utdanning og næringsliv, kultur- og foreningsliv er derfor viktig i et lengre perspektiv for å forebygge behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester.

## 6.2 Tjenestenes spesielle utfordringer

### *Nettverk og forebygging*

Den forebyggende strategien er nødvendig for å møte en situasjon som ellers vil gi en sterk behovsvekst og raske endringer i omsorgstjenesten om noen år. Forebyggende tiltak kan bidra til å kutte toppen av fremtidige omsorgstiltak. Disse vil først og fremst være folkehelsearbeid og helseforebyggende tiltak, sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap og til sist volds- og ulykkesforebyggende arbeid. Kommunen har en aktiv rolle i dette, men det er først og fremst lokalsamfunnet og den enkelte som i fellesskap må ta ansvar for aktivitetene gjennom sine organisasjoner, foreninger, kulturvirksomheter og mer uformelle sosiale sammenhenger. Mange kommuner har gode erfaringer med drift av helse- og velferdssentraler, der man legger til rette for åpne tiltak og aktiviteter for eldre og funksjonshemmede i et samarbeid mellom frivillige og kommunen. Her kan man også eksempelvis knytte inn ergo- og fysioterapitjenesten med forebyggende arbeid. Dette er tiltak som bør prioriteres og prøves ut i Sarpsborg.

### *Tjenester uten vedtak*

Dette gjelder tjenester som matombringing, trygghetsalarmer, ergoterapi, fysioterapi, rådgivning, veiledning av forebyggende karakter så som informasjon om helse, kosthold, brannsikkerhet, utbedring av bolig, frivillige tiltak, m.m. Mange av utfordringene innen pleie og omsorg knytter seg til ensomhet, sosial kontakt, informasjon og tilrettelegging. God informasjon om tjenestene som tilbys, hjelp til tilrettelegging av dagliglivet i eget hjem og tiltak som kan skape trygghet, m.m. er tiltak som kan bidra til at den enkelte kan klare seg lenger hjemme. Det er en utfordring for kommunen å videreutvikle og bedre samordningen av disse tiltakene. Gode tiltak på trinn 1 i omsorgstrappa vil både kunne understøtte og avlaste de øvrige hjemmebaserte tjenester. I denne planen vurderes det som strategisk viktig å styrke disse tiltakene.

### *Praktisk/ personlig bistand og hjemmesykepleie*

Det er en stor utfordring for de hjemmebaserte tjenestene å møte krav til høyere medisinsk kompetanse. Det er viktig å utvikle tjenestene slik at denne kompetansen er tilgjengelig lokalt, slik at det kan skapes trygghet både for brukere og ansatte. Dette vil forebygge for tidlig innleggelse i bofellesskap, sykehjem eller sykehus. Det vil også bedre mulighetene for en trygg utskrivning fra sykehus. Tilstrekkelig kompetanse må det sørges for gjennom rekruttering av fagkompetanse til den enkelte sone. I tillegg foreslås oppbygging av et ambulant geriatrisk team, som kan fungere faglig støttende både for hjemmetjenestene, bofellesskapene og sykehjemmene ved behov. Tilsvarende tiltak er prøvd ut med god erfaring i andre kommuner.

Analyse fra RO-senteret peker på at det ser ut til å være behov for en gjennomgang av felles holdninger til tildeling av tjenester. Spesielt pekes det på at en del brukere med omfattende behov kan se ut til å få tjenester i underkant av hva som synes å være behovet. Det er viktig at organisering av tjenestene og systemet for tildeling av bistand blir gjennomgått for å sikre at den enkelte bruker får mest mulig lik og riktig tildeling av tjenester ut fra sitt individuelle behov. Dette vil kunne styrke den enkeltes mulighet til å bli boende hjemme fremfor å bli søkt inn i bofellesskap eller sykehjem.

### *Familiestøttende tiltak*

Avlastning, støttekontakt og omsorgslønn er viktige tjenester for at funksjonshemmede og deres familier skal kunne leve et mest mulig normalt liv. Ofte vil slike tjenester kunne



forebygge at det blir behov for mer omfattende tjenester. Det er derfor viktig i årene som kommer at disse ordningene utvikles og at nye former for organisering av både støttekontakt og avlastning utprøves. Samarbeid med lag og organisasjoner vil kunne være gjensidig berikende for både den som gir og som mottar tjenesten og vil kunne øke verdien av tiltaket.

#### *Dagtilbudene*

Det er i dag 80 dagplasser fordelt på 6 forskjellige steder. I sak om ”oppgavefordeling og dimensjonering av heldøgns omsorg og pleie i perioden 2003-2007” ble det foreslått å opprette 15 nye dagplasser for demente, samtidig som åpningstiden ved de øvrige dagsentrene ble utvidet. Nye dagplasser for demente er planlagt gjennomført i 2007, men en rekke av de andre tiltakene gjenstår å gjennomføre. Dagtilbudene er viktige elementer i et forebyggende og rehabiliterende perspektiv. For hjemmeboende demente er dette også svært viktige tiltak (se nærmere omtale under *demens*).

#### *Status bygningsmasse*

Bygningsmassen som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål fordeler seg på ordinære boliger, hybler, eldre trygdeboliger, nyere omsorgsboliger med statlig finansiering, bofelleskapsleiligheter med heldøgns bemanning og sykehjem.

De ordinære boligene fordeler seg på leiligheter kommunen eier selv og framleier videre, leiligheter i borettslag hvor kommunen har tildelingsrett eller leiligheter kommunen innleier selv. I en sak til bystyret om riktig utnyttelse av kommunalt disponerte boliger, er det foreslått en rekke tiltak for å få en best mulig utnyttelse av disse boligene. Et viktig tiltak i denne sammenheng og som bystyret har vedtatt gjennomført, er en brannteknisk oppgradering av 160 kommunalt eide leiligheter til risikoklasse 6, i henhold til skjerpede krav til brannsikkerhet i bygninger beregnet for personer med store pleie- og omsorgsbehov. Kravet er at dersom den som bebor leiligheten ikke kan bringe seg selv i sikkerhet ved eventuelt behov for å rømme leiligheten, må denne sikres med enten døgkontinuerlig vakt eller automatisk brannalarmanlegg og sprinkleranlegg. Den oppgraderingen kommunen vil gjennomføre, er tiltak som gjør kommunale leiligheter for eldre og funksjonshemmede tryggere å bo i og er et viktig bidrag til at de kan bli boende der lenger.

Gjennom egne tilskuddsordninger fra staten, ble det i perioden 1997 – 1994 bygget noe over 100 selvstendige omsorgsboliger i Sarpsborg organisert. Disse regnes som ordinære boliger og er organisert som borettslag. Et av kravene knyttet til tilskuddsordningen, er at kommunen har en tildelingsplikt til disse leilighetene. De selvstendige omsorgsboligene er godt tilrettelagte boliger med livsløpsstandard, men omsorgstjenester ytes beboeren etter behov på lik linje som for hjemmeboende.

De leiligheter kommunen disponerer som bofelleskapsleiligheter, er relativt nye og moderne leiligheter som bare vil ha behov for generelt vedlikehold og oppussing i planperioden.

Sykehjemplassene er i dag fordelt på 5 bygninger med svært varierende kvalitet og standard. De to nyeste sykehjemmene har gode fellesarealer, romslige enerom med bad og toalett knyttet til hvert enkelt rom. De eldste institusjonene bærer preg av små beboerrom, mange dobbeltrom på avdelingene, trange korridorer og mangel på bad og toalett til de enkelte beboerrommene. Det har ikke vært gjennomført noen generell og systematisk tilstandsvurdering av institusjonsbyggene siden 1995/96. Med nye krav og behov til sykehjem som arena for omsorg og pleie, er det nødvendig med en ny tilstandsvurdering av sykehjemmene som et grunnlag for hvilken bygningsmessig rehabilitering som må

gjennomføres. En fremtidig rehabilitering av bygningsmassen må også vurderes opp mot hva man tenker at det enkelte sykehjem skal ivareta av funksjoner. En slik fordeling av funksjoner mellom de enkelte sykehjem er foreløpig ikke foretatt.

### *Bofellesskap*

Sarpsborg har i dag 150 boliger i bofellesskap med bemanning tilstede hele døgnet. Bofellesskapene til psykisk utviklingshemmede er da ikke medregnet. I bofellesskapene bor det i dag brukere med ulik alder og ulike behov. Noen har omsorgsbehov på nivå med beboere i sykehjem. Den enkelte tildeles bistand i forhold til sitt individuelle behov. Målet er at man skal kunne bli boende i boligen livet ut. Tilbakemeldinger fra brukere og pårørende tyder på at bofellesskapene fungerer bra og gir et tilbud som de er svært godt fornøyde med. Tjenesten fremstår i tillegg som kostnadseffektiv ved at nettokostnadene per plass ligger betydelig under tilsvarende for sykehjem. Omsorgsboligen bygger opp under mestring ut fra den enkeltes forutsetning og stimulerer erfaringsvis de pårørende til større innsats og deltagelse enn i sykehjem.

Største utfordringen med å ivareta brukere med store funksjonstap i bofellesskapene, er tilgangen til legetjenester. Fastlegeordningen er lite egnet til å ivareta brukerne med størst funksjonstap, er lite fleksibel og kan være et hinder for å kunne ivareta den enkelte bruker i boligen så lenge de ønsker det og har behov for det. Med en bedre organisering av legetjenesten vil boligene i ennå større grad kunne tilrettelegges for å gi et godt tilbud til brukere med store funksjonstap uten å måtte flytte dem over i institusjon på et senere stadium i livet. Det foreslås prøvd ut en ordning med tilbud om samme fastlege til alle beboerne i bofellesskapet som kan være tilstede til faste tider i bofellesskapet. Ordningen vil være frivillig for beboerne, slik at de som ønsker det kan beholde sin vanlige fastlege.

### *Sykehjem*

Regjeringen har i Stortingsmelding nr. 25 antydnet at det er behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og bofellesskap fram til 2030 eller ca. 3 000 enheter per år. Anslaget omfatter både eldre og yngre personer med behov for heldøgns omsorgstjenester. Behovet er noe lavere de første årene og noe høyere i slutten av perioden.

Sarpsborg kommune har i dag 519 plasser/boliger med heldøgns omsorg og ligger med det rundt et gjennomsnittsnivå i Norge. Fram til 2016 vil behovet for volumøkning være moderat. Sarpsborg har med dagens bruk av heldøgns plasser, en viss underdekning. Denne manglende kapasitet er uttrykt ved de som til enhver tid står på venteliste til plasser i sykehjem eller bofellesskap. Per i dag vil omtrentlig halvparten av de som står på venteliste få sitt behov dekket ved en sykehjemsplass og den øvrige halvparten med en bolig i bofellesskap med heldøgns bemanning. Det siste året har antallet på venteliste variert fra ca. 20 til 40 personer.

Erfaringer fra inn- og utland peker på at behovet for plasser med heldøgns omsorg ikke er en konstant størrelse som kan beregnes ut i fra befolkningssammensetningen alene. Undersøkelse og erfaringer viser at de aller fleste eldre ønsker å bo lengst mulig i eget hjem også etter at de har fått store funksjonstap. Behovet for plasser med heldøgns omsorg varierer da også i stor grad med hvordan den enkeltes behov for tjenester kan imøtekommes i hjemmet. I den grad kommunene lykkes med dette, samt tilrettelegger for sosial aktivitet og setter inn forebyggende innsats, vil etterspørselen etter plasser med heldøgns omsorg avta. Behovet for plasser må derfor sees i sammenheng med de øvrige tjenestene i omsorgskjeden.

Sarpsborg kommune drifter i dag 369 ordinære sykehjemsplasser. Vedtatt oppgradering av plasser ved Tingvoll sykehjem innebærer at man i løpet av 2008 vil disponere 390 plasser. Gjennomsnittsdekningen av institusjonsplasser for de store kommunene ligger på ca. 19 % per befolkning over 80 år. Den laveste dekning blant store kommuner er på 11 % (der er mindre kommuner som har dekningsgrad ned til 4%, og hvor alle plassene brukes til korttidsopphold). Store kommuner har generelt høyere institusjonsdekning enn småkommunene, som er mer hjemmetjeneste-orientert. Sarpsborg kommune har en dekningsgrad for rene sykehjemsplasser på 16%.

RO-senteret påpeker at dette bør sees i sammenheng med at Sarpsborg har relativt mange bofellesskap og at dekningsgraden for sykehjem, bofellesskap og statlig finansierte omsorgsboliger totalt sett er tilfredsstillende (27 %).

Det anbefales i denne planen en økning av kapasiteten i heldøgns omsorg med totalt 160 plasser/boenheter fram til år 2016, herav 30 plasser i sykehjem og 130 plasser i bofellesskap. For å få til en volumøkning på 30 sykehjemsplasser og samtidig møte eneromsbehovet, er det behov for bygging av et nytt sykehjem med 100 plasser. Totalt tilsvarer volumutvidelsen en økning på 15 – 20 nye heldøgns plasser i året. Ved en slik volumøkning vil kommunen i 2016 disponere 420 sykehjemsplasser og ca. 280 plasser i bofellesskap. Dette gir en økning av heldøgns plasser med ca. 35% i forhold til dagens situasjon. Samtidig anbefales en større del av sykehjemskapasiteten utnyttet til ulike tidsbegrensede funksjoner.

#### *Tidsbegrenset opphold*

Per i dag er det etablert 38 plasser for tidsbegrenset opphold, selv om vedtatt målsetting fra 2003 har vært å utnytte vel 90 plasser til tidsbegrensede formål. Viktigste årsak til at man ikke har fått til dette er behovet og etterspørselen etter langvarige institusjonsplasser. Det er fortsatt et behov for langt flere plasser for tidsbegrenset opphold. Slike plasser er et viktig virkemiddel for å ivareta kommunens funksjoner i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og for å støtte opp om hjemmebaserte tjenester. Kommunen får stadig større utfordringer med å ivareta medisinsk behandling og rehabilitering etter utskrivning fra sykehus. For å få ordningen med tidsbegrensede opphold til å fungere etter hensikten er det viktig at man ytterligere profesjonaliserer virksomheten og konsentrerer den til spesielle sykehjem eller avdelinger.

Tidsbegrenset opphold i sykehjem kan omfatte en rekke funksjoner som medisinsk oppfølging, utredning og observasjon, medisinsk rehabilitering og opptrening, avlastning, selvinnskrivningsplasser og palliativ omsorg. I det følgende beskrives nærmere utfordringene knyttet til disse funksjoner.

#### *Medisinsk oppfølging, utredning og observasjon*

I en situasjon hvor en ser en utvikling med økning i det som kan omtales som folkesykdommene, kortere liggetid i sykehusene, økende demensforekomst og økning i personer under 67 år med behov for omfattende pleie og omsorgsbehov, er det viktig med egne avdelinger hvor en får nødvendig ekspertise til å gi medisinsk oppfølging, ofte i forlengelsen av et sykehusopphold. Utredning og observasjon er også viktig for å kunne planlegge og gi riktig hjelp på riktig nivå i omsorgstrappa.

#### *Avlastning i sykehjem*

Det er en stor utfordring å legge til rette for pårørendes innsats i omsorgstjenesten. Avlastning i sykehjem er et av mange viktige tiltak som må til for å få pårørende til å makte og stå i

krevende innsats for sine nærmeste. Det er stort behov for økt kapasitet av avlastning i sykehjem.

#### *Selvinnskrivningsavdeling*

En selvinnskrivningsavdeling kan være et viktig tiltak for å gi brukere av omsorgstjenester en nødvendig trygghet i situasjoner hvor det oppstår behov for akutt omsorg over kort tid. Det kan oppstå situasjoner hjemme eller i brukerens nærmiljø som kan gjøre det nødvendig med umiddelbare tiltak. En selvinnskrivningsavdeling er en avdeling hvor brukeren selv kan ta initiativ til å benytte tilbudet, eller at hjemmebasert omsorg eller brukerens fastlege ser det som nødvendig å benytte en slik avdeling. En selvinnskrivningsavdeling bør være et tidsavgrenset tiltak med maks. 14 dagers varighet på oppholdet i avdelingen.

#### *Rehabilitering i sykehjem*

I forbindelse med ombygging av aktivitetsavdelingen i 1. etasje ved Sarpsborg sykehjem er det bygningsmessig lagt til rette for en rehabiliteringsavdeling med 8 plasser. Av de 8 nye rommene benyttes i dag 3 rom til rehabilitering. Rommene benyttes som dobbeltrom og gir 6 rehabiliteringsplasser. Etter planen vil det ikke kunne tilbys enerom for disse brukerne før fra 2009. Bemanningmessig er det i dag ikke godt nok tilrettelagt til å hente ut ønskede effekter av rehabiliteringen. I første omgang foreslås iverksettelse av de 8 planlagte rehabiliteringsplassene. Det bør på sikt vurderes ytterligere utvidelse av dette antallet. En større andel plasser for tidsbegrensede opphold åpner for en slik mulighet.

#### *Palliativ omsorg*

Sarpsborg kommune etablerte i 2004 fire plasser til palliativ pleie tilknyttet sykehjem. Enheten har gitt tilbud til 64 brukere i løpet av de to årene plassene har vært i drift. Erfaringene har vært svært gode. Det er bygd opp et fagmiljø med god kompetanse til å ivareta brukere og pårørende med spesielle behov knyttet til alvorlig sykdom.

Spesialisthelsetjenestens rolle i den palliative pleie er noe uklar, dvs. hvilket ansvar spesielt sykehusene bør ta i forhold til at dette ofte dreier seg om omsorg som krever spesiell medisinsk kompetanse. Dette handler om samarbeid med og ansvarsdeling mellom kommunen og sykehus/spesialisthelsetjenesten. Palliative plasser i Sarpsborg avlaster i dag delvis sykehuset for pasienter som ikke kunne vært skrevet ut til eget hjem. Dette bør avklares nærmere i en samarbeidsavtale med sykehuset. I tillegg bør det vurderes om den kompetansen som er bygd opp i avdelingen kan tilbys og utnyttes i andre virksomheter i kommunen som møter de samme utfordringene.

#### *Langtidsopphold i sykehjem*

I en fremtidig omsorgstjeneste hvor en har fokus på å styrke alle ledd i omsorgstrappa, vil det fortsatt være behov for å yte langtidsopphold i institusjon. Det er særlig personer med et omfattende, somatisk pleie- og omsorgsbehov som vil ha et behov for langtidsopphold i sykehjem. Videre vil kommunen stå overfor en utfordring med å videreutvikle heldøgns tilbud i form av skjermede enheter for personer med alvorlig grad av demens. Personer med utfordrende adferd vil også være en viktig målgruppe som må tilbys et langtidsopphold i sykehjem.

#### *Adferdsplasser*

Kommunen har i dag tilrettelagt 9 plasser i en bogruppe i sykehjem for brukere med utfordrende adferd. Det er ikke mange brukere med slike behov, men disse brukerne skaper mye uro og store utfordringer i en ordinær avdeling. Plassene har derfor en viktig funksjon og

fungerer svært bra. Brukerne blir gjerne i disse plassene livet ut. Behovet for slike plasser vurderes i dag å være noe ut over eksisterende kapasitet. Det er reist spørsmål om avdelingens funksjoner kan utvides til også å fungere som en kompetansebase som kan nyttiggjøres av andre. Dessuten om avdelingens plasser ved en eventuell utvidelse også kan utnyttes både for observasjon og for å få medisinerings på plass for eldre med psykiske lidelser.

#### *Legetjenesten i sykehjem*

Det er et behov for å styrke denne tjenesten med flere leger i større stillinger. Legene må kunne komme på de dagene som institusjonene trenger. Arbeidet synes å ha lav status blant legene og noen føler oppgaven påtvungen. Det er arbeid i gang for å rette på disse forholdene. God medisinsk kompetanse og tilgjengelige legetjenester er helt sentrale for at tjenestene med heldøgns omsorg skal fungere godt. Det er også behov for en gjennomgang og klargjøring av oppgaver og prosedyrer for legetjenesten i sykehjemmene.

Kommunene er pålagt å utføre en risiko- og behovsvurdering for legetjenester i sykehjem. Basert på denne skal det tallfestes hvor mange legetimer som kreves for å oppfylle lovkravet om faglig forsvarlighet og krav til kvalitet for legetjenesten i sykehjem. Kommunene er pålagt å utarbeide en plan for hvordan dette skal gjennomføres innen utløpet av 2007. Departementet vurderer at det er behov for å øke den gjennomsnittlige innsatsen av legeårverk i sykehjem med minst 50% frem mot år 2010. Dette vil igjen være avhengig av hvordan sykehjemmenes profil utvikles. En større vektlegging av tidsbegrensede opphold med målrettede funksjoner vil ytterligere stille større krav til god legedekning i sykehjemmene.

#### *Eneromsdekningen*

Av kommunens totalt 369 sykehjems plasser, er 160 plasser i dag som dobbeltrom. Dette gir en eneromsdekning på ca. 57%. Bildet vil bli litt bedret når oppgradering av nye sykehjemsrom ved Tingvoll er ferdig. Dersom man skal oppnå 100% eneromsdekning, må et nytt sykehjem etableres med minst 75 nye sykehjemsrom. Det vil imidlertid være hensiktsmessig å fortsatt disponere noen dobbeltrom for de som ønsker det. Det anslås derfor å være et behov for ca. 70 nye enerom for å kunne oppfylle eneromsbehovet i dagens situasjon, uavhengig av behovet for kapasitetsøkning. Alle nye sykehjems plasser forutsettes å etableres som enerom.

#### *Demens*

Det er i dag om lag 66 000 personer med demens i Norge. Det er på bakgrunn av dette grunn til å anta at vi i Sarpsborg har rundt 600 – 700 personer med demens. Forekomsten av demens er sterkt økende med økende alder. Fordi antallet over 75 år og spesielt de eldste over 80 år vil stige de neste tiårene, vil antallet personer med demens kunne komme til å dobles i løpet av en periode på 30 – 40 år. Forekomsten av demens i ulike aldersgrupper er beregnet til å være i snitt ca. 4% blant 70-åringene, 24% blant 80-åringene og 40% blant 90-åringene. For personer med Downs syndrom, som har en tidligere aldring enn befolkningen for øvrig, finner en tilsvarende tidlig forekomst av demens. Enkelte undersøkelser beskriver en forekomst av demens hos personer med Downs syndrom opp mot 70% i aldersgruppen over 50 år. Flere undersøkelser de senere år viser for øvrig at rundt 75 prosent av beboerne i sykehjem har en demenssykdom

Det er i dag et stort behov for bedre og tidligere diagnostisering av demente. Dette er en utfordring for spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i fellesskap. Rundt halvparten av alle personer med en demens bor i eget hjem. De fleste demenssykdommer utvikles over tid og det er behov for å differensiere og tilrettelegge

tjenestetilbudene alt etter hvilken fase av sykdommen den enkelte befinner seg i og hva slags familiesituasjon de har. Det er behov for et bredt spekter av tiltak som kan lette situasjonen for den enkelte og deres pårørende, spesielt ulike typer dagtilbud med fleksible åpningstider. Dette vil for svært mange kunne utsette behovet for heldøgns omsorgstilbud.

Omtrent halvparten av demente vil ha behov for heldøgns omsorg. For mange vil det mest egnede tilbudet være plass i tilrettelagte bofellesskap, hvor Sarpsborg også har egne gode erfaringer. For enkelte med større grad av uro eller behov for svært lite stimuli, kan skjermede tilrettelagte enheter i sykehjem være mest egnet. For en liten gruppe demente med spesiell og sterkt avvikende adferd, kan det være aktuelt med egne forsterkede avdelinger. Dette gjelder en så vidt liten gruppe at et interkommunalt samarbeid kan være aktuelt.

Det er de pårørende som oftest observerer de første adferdsendringene og blir konfrontert med den sykes angst og usikkerhet. Pårørende har stort behov for informasjon og kunnskap om demens. Tilgang til råd og veiledning i tidlig fase kan virke forebyggende og dempe angst. I dette arbeidet kan pårørendes egne foreninger ha en viktig funksjon.

Det er en viktig utfordring for Sarpsborg å utvikle både volumet og bredden i tjenestene til demente. Først og fremst vil det være strategisk viktig å få etablert et demensteam. I et samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse for demens vil dette kunne bidra til å heve kompetansen, styrke samarbeid de ulike tjenester i mellom, innføre felles metodikk og verktøy i arbeidet med demente og gi en faglig trygghet at for de tiltak som skal utvikles videre er best mulig tilpasset behovene.

Hovedutvalget for helse og sosial behandlet 19.11.02 en plan for demensomsorgen 2003-2006. De deler av forslagene som dreide seg om konkrete tiltak er delvis gjennomført. Dette gjelder etablering av skjermet enhet ved Borgen, etablering av avlastnings-/korttidsavdeling og utarbeidelse av informasjonsmateriell om demens. Iverksetting av dagtilbud for demente ved Kurland og Eplehagen bosenter gjennomføres i 2007.

En svært stor andel av brukerne i våre sykehjem har i varierende grad utviklet demens. Det er i september 2006 foretatt en registrering av antallet demente i våre sykehjem og bofellesskap. Denne viser at 180 av brukerne i sykehjem har demensdiagnose. Dette utgjør ca. halvparten av alle beboerne. 54 av disse har plass på skjermet enhet. Det er vurdert at langt flere av brukerne som i dag ikke er på skjermet enhet, har behov for et slikt tilbud. I bofellesskapene for demente bor det i dag totalt 45 brukere. En bredt sammensatt gruppe som har vurdert resultatene av kartlegging har konkludert med en anbefaling om å tilrettelegge flere plasser for demente i sykehjem.

Det er ikke foretatt tilsvarende kartlegging foreløpig av antall demente i hjemmetjenestene. Dette er tidligere anbefalt i demensplanen og bør gjennomføres. Det vi vet er at brukere med demens er en stor utfordring i hjemmetjenestene og at tiltak er mangelfullt utviklet for å møte disse. Videreutvikling av dagtilbudene vurderes fortsatt viktig for å møte hjemmeboende dementes behov og kunne avlaste behovet for heldøgnstjenester.

#### *Yngre og funksjonshemmede brukere*

Brukere under 67 år utgjør i dag ca. 1/3 av alle som mottar pleie- og omsorgstjenester i Sarpsborg og de mottar over halvparten av alle timer som ytes til pleie og omsorg. Det er med andre ord en brukergruppe som forbruker mye av omsorgstjenestene, ofte i kombinasjon med andre tjenester, som for eksempel psykiatritjenesten. Økningen i denne brukergruppen gir

utfordringer både for hjemmebasert omsorg og heldøgnstilbudene våre. Man ser en økning i gruppen av mennesker med psykiske lidelser med behov for mye omsorg, rus i kombinasjon med psykiske lidelser og funksjonssvikt og funksjonshemminger med omfattende omsorgsbehov etter alvorlig fødselsskade, sykdom eller ulykker, m.m. Mange av personene har behov for bistand i et omfang som gjør at kommunen får utløst rett til statlig refusjon for særlig ressurskrevende brukere.

#### *Psykisk helse*

Tjenester fra kompetansesenter psykisk helse ble gitt til ca 1100 brukere i 2006. Mange av disse ytes til personer som også har ordinære pleie- og omsorgstjenester. Samspeillet mellom disse tjenestene er derfor meget viktig for at brukeren skal oppleve hjelpen som helhetlig og samordnet. Det er viktig å understreke behovet for et tett samarbeid mellom tjenestene med vekt på utveksling av kompetanse og samordning av tjenestene til den enkelte bruker. De ordinære pleie- og omsorgstjenestene må ha en nødvendig grunnkompetanse innen psykiatri og for øvrig kople inn psykiatrien når det er behov for mer spesialisert kunnskap og oppfølging.

Det er i henhold til tidligere vedtak i bystyret en restanse på utbygging av 16 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser.

#### *Psykisk utviklingshemmede*

De viktigste tjenestene til denne målgruppen omtales gjerne som boveiledningstjenesten. Pleie- og omsorgsplanen er avgrenset til ikke å omhandle disse tjenestene, men vil kun omtale områder hvor tjenestene har overlappende ansvar.

Med økende levealder er det blant personer med Downs syndrom en økende forekomst av demens, så vel som av vanlige somatiske og psykiske lidelser. Debutalder for demens hos personer med Downs syndrom er i gjennomsnitt ca 50 år, men allerede i alderen 40-49 år ser man en forekomst av demens på rundt 10%. Utredning av yngre personer med demens er en vanskelig oppgave. Det er derfor behov for spesiell kompetanse når det gjelder utredning og diagnostisering av disse lidelsene.

Omsorgen for psykisk utviklingshemmede som utvikler demens bør tilrettelegges med spesiell kompetanse, som evner å møte de spesielle utfordringene som knytter seg til språk og kommunikasjon, uavhengig av hvor omsorgen ytes. Om tjenesten tilrettelegges innen boveiledningen eller som en del av de ordinære tjenester må vurderes ut fra den enkeltes behov og ønsker.

#### *Rusmisbrukere*

Mange av brukerne av pleie- og omsorgstjenester har et rusmisbruk som ofte er kombinert med psykiske lidelser. Dette stiller krav til høy kompetanse. Det er viktig at man utvikler pleie- og omsorgstjenestene slik at de er innrettet mot denne gruppens behov. I noen tilfeller er det vanskelig å gi gode tilbud til denne målgruppen i ordinære botiltak og bofellesskap. Gjennom boligsosial handlingsplan er det trukket opp linjer for en videre utvikling av denne tjenesten når det gjelder mer boligrettede tiltak. Når det gjelder pleie- og omsorgsoppgaver, er det viktig å videreutvikle det gode samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og de øvrige helse- og sosialtjenestene som arbeider med rusmisbrukere. Nøkkelen til gode tjenester ligger i utvikling av felles handlingskompetanse. Det bør vurderes om man i forbindelse med utbygging av nye bofellesskap bør tilrettelegge noen av disse enhetene for personer med rusmisbruk som man ikke har andre egnede løsninger til.

### *Flerkulturelle utfordringer*

De største utfordringene for eldre med minoritetsbakgrunn handler i dag om *informasjon, språk og kommunikasjon*. Mange innvandrere kjenner i liten grad til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og hva man kan forvente når man har behov for hjelp. Informasjon om tjenestene er derfor spesielt viktig. Denne informasjonen må bidra til å avklare forventningene til tjenestene, omfanget og innholdet av de tjenestene man kan få. For innvandrerne vil dette kunne bety økt trygghet.

Det er i dag store variasjoner med hensyn til norskkunnskaper blant de aktuelle brukerne, selv om det er grunn til å tro at det vil bedres etter hvert som yngre grupper blir eldre. Med tiden vil også flere innvandrere arbeide innenfor omsorgstjenestene. Det er viktig at man samarbeider med de eldres familier, med organisasjoner, øvrig nettverk og tolketjeneste for å lette kommunikasjonen. Dette kan bidra til at den enkelte bruker ikke blir ensom og isolert og får tjenester som er tilpasset den enkeltes behov. Opplæring og veiledning av personellet er viktig for å skape kunnskap og bevissthet om disse forhold. For å nyttiggjøre den kunnskap, erfaring og potensielle innsats som innvandrerne selv kan bidra med, foreslås det vurdert en videreutvikling av frivillighetssentralene til å inkludere frivillig, flerkulturell innsats.

### *Pårørendes omsorg*

Familien har en svært betydningsfull rolle når det gjelder å yte omsorg til voksne og eldre omsorgstrengende personer. En rekke studier viser at de offentlige tjenestene fram til nå ikke har fortrenget familieomsorgen. Til tross for en fordobling av årsverk i den kommunale omsorgstjenesten siden 1985, er det ingen ting som tyder på at familien trekker seg ut når det offentlige hjelpeapparatet går inn. Faktisk er det slik at eldre som mottar hjelp fra kommunale hjemmetjenester får mer hjelp fra døtre og sønner enn eldre som ikke får hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Arbeidsdelingen er ofte slik at familien står for det meste av praktisk hjelp og kontakt, mens omsorgstjenesten utfører betydelige deler av pleiearbeidet. Dette er en arbeidsdeling som de fleste eldre selv ønsker.

Det er ofte lettere for familien å dele omsorgsansvaret med det offentlige når den som trenger omsorg bor hjemme. Familien har mindre kontakt og yter mindre praktisk hjelp når eldre oppholder seg i institusjoner. Det er viktig å legge til rette for et godt samarbeid mellom pårørende og de offentlige omsorgstjenestene. Et godt klima for samarbeid og erkjennelse av den viktige innsatsen pårørende gjør motiverer for økt innsats fra alle parter og bidrar til økt livskvalitet for den det gjelder.

### *Kvalitet*

Kvalitet har å gjøre med tilfredsstillelse av behov, krav og forventninger som brukerne har til tjenesten. Det utfordrer kommunen på en rekke områder, så som kompetanse, rekruttering av fagpersonell, prosedyrer, kultur, holdninger, ledelse, organisasjon, ressurstilgang, , m.m. Det er gitt en egen forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten som kommunen har ansvaret for å oppfylle. Kvalitetsforskriften pålegger kommunene å etablere et system eller internkontroll som skal sikre kvalitet på tjenestene for å møte den enkelte brukers grunnleggende behov. Det er etablert internkontroll ved alle virksomhetene innenfor pleie- og omsorgstjenestene i kommunen og det er utarbeidet prosedyrer i henhold til kvalitetsforskriften. Oppfølgingen av internkontrollen synes derimot å ha ulik kvalitet. Det er store variasjoner med hensyn til å melde avvik. Det kan delvis skyldes at systemet for å følge opp internkontrollen ikke er godt nok utviklet.



Ut fra avviksrapporteringen ser det ut som det er de somatiske tjenestene som er best dekket. Det kan se ut som det er mangler spesielt innenfor tjenestenes evne til å møte behov for sosial aktivitet, krav om medbestemmelse, selvstendighet, herunder krav til enerom og kunne imøtekomme spesielt dementes individuelle behov.

Kvalitetsforskriften stiller store krav til innholdet i pleie- og omsorgstjenestene. Det er behov for ytterligere arbeid med forbedring av prosedyrer for å sikre at mottakerne av pleie- og omsorgstjenestene får ivare tatt sine behov knyttet til kosthold, tannpleie, døgnrytme, privatliv, sosiale tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter m.m.

#### *Brukermedvirkning*

Plan for rehabilitering i Sarpsborg kommune har gitt brukermedvirkning et viktig fokus. Brukermedvirkning er i planen definert som at bruker er med på å planlegge og utforme tjenester og har innflytelse på beslutningene. Brukermedvirkning handler om en grunnleggende rett til å bestemme over, så vel som plikt til å ta ansvar for eget liv. Den enkeltes ønsker og mål for eget liv må stå i fokus for rehabiliteringsarbeidet. Det er fortsatt en utfordring for alle deler av kommunens virksomhet å ta i bruk de verktøy og samhandlingsmetoder som er vedtatt i plan for rehabilitering, til beste for brukeren. Brukermedvirkning handler også om hele tiden å arbeide med etiske holdninger overfor brukerne av tjenestene.

#### *Livsutfoldelse, kultur og aktivitet*

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, bofellesskap og andre som har stort behov for bistand. Kommunen har en stor utfordring i å tilrettelegge for individuelle aktiviteter og livsutfoldelse og å tilrettelegge for møteplasser og utvikling av sosiale nettverk i større grad enn i dag. Samarbeidet mellom omsorgstjenesten og kultursektoren bør videreutvikles gjennom etablering av felles nettverk og utveksling av kompetanse, ideer og kreativitet.

#### *Kompetanse og rekruttering*

For å møte utfordringene innen pleie- og omsorgstjenestene blir kompetanse mer avgjørende enn noensinne. Organisasjonens evne til kontinuerlig læring blir også en konkurransefaktor når kampen om arbeidskraften tiltar i nær framtid. Stortingsmelding nr. 25 beskriver oppgaven med å skaffe til veie nok fagutdannet arbeidskraft som den største utfordringen for omsorgssektoren de nærmeste tiårene. I 2006 ble det nasjonalt utført ca. 115 000 årsverk, ca. halvparten i sykehjem og halvparten i hjemmetjenester og ulike omsorgsboliger. Regjeringen baserer seg på anslag som tilsier en økning i arbeidskraftbehovet fram til 2030 på ca. 54 000 årsverk og vel 130 000 årsverk fram mot 2050. Det må understrekes at prognosene er heftet med en rekke usikkerhetsmomenter, så som utvikling av familiens og pårørendes innsats, utvikling av helsetilstand i befolkningen og mulige gjennombrudd i medisinsk forskning omkring store folkesykdommer. Et gjennombrudd i demensforskningen er t. eks. alene beregnet til å kunne redusere behovet for nye årsverk i 2050 med om lag 25%.

Fram mot 2016 er utviklingen av behovet mer moderat, men konkurransen om kompetansen vil også i denne perioden være høy. Utvikling mot stadig mer behandling og rehabilitering i kommunene gjør behovet for videreutdanning av medarbeiderne stort. Intensjonen i kompetansereformen om et tett samarbeid mellom arbeidsgiver og andre fagmiljøer må prioriteres og arbeides videre med. En av de viktigste faktorene for å møte kravene til kompetanse er at kommunen har et godt renommé som arbeidsgiver og framstår som et

attraktivt sted å jobbe med gode fagmiljøer. Et systematisk arbeid med rekruttering, opplæring, videreutdanning, veiledning, lærlingeplasser, m.m. er nødvendig for å klare dette. Strategier og tiltak for å realisere dette bør nedfelles i en egen opplærings- og rekrutteringsplan.



## 7. Kost/nytte

Innledningsvis bør verdien av høy kompetanse i forvaltning av tjenesten understrekes som grunnlag for en kostnadseffektiv bruk av tjenestene. Det hjelper lite om man har gode tiltak dersom de tildeles til feil personer. Utfordringen ligger i å gi riktig tjenester til riktig person tilmålt med riktig volum. Dette krever god kompetanse og utfordrer hele organisasjonen til å tenke og handle som en enhet. I en individuell vurdering ligger det at en evner å øke innsatsen når behovet øker, men også å redusere innsatsen når behovet avtar.

I de aller fleste tilfellene er det kostnadmessig fordelaktig at tjenestene ytes i hjemmet til den enkelte bruker kombinert med støttende tiltak. Dette samsvarer som oftest også med den enkeltes ønske og behov. I mange tilfeller vil det være viktig å gi tilstrekkelig hjelp i hjemmet for at ikke det skal utløses behov for tiltak på et høyere omsorgs- og kostnadsnivå. Dette kan gjelde både tradisjonelle hjemmetjenester og tiltak som avlastning og omsorgslønn. En forskningsrapport<sup>2</sup> utarbeidet på oppdrag av pleie- og omsorgsdepartementet peker for øvrig på at hjemmetjenesteorienterte kommuner som har satset på effektiv bruk av tidsbegrenset opphold i sykehjemmene har lavere ressursinnsats per innbygger til omsorgstjenester enn kommuner med høy institusjonsdekning. I tillegg når hjemmetjenesteorienterte kommuner flere med sine tilbud og til en minst like god kvalitet, sammenlignet med institusjonsorienterte kommuner.

### **En sammenligning av kostnader i Sarpsborg kommune ved ulike tjenestetilbud**

Når en skal vurdere kost/nytte, kan det være relevant å se nærmere på utgiftene knyttet til ulike former for omsorg og hvor krysningpunktene mellom dem går.

Det er derfor foretatt en sammenligning av kommunens brutto utgifter, egenbetaling og netto utgifter for drift av en plass i sykehjem, bofellesskap eller i hjemmebasert omsorg. For å få et så likt grunnlag som mulig, er sammenligningen basert på gjennomsnittskostnader og egenbetaling for en bruker på årsbasis. Alle kostnadselementer inklusiv kapitalkostnader og FDV (forvaltning, drifts- og vedlikeholdsutgifter) i heldøgntilbudene er tatt med i sammenligningen. Sammenligningen har tatt for seg driften ved Borgen sykehjem og Thranesgate bofellesskap, som er to av kommunens nyeste heldøgntiltak.

Bruttokostnadene for en sykehjems plass ved Borgen sykehjem er (inklusive kapitalkostnader/eksklusive egenbetaling) beregnet til ca. kr 670 000 per år per bruker.

Bruttokostnadene for en plass i bofellesskap i Thranes gate (inklusive kapitalkostnader /eksklusive egenbetaling) er beregnet til ca. kr 470 000 per år per bruker.

<sup>2</sup> Lars Erik Borge og Marianne Haraldsvik: "Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorientert kommuner". Senter for økonomisk forskning AS-2005.

Det gjøres oppmerksom på at funksjonsnivået for beboerne i de to heldøgntiltakene i dag varierer en del, jfr. oversikt side 15 om gjennomsnittlig funksjonsnivå. Dette må en ta hensyn til når en vurderer sammenligningen av utgiftene.

Sammenligningen viser at kommunens brutto utgifter er ca. 200 000 kroner høyere per år for en beboer i sykehjem enn ved et bofellesskap. Inntektene kommunen har fra beboer i et sykehjem er regulert etter egen forskrift om egenbetaling i sykehjem, mens en beboer i bofellesskap betaler husleie, strøm og for de tjenester de mottar i henhold til kommunens egne satser. Gjennomgangen viser at gjennomsnittlig egenbetaling fra en beboer i sykehjem er nærmere 25 000 kroner høyere per år enn fra en beboer i bofellesskap. Selv om en tar hensyn til økte inntekter fra beboer i sykehjem, vil netto kostnader for kommunen ved et sykehjem fortsatt være vesentlig høyere enn ved et bofellesskap.

Når det gjelder beboerens egne kostnader ved de ulike heldøgntiltakene, viser sammenligningen at det totalt sett er billigere å bo i et bofellesskap enn i sykehjem. Sammenligningen viser også at denne forskjellen i kostnad blir større i favør av den som bor i et bofellesskap jo høyere inntekt beboeren har i form av pensjon eller annen inntekt.

En kostnadsvurdering for beboere i et heldøgntiltak er enklere å foreta enn en vurdering av kostnader for en bruker av hjemmebasert omsorg, da både utgifter og inntekter her er mere forutsigbare. Det er likevel gjort en beregning for å se hvor stor innsatsen i hjemmebaserte tjenester må være før en møter krysningpunktet for kostnader til en beboer i et bofellesskap. Krysningpunktet representeres ved en bruker som får besøk 6 ganger pr. dag med gjennomsnittlig ½ time per besøk (som gir ca 20 timer hjemmetjenester i uka) og hvor tjenesteyteren må kjøre 10 km per besøk. Det gir en årlig brutto kostnad ganske lik den som er for en beboer i Thranesgate bofellesskap.

Sammenligningen viser at krysningpunktet mellom hjemmebasert omsorg og en plass i bofellesskap rent kostnadmessig ligger på mellom 20 og 25 timer hjemmetjenester per uke.

En sammenligning av hjemmebasert omsorg og en sykehjemsplass viser at krysningpunktet for kostnadene ligger på mellom 25 og 30 timer hjemmetjenester per uke.

Gjennomsnittlig timebruk per uke i hjemmebasert omsorg er i dag på 3,4 timer.



## 8. Mål og strategier

### 8.1 Overordnede målsettinger i Kommuneplan 2007 – 2020

- I 2020 lever eldre i Sarpsborg kommune et trygt og verdig liv.  
En av de største utfordringene kommunen har er å kunne tilby de eldre tjenester som sikrer den enkelte trygghet og hjelp, uavhengig av om man bor hjemme eller i institusjon. Det må satses på ulike tiltak som øker både kapasitet og kvalitet.
- Alle skal etter evne sikres mulighet til personlig medvirkning.
- Den enkelte skal få tilbud om trivselstiltak for å sikre livskvaliteten.
- Det skal legges stor vekt på aktivitetsskapende og helsefremmende arbeid overfor eldre. Dette sikrer den enkeltes helse og trivsel. Særlig vil tiltak knyttet til mosjon, kost, kultur og sosial kontakt ha stor betydning.
- Sarpsborgsamfunnet må tilrettelegge og tilpasse tilbudene til personer med fysiske og psykiske funksjonshemninger

### 8.2 Strategier

I det følgende presenteres strategier for å nå de overordnede målene i kommuneplanen og de utfordringer denne planen beskriver. Rekkefølgen er relatert til nivåene i omsorgstrappa og begynner med laveste nivå. Under hver av strategiene er det lagt opp tilhørende mål og tiltak. Disse er ikke presentert i prioritert rekkefølge. Strategier, mål og tiltak må sees i en helhetlig sammenheng.

#### Strategi 1

**Styrke helsefremmende og forebyggende innsats. Tilrettelegge arenaer for sosial kontakt og trivsel. (trinn 0)**

- a) Det søkes utviklet lokale helse- og velferdssentraler med åpne aktiviteter, fortrinnsvis etablert gjennom utvidet bruk av eksisterende tiltak og bygningsmasse.
- b) Frivillighetssentralens arbeid styrkes og videreutvikles. Det vurderes utvikling av aktiviteter der innvandrere inviteres og inkluderes i frivillig innsats.
- c) Det startes opp forsøks tiltak med pasientutdanning og pårørendeskoler for å skolere pasienter og pårørende til frivillig innsats, spesielt knyttet til de store folkesykdommene, som en integrert del av tjenestetilbudet.
- d) I samarbeid med frivillige skape åpne møteplasser for sosial aktivitet og trivsel.

#### Strategi 2

**Sikre et variert og tilstrekkelig omfang av tjenester på trinn 1 i omsorgstrappa, som kan bidra til trygghet og tilrettelegge for at den enkelte kan klare seg uten mer omfattende bistand. (trinn 1)**

- a) Omfanget av trygghetsalarmer økes i samsvar med gjeldende kriterier.

- b) Styrke arbeid med tilrettelegging og utbedring av boliger gjennom bruk av egnet kompetanse, hjelpemidler og øremerket finansiering fra Husbanken.
- c) Ordningen med vask av tøy gjennomgås med tanke på videreutvikling av tilbudet.
- d) Tjeneste med matombringning søkes utvidet og tilpasset etterspørsel.
- e) Styrke utvikling av nye former for avlastning og støttekontakt som alternativ til mer omfattende tjenester.

### Strategi 3

#### **Sikre et variert og tilstrekkelig omfang av omsorgstjenester tilpasset den enkeltes behov og som kan bidra til at flest mulig kan bli boende i egen bolig (trinn 2)**

- a) Styrke hjemmebaserte tjenester som alternativ til heldøgns omsorg.
- b) Sikre at hjemmebaserte tjenester tilpasses også hjemmeboende med størst behov.
- c) Styrking av familiebasert omsorg som alternativ til kommunal omsorg.
- d) Dagtilbudene utvides i volum og innhold.
- e) Eksisterende dagtilbud gis utvidet åpningstilbud på ettermiddager, kvelder og helger. Åpningstiden gjøres fleksibel og tilpasses brukernes behov.

#### **Demens**

- a) Det opprettes et eget demensteam for å samordne utvikling av tiltak, kompetanse og arbeidsmetodikk. Teamet utvikles i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, medisinsk fagkompetanse og representanter fra pårørende.
- b) Demensteamet må bistå i utvikling av en styrket diagnostisering av demente, basert på et bredt lokalt samarbeid mellom legetjenesten, geriatrisk poliklinikk og pleie- og omsorgstjenesten. Det innføres et felles verktøy for diagnostiseringen.
- c) Råd, veiledning og støtte for pårørende.
- f) Utvikle alternative tiltak for hjemmeboende demente for å utsette behov for for tidlig innleggelse i heldøgns omsorg, herunder oppstart av dagtilbud for demente ved Kurland og Eplehagen bosenter.
- d) Tilrettelegge bomiljø i sykehjem og bofellesskap med små oversiktlige bomiljøer tilpasset dementes behov.
- e) Til alvorlig demente med stor grad av uro og adferdsavvik, vurderes om et interkommunalt samarbeid kan være aktuelt.

### Strategi 4

#### **Bofellesskapene skal være et heldøgnstilbud hvor det gis pleie-/omsorg på en hjemlig arena. Bofellesskapene bygges ut som alternativ omsorgsarena til sykehjemmene. Den medisinske oppfølgingen i bofellesskapene styrkes. Sykehjemmene ivaretar behandlings-/rehabiliteringsfunksjoner og omfattende pleie/omsorg. Volumøkning av plasser med heldøgns omsorg skjer hovedsaklig gjennom utvikling av nye bofellesskap. (trinn 3 og 4)**

Strategien søker å skille mellom 3 hovedfunksjoner i heldøgnstjenestene:  
Hjem – pleie/omsorg – behandling/rehabilitering

#### **Sykehjem**

- a) Bygging og drift av nytt sykehjem med 100 plasser startes opp snarest mulig. Utbyggingen muliggjør full oppfyllelse av kvalitetsforskriften om retten til enerom. Utbyggingen vil kunne gi en økning av nettovolumet med ca. 30 plasser.

- b) Sykehjemmene gis følgende hovedfunksjoner:
- Langtidsopphold:  
 Omfattende pleiebehov  
 Skjermede plasser for demente  
 Adferdsplasser for brukere med utfordrende adferd
- Tidsbegrensede opphold:  
 Rehabilitering og opptrening  
 Medisinsk oppfølging  
 Observasjon og utredning  
 Avlastning  
 Selvinnskrivningsplasser  
 Palliativ omsorg
- c) Plassene i sykehjem dimensjoneres med et mål om at 40% av plassene utnyttes til tidsbegrensede formål. Dimensjoneringen må ses i sammenheng med foreslått volumøkning av boenheter i bofellesskap.
- d) Lokalisering av de ulike funksjonene må utredes nærmere og vurderes i en helhetlig sammenheng med det nye sykehjemmets funksjoner.

### **Bofellesskap**

- a) I perioden fram til 2016 tas det sikte på å bygge ut 130 nye boenheter i bofellesskap, som har heldøgns bemanning. Utbygging bør skje i bofellesskapsløsninger med minst 32 enheter samlet. Bofellesskapene må ha bemanningsressurser og medisinsk kompetanse for å kunne utgjøre et reelt alternativ til omsorg i sykehjem.
- b) Det tilrettelegges for bemanningsbaser i tilknytning til noen av de ubemannede omsorgsboligene slik at disse kan oppgraderes til bofellesskap med heldøgns bemanning.

### **Medisinsk behandling og oppfølging**

- a) Legetjenesten ved sykehjemmene styrkes. I tråd med statlig krav utarbeides lokal plan for legetjenesten i sykehjem.
- b) Utvikle felles norm og rutiner for utøvelse av legetjeneste i sykehjem.
- c) For bedre å tilrettelegge for medisinsk oppfølging av den enkelte beboer i bofellesskap, tilbys som en frivillig ordning, egen fastlege for beboerne i bofellesskapet. Fastlegen vil kunne legge opp til faste besøk i bofellesskapet for å ivareta beboernes behov for medisinsk behandling og oppfølging.

## **Strategi 5**

### **Styrke arbeidet med trivselstiltak, kulturelle og sosiale aktiviteter**

- a) Samarbeidet mellom innsatsområdene kultur og pleie og omsorg styrkes gjennom etablering av felles nettverk og utveksling av kompetanse, ideer og kreativitet. Utvikling av kulturelle tiltak tilpasset eldre, syke og funksjonshemmede må vies oppmerksomhet i planperioden.
- b) Aktivitetstjenester innen pleie og omsorg videreutvikles og gis en variert faglig sammensetning.

**Strategi 6****Vektlegge kvaliteten i tjenestene gjennom samarbeid med ansatte, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.**

- a) Det utvikles et felles internt kvalitetssystem for pleie- og omsorgstjenestene.
- b) Aktivt arbeid med oppfyllelse av forskrift og retningslinjer om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.
- c) Aktiv bruk av metodikk og virkemidler som er beskrevet i rehabiliteringsplanen.
- d) Samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenestene og andre tilgrensende tjenester som psykiatritjenesten, rustjenesten, boligoppfølgingstjenesten styrkes gjennom felles opplæring og fagarenaer.

**Strategi 7****Sikre samarbeid og samordning med spesialisthelsetjenesten**

- a) Samarbeidet med Helse Øst gjennom samarbeidsutvalget videreutvikles.
- b) Det utredes et samarbeidsprosjekt med Sykehuset Østfold HF om et ambulereende geriatrisk team, som kan styrke den lokale medisinske kompetansen i geriatri, lette utskrivning fra sykehus og forebygge unødvendige innleggelse i institusjon.
- c) Det søkes inngått en samarbeidsavtale med Sykehuset Østfold HF om drift av palliative plasser. Avtalen skal sikre kvalitet, kompetanse, kontinuitet og avklare ansvarsfordelingen mellom helseregionen og kommunen.

**Strategi 8****Utvikle en god å målrettet informasjonsstrategi**

- a) Det iverksettes forsøks tiltak med tilbud om hjemmebesøk for alle eldre over 75 år.
- b) Informasjon om tiltak og aktiviteter som syke, funksjonshemmede og eldre kan nyttiggjøre seg, systematiseres og gjøres tilgjengelig gjennom servicetorg, internett og oppsøkende tiltak.

**Strategi 9****God kontroll på tildeling av tjenester og ressursbruk**

- a) Det utvikles/innføres styringsverktøy basert på IPLOS-data som gir grunnlag for god og oversiktlig disponering av tjenestenes ressursbruk. Nye IPLOS-stillinger og nytt dataverktøy for budsjettering og ressursdisponering skal bidra til dette.
- b) Det må sikres høy kompetanse i saksbehandlingen og forvaltningen av tjenestene gjennom målrettet opplæring.

**Strategi 10****Sikre god ledelse**

- a) Utvikle profesjonelle ledere for å sikre god styring og utvikling av felles holdninger slik at tjenestene fremstår helhetlige og sammenhengende.
- b) Tilrettelegge for god utøvelse av ledelse og mulighet for å lykkes.



**Strategi 11**

**Sikre tilstrekkelig bemanning med nødvendig kompetanse. Flytte kompetanse til brukeren fremfor å flytte brukeren til kompetansen.**

- a) Det utarbeides en egen plan for opplæring og rekruttering av medarbeidere i pleie og omsorgstjenesten som del av kommunens samlede opplæringspolitikk.
- b) Det legges vekt på kompetanseheving av dagens ansatte for å beholde og videre kvalifisere personellet.

**Strategi 12**

**Sikre at bygninger og utstyr har god standard**

- a) Det utarbeides plan for utbedring og modernisering av eksisterende bygningsmasse tilpasset nye funksjoner i sykehjemmene.
- b) Det utarbeides plan for fornyelse av teknisk og medisinsk utstyr i sykehjemmene.

## **9. Vedlegg:**

- 1. Befolkningsprognoser 2006 – 2025**
- 2. Forhold til vedtatte planer**
- 3. Dagens pleie- og omsorgstjenester**
- 4. Sammenligning av utgifter og inntekter mellom bofellesskap og sykehjem.**

## 9.1 Vedlegg 1 Befolkningsprognoser 2006 - 2025

Fig. 1 Befolkningsprognose for Sarpsborg 67 - 79 år (kilde KOMPAS/SSB 2005)

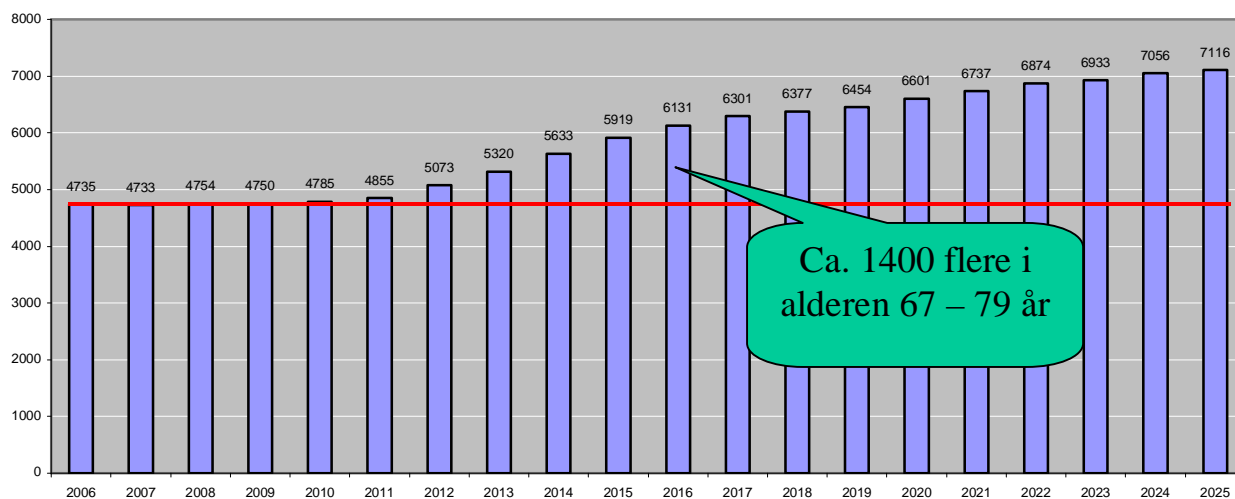


Fig. 2 Befolkningsprognose for Sarpsborg 80 - 89 år

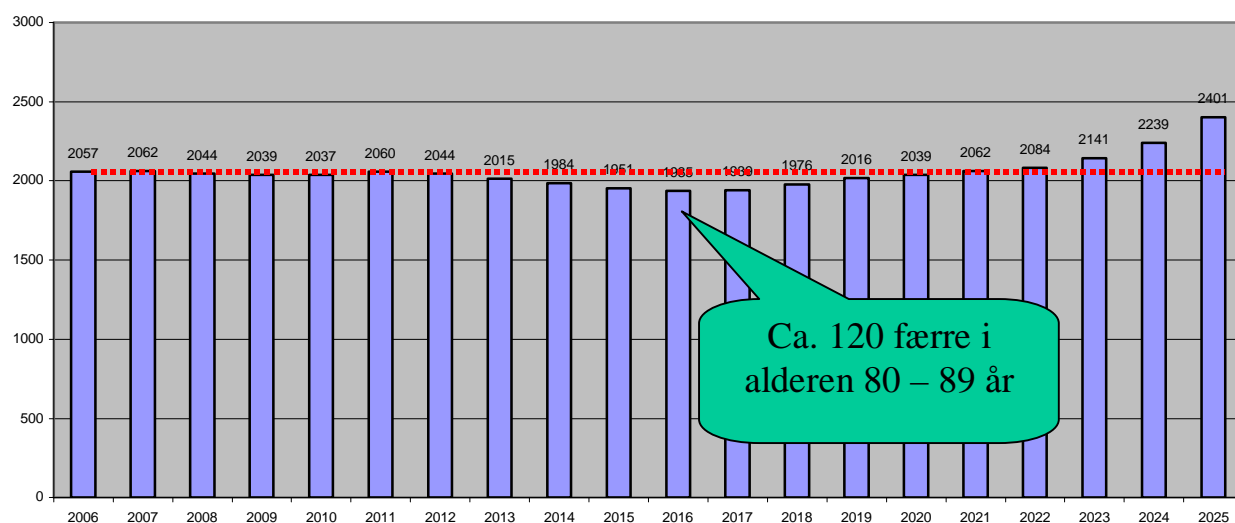
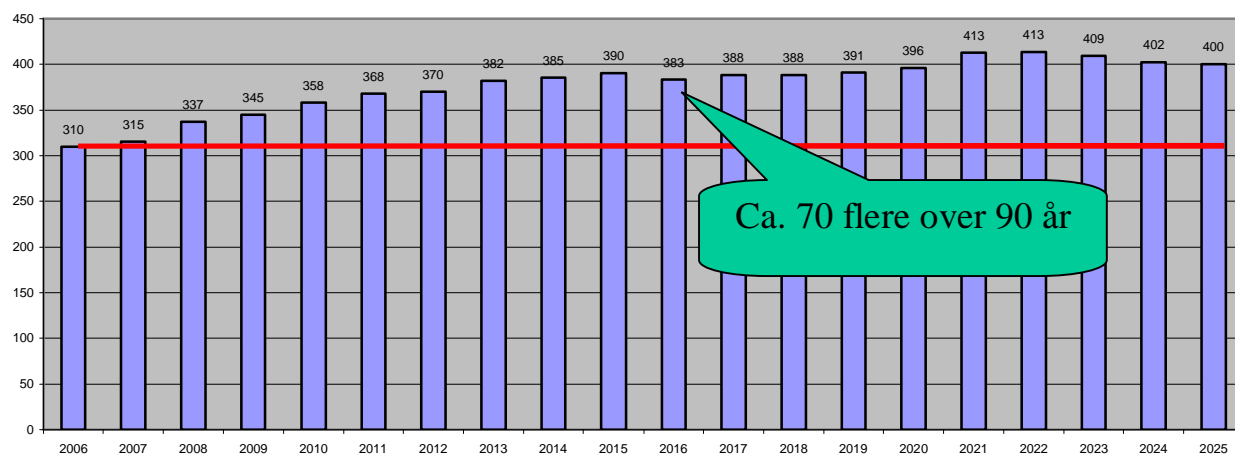


Fig. 3 Befolkningsprognose for Sarpsborg 90 år +



## 9.2 Vedlegg 2 Forhold til vedtatte planer

### **Kommuneplanen (2007 – 2020)**

Kommuneplanen fokuserer innsatsområdene *identitet, levekår og næringsliv, arbeid og kompetanse*. Under kapitlet levekår pekes det på at en av de største utfordringene kommunen har, er å kunne tilby de eldre tjenester som sikrer den enkelte trygghet og hjelp, uavhengig om man bor hjemme eller i institusjon. Alle skal etter evne sikres mulighet til personlig medvirkning. Målsettingen er at eldre skal kunne leve et trygt og verdig liv og at kommunens eldreomsorg skal ha god kapasitet og kvalitet. Den enkelte skal få tilbud om trivselstiltak for å sikre livskvaliteten. Kommunen vil også legge stor vekt på aktivitetsskapende og helsefremmende arbeid overfor eldre. Særlig vil tiltak knyttet til mosjon, kost, kultur og sosial kontakt ha stor betydning. Det heter også at Sarpsborgsamfunnet må tilrettelegge og tilpasse tilbudene til personer med fysiske og psykiske funksjonshemminger.

### **Helhetlig plan for rehabilitering (2003-2006)**

Rehabiliteringsplanen rulleres i 2007. Rehabiliteringsplanen tar utgangspunkt i behovet for rehabilitering uavhengig av alder og om behovet er medisinsk, sosialt eller psykisk betinget. Rehabiliteringsplanen setter hovedfokus på brukermedvirkningen. Planen beskriver metoder og verktøy for å få til det gode og forpliktende samarbeid rundt brukere med behov for sammensatte tjenester.

### **Boligsosial handlingsplan (2002-2006)**

Dette er en plan som omhandler boliger og botiltak for grupper av befolkningen som har vansker med å skaffe seg eller beholde en tilfredstillende bolig på egen hånd. I planen inngår også tiltak for å bidra til at husstander med særskilte behov kan få bistand til å bli boende i egen bolig.

### **Plan for psykisk helse (2007-2010)**

Statlige opptrappingsmidler til psykisk helsearbeid gjør at kommunene de seneste årene er tilført betydelige midler for å videreutvikle lokale tiltak til beste for personer med psykiske lidelser. Plan for psykisk helse omhandler både barn, unge og voksne. Mange av brukerne i pleie- og omsorgstjenestene har psykiske lidelser. Det er derfor viktig å se pleie- og omsorgstjenestene i sammenheng med tjenestene i plan for psykisk helse.

### **Plan for demensomsorgen (2003-2006)**

Planen vil ikke bli rullert, men demensomsorgen vil bli tatt inn som en del av den nye pleie- og omsorgsplanen. En rekke av tiltakene i den tidligere demensplanen er gjennomført, men planen peker også på flere tiltak som er viktig å ta stilling til i en ny plan. Det er bl.a. tiltak overfor unge personer som utvikler demens, tiltak for psykisk utviklingshemmede som utvikler demens og etablering av dagtilbud for hjemmeboende demente. Regjeringen vil i løpet av 2007 legge fram en ny demensplan.

### **Helse Øst 2025**

I strategisk plan Helse Øst 2025 beskrives ambisjonene for det fremtidige tjenestetilbudet og utvikling av helseforetaksgruppen. Planen er viktig for hvilken utvikling kommunen kan forvente når det gjelder drift av sykehusene i tiden fremover. Under behov og kapasitet skisseres følgende:

*”Det forventes at den samlede etterspørsel vil øke både som et resultat av at antall eldre øker betydelig frem mot 2025 og at det forventes vekst innen enkelte områder som den spesialiserte rusomsorgen, innen psykisk helsevern både for barn og voksne,*

*kreft, prehospital medisin og infeksjonssykdommer. ...Til tross for økt etterspørsel etter helsetjenester forventes det at dagens samlede sengekapasitet vil være tilstrekkelig også i 2025. Dette vil være mulig gjennom langsiktig styring og utvikling og en betydelig økning i kapasitet for dagbehandling og poliklinisk behandling. Innholdsstyring av tjenestene basert på kunnskapsbasert praksis og organisering og riktig prioritering vil blant annet føre til reduserte liggetider.”*

Om forebygging:

*”Forebygging kan gi øket livskvalitet og redusere sykkelighet og etterspørsel av tjenester frem mot 2025. Tidlig identifikasjon av sykdom og utvikling av nye arbeidsmetoder gir større mulighet til kompetanseoverføring til pasientene og samhandling med kommunehelsetjenesten. Andelen kurativ medisin vil sannsynligvis synke mens forebyggende og palliativ medisin vil øke.”*

Om helhet i tjenestetilbudet:

*”Det skal legges vekt på å skape et sømløst behandlingssystem for pasienten mellom regioner, mellom førstelinjetjeneste og spesialisthelsetjeneste ... Modeller for samhandling mellom helseforetak og kommune videreutvikles bl.a. gjennom koordinering av virkemidler og etablering av behandlingslinjer, aktiv bruk av individuell plan, ...”*

Oppsummert kan en si at strategiplan Helse Øst 2025 gir kommunene grunn til å forvente økte utfordringer i oppfølging av medisinsk behandling som følge av kortere liggetid i sykehus og langt mer poliklinisk behandling. Planen legger opp til en utvidet samhandling med kommunene der man ser for seg økt felles innsats. Spesielt knytter dette seg til forebygging og til det ”sømløse” behandlingssystemet for pasienten, der man i større grad enn i dag samordner innsats og kompetanse inn mot brukeren.

Utviklingen av tjenestetilbudet i Helse Øst er sentralt for kommunen og influerer i stor grad på hvilke behov og forventninger kommunen må møte gjennom sin pleie- og omsorgstjeneste. En god og gjensidig dialog mellom kommunen og Sykehuset Østfold er grunnleggende for en videre felles utforming av det samlede tjenestetilbud.

### 9.3 Vedlegg 3 Dagens pleie- og omsorgstjenester

#### *Nettverk, møtesteder, frivillighet, m.m. (forebygging)*

En rekke lag, foreninger, organisasjoner og enkeltpersoner engasjerer seg i å arrangere aktiviteter og tiltak som bidrar til livsutfoldelse, kulturelle opplevelser, trivsel og aktivitet for syke, eldre og funksjonshemmede. Dette er ofte en integrert del av aktiviteter som retter seg mot hele befolkningen. Dette betyr svært mye for mange og bidrar til mindre ensomhet og bedre helse. Tiltakene er for omfattende og mangeartede til at det skal gjøres noe forsøk på å oppsummere dem her.

Frivillighetssentralen tilbyr tiltak og tjenester som kommer i tillegg til de ordinære offentlige tjenestene. Det er frivillige som stiller opp og utgjør kjernen i tilbudet. Gjennom Frivillighetssentralen kan hjemmeboende tilbys hjelp som transporttjeneste, montering/reparasjoner av hjelpemidler, praktisk hjelp etc. Videre har Frivillighetssentralen en omfattende besøks- og ledsagertjeneste. Sentralen har også en rekke arrangementer som tilbud for hjemmeboende, sosiale formiddagstreff, trim, bingo, sykkel- og stavgangsgrupper, treskjære- og malegrupper, seniordans etc.

#### *Trygghetsalarm*

Trygghetsalarmen er en trygghetstjeneste for de som bor alene eller er alene store deler av døgnet. Trygghetsalarmen er knyttet til en vaktentral, som ved behov formidler kontakt videre til hjemmesykepleien. Vaktentralen er plassert på Sarpsborg legevakt og har døgnbemanning med kvalifisert helsepersonell. Det er knyttet egne kriterier til tildeling av trygghetsalarm. Det er pr. januar 2007 519 trygghetsalarmer knyttet opp mot alarmsentralen.

#### *Matombringning*

Dette er en tjeneste som ytes hjemmeboende eldre og funksjonshemmede som på grunn av sykdom eller annen årsak ikke klarer å ivareta sitt ernæringsbehov. Matombringning består i varm middag som kjøres ut til den enkelte i deres hjem en eller flere ganger i uken. For mange har besøket i forbindelse med leveringen en viktig egenverdi. Ca. 200 brukere får hver dag tilkjørt varm mat.

#### *Vask av tøy for hjemmeboende*

Dette er en tjeneste som ytes til hjemmeboende som på grunn av alder, sykdom eller funksjonshemming ikke er i stand til å ivareta renholdet av eget, privat tøy. I likhet med matombringning er dette et støttetiltak i tillegg til annen praktisk bistand.

#### *Ergoterapi*

Ergoterapi er en tjeneste som skal hjelpe mennesker til å fungere optimalt i hverdagen når de har problemer med å utføre daglige gjøremål på grunn av sykdom, skade eller annen funksjonsnedsettelse. Ergoterapi kan for eksempel omfatte trening i dagliglivets gjøremål, tilpasning av aktiviteter eller tekniske hjelpemidler, tilrettelegge for aktiv fungering i hjemmet, skole eller arbeidsplass og veiledning, informasjon og undervisning. Ergoterapi er viktig i et rehabiliteringsperspektiv og et viktig støttetiltak for å øke evnen til egenomsorg.

#### *Fysioterapi*

Tjenesten inngår som en del av kommunens helsetilbud. Du kan få tilbud om nødvendig fysioterapi i forbindelse med forebyggende helsearbeid, rehabilitering, ved behandling av sykdom eller skade. Tjenesten kan bidra med blant annet undersøkelser, funksjonsutredninger

og motorisk vurdering av barn og unge, utforming og oppfølging av tiltak, behandling, gruppetrening, opplæring og faglig undervisning.

#### *Korttidsutlån av hjelpemidler*

Sarpsborg ASVO administrerer hjelpemiddellager for korttidsutlån av hjelpemidler på vegne av kommunen. Formålet er at alle innbyggere i Sarpsborg med behov for hjelpemidler i en tidsbegrenset periode, kan leie disse via hjelpemiddellageret. Sarpsborg ASVO kan bringe og hente hjelpemidler hjemme hos den enkelte.

#### *Langtidsutlån av hjelpemidler*

Det er folketrygden som har ansvaret for hjelpemidler/tilrettelegging av hjelpemidler til brukere med varige behov. Hjelpemidler av varig karakter kan søkes om via hjemmebasert omsorg, fastlege, ergo-, fysioterapeut eller lignende. En rekke hjelpemidler for langtidslån viderefremmes direkte til brukeren .

#### *Støttekontakt*

Støttekontakt er en tjeneste som tilbyr bl.a. sosialt samvær etter behov og ledsagelse til ulike fritidsaktiviteter. Målgruppen er personer som på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker har særlige hjelpebehov.

#### *Ledsagerbevis for funksjonshemmede*

Mange funksjonshemmede trenger ledsager for å kunne delta på for eksempel kulturtilstelninger. Ledsagerbeviset utstedes til den funksjonshemmede, men beviset skal gi ledsageren fri eller rabattert adgang til kultur- og fritidsarrangementer og visse transportmidler. Det gjøres ingen økonomiske behovsvurderinger som grunnlag for å gi ledsagerbevis. Ordningen gjelder for personer helt ned til 8 år.

#### *Omsorgslønn*

For personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, kan det gis økonomisk bistand som kompensasjon for den omsorgsinnsatsen som ytes. Tjenesten er et alternativ til kommunalt utførte omsorgstjenester. Omsorgslønnen skal også motivere og stimulere for ytterligere innsats.

#### *Brukerstyrt personlig assistent*

Dette er en ordning som kan ytes personer som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av omfattende praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Tjenesten er et alternativ til kommunalt utførte omsorgstjenester. Den funksjonshemmede kan i prinsippet selv velge hvem som skal være personlig assistent, hva assistenten skal gjøre og hvor, når og på hvilken måte hjelpen skal gis. Den funksjonshemmede må kunne være i stand til å organisere og lede tjenestene.

#### *Praktisk bistand og opplæring*

Dette er en tjeneste som inneholder nødvendig praktisk hjelp i hjemmet til dagliglivets gjøremål. Den ytes personer som på grunn av sykdom, alder eller funksjonshemming har behov for praktisk hjelp i hjemmet.

#### *Personlig bistand*

Personlig bistand ytes til eldre, syke og funksjonshemmede som selv ikke er i stand til å sørge for egen pleie. Tjenesten kan omhandle påkledning, vask, personlig stell, m.m.

### *Hjemmesykepleie*

Hjemmesykepleie ytes til eldre, syke og funksjonshemmede som selv ikke er i stand til å benytte de ordinære helsetjenestene. Tjenesten kan omfatte omfattende sårbehandling, medikamenthåndtering og annen helsehjelp. Arbeidet blir utført av enten sykepleier eller annet kompetent helsepersonell.

### *Dagsenter*

Dagsenter er et tilbud til hjemmeboende som har behov for å komme seg ut av en isolert tilværelse gjennom et sosialt samvær med andre, aktivisering eller rehabilitering. Dagsenter kan også være en tjeneste som ytes for å avlaste pårørende. I tillegg til sosiale aktiviteter tilbyr dagsenteret både frokost og middag etter behov.

### *Avlastning*

Avlastning kan ytes til personer som har særlig tyngende omsorgarbeid. Tjenesten kan gis både i og utenfor hjemmet. Det kan for eksempel gis som hjemmehjelp for å avlaste den som ellers har "særlig tyngende omsorgsoppgaver" i hjemmet, eller det kan gis avlastning utenfor hjemmet - for eksempel en dagsenterplass eller et korttidsopphold på sykehjem. Avlastning er ment å være en tjeneste som gir mulighet for omsorgspersonen til å delta i samfunnet på normalt vis, hindre utmattelse, mulighet for å reise på ferie eller opprettholde normal fritid, familierelasjoner og sosialt nettverk.

### *Fastlege*

Fastlegen er en allmennpraktiserende lege som har inngått avtale med kommunen om deltakelse i fastlegeordningen. Alle har rett til å være tilknyttet en fast, navngitt allmennpraktiserende lege. Fastlegen skal være tilgjengelig for sine pasienter og skal prioritere disse foran personer som ikke står på legens liste. Man kan selv velge hvilken lege man vil ha som fastlege. I henhold til avtale mellom kommunen og fastlegene kan kommunen benytte legen til offentlige legeoppgaver, som lege ved helsestasjon, skolehelsetjenesten, sykehjem og for innsatte i fengsel.

### *Bofellesskap*

I denne planen brukes begrepet *bofellesskap* som en betegnelse for omsorgsboliger som har bemanning til stede hele døgnet. Tjenesten tilbys søkere som på grunn av alder, sykdom eller funksjonshemming har omsorgsbehov som gjør at de trenger en tilrettelagt bolig med fast bemanning. Bofellesskap består av tilrettelagte leiligheter med livsløpsstandard tilknyttet et fellesareale hvor personale er tilgjengelig hele døgnet. Bofellesskapene består av utleieboliger hvor beboer betaler en inntektsregulert husleie og kan søke om bostøtte fra Husbanken. I tillegg betaler beboer i henhold til kommunale satser for tjenester de har søkt om som praktisk bistand i hjemmet, mat eller vask av tøy etc. Bofellesskapet yter sykepleietjenester i forhold til behov, tilsvarende som i sykehjem. Beboeren beholder sin fastlege.

### *Sykehjem – tidsbegrenset opphold*

Tidsbegrenset opphold i sykehjem er et målrettet og tidsavgrenset opphold i sykehjem. Oppholdet kan gjelde medisinsk utredning, medisinsk behandling, rehabilitering, opp trening, avlastning, korttidsopphold og omsorg for alvorlig syke og døende.

### *Dagopphold i institusjon*

Dagopphold i institusjon er et tilbud til hjemmeboende og til beboere ved sykehjem som skrives ut til en hjemmesituasjon og som trenger medisinsk oppfølging, aktivisering eller rehabilitering. Dagtilbudet er i dag tilknyttet 2 av våre sykehjem.



*Sykehjem – langtids opphold*

Langtidsopphold i sykehjem er en tjeneste som tilbys dem som er så syke eller har et omsorgsbehov som krever døgkontinuerlig tilsyn, pleie og omsorg.

#### 9.4 Vedlegg 4 Sammenligning av utgifter og inntekter mellom bofellesskap og sykehjem.

Sammenligning av kostnader for kommunen er gjort med grunnlag i kostnader ved Borgen sykehjem og Thranesgate bofellesskap. Kostnadene er årskostnader pr. pasient/beboer.

#### Kommunens utgifter

Utgiftskategorier	Hjemmebasert omsorg	Bofellesskap (Thranesgt. bofellesskap)	Sykehjem (Borgen sykehjem)
Pleieutgifter	Gjennomsnitt kr 253 pr. time	kr 360.104 pr. beboer pr. år	kr 407.000,- pr. beboer pr. år
Medisiner og medisinsk forbruksmateriel	kr 319 pr. år pr. bruker	319,- pr. år pr. beboer	0,-
Mat		0	kr 48.500
Vask av tøy		0	kr 118.000
Transport	kr 9 pr. km. – inkluderer kostnad til medgått tid	0	kr 2.200
Tilsynslege	0	0	5.600
Laboratorietjenester	0	0	400
Utstyr + forbruksmaterieil	0	2.312, pr. år pr. beboer	
Kapitalkostnader + FDV		kr 3,5 mill : 32 beboere = kr 109.375 pr. beboer	kr 6,5 mill : 70 beboer = kr 92.857 pr. beboer
<b>Sum brutto totale kostnader pr. beboer pr. år</b>		<b>kr 472.110,-</b>	<b>kr 674.557,-</b>
Kostnad for tjenester til en hjemmeboende bruker med 20 timer pr. uke og 10 km. kjøring pr. besøk (snitt 6 besøk pr. dag)	(20 timer x 52 uker = 1040 timer 1040 timer x 253 = kr 263.266 Kjørekostnader 21.840 km x kr 9 = kr 199.400		
Brutto kostnad for bruker i hj.tj. med 20 timer pr uke (estimert)	462.666,-	472.110,- (inkl kapitalkostnad)	674.557,- (inkl. kapitalkostnad)

### Kommunens inntekter

Inntekskategorier	Bofellesskap (Thranesgt. bofellesskap)	Sykehjem (Borgen sykehjem)
Husleie / egenbetaling	Inntektsregulert: > kr 110.000 = kr 4.600 > kr 200.000 = kr 5.100 over kr 200.000 = kr 5.600	> kr 110.000 = kr 6.700 (minstepensjonist uten skatt og fradrag for bolig)  ca. kr 200.000 = kr 10.450 ca. kr 250.000 = kr 13.250  (Beregningsgrunnlag er ordinær inntekt = pensjon + annen inntekt. 20% skatteferadrag Renteinntekt av formue ikke medregnet her)
Strøm	kr 300,- til kr 450,- avhengig av boligsstørrelse Gjennomsnittberegning: kr 350,- pr. mnd.	0
Egenandeler	ca. kr 200,- i snitt pr. mnd. (kr 50,- pr. time)	0
Salg av mat	Selvkost (inntekt og utgift skal være lik)	0
Vask av tøy	Selvkost (inntekt og utgift skal være lik)	0
<b>Sum inntekter</b>	<b>Alt. 1: kr 5.150</b> <b>Alt. 2: kr 5.650</b> <b>Alt. 3: kr 6.150</b>	<b>Alt. 1: kr 6.700</b> <b>Alt. 2: kr 10.450</b> <b>Alt. 3: kr 13.250</b>
Gjennomsnittelig inntekt pr. mnd. (januar, februar 2007)	kr 148.100 i husleie pr. mnd. gir en gjennomsnitt på kr 4.630 pr. mnd. Det gir en gjennomsnittsinntekt inkl. strøm og egendandeler på kr 5.180 pr. bebo. pr. mnd. Årsinntekt pr. beboer blir kr 62.150	kr 500.000 fordelt på 70 beboere gir kr 7.142 pr. mnd. pr. beboer. Årsinntekt pr. beboer blir kr 85.700

### Kommunens netto utgifter pr. beboer pr. år estimert

Kategori	Utgifter	Inntekter (gjennomsnitt)	Netto utgift estimert
Bofellesskap	kr 472.375	kr 62.150	kr 410.225
Sykehjem	kr 674.557	kr 85.700	kr 588.857

### Beboers utgifter

<b>Utgiftskategorier</b>	<b>Bofellesskap</b> (Thranesgt. bofellesskap)	<b>Sykehjem</b> (Borgen sykehjem)
Husleie / egenbetaling i sykehjem  (egenbetaling i sykehjem er 75% av folketrygdens grunnbeløp og 85% av all øvrig inntekt)	Inntektsregulert: > kr 110.000 = kr 4.600 > kr 200.000 = kr 5.100 over kr 200.000 = kr 5.600	> kr 110.000,- = kr 6.700 <i>(minstepensjonist uten skatt og fradrag for bolig)</i>  ca. kr 200.000 = kr 10.450 ca. kr 250.000 = kr 13.250  (Beregningsgrunnlag er ordinær inntekt = pensjon + annen inntekt. 20% skatteferadrag Renteinntekt av formue ikke medregnet her)
Strøm	kr 300 til kr 450	0
Mat	kr 2.850,- (Fullt abonnemnet)	0
Vask av tøy	kr 172 (snitt-kostnad)	0
Tilsynslege	Egenandelskort kr 1680 kr 140 pr. mnd.	
Medisiner (blå resept)	går inn i egenandelskortet	0
Medisinsk forbruksmateriell	går inn i egenandelskortet	0
Egenandel til praktisk bistand etc.	ca. kr 200,-	0
Forsikring - innbo	ca. kr 50,-	0
Sammenlignbar netto kostnad pr. mnd. for de forskjellige innteksgruppene (I innteksgruppe 1 er skatt og fradrag for bolig ikke medregnet + maks bostøtte i bofellesskap)	Netto kostnad per mnd. i forhold til inntektsgrenser:  Inntektsgr. 1: ca. kr 5.950 Inntektsgr. 2: ca. kr 8.862 Inntektsgr. 3: ca. kr 9.362	Inntektsgr. 1: ca. kr 6.700 Inntektsgr. 2: ca. kr 10.450 Inntektsgr. 3: ca. kr 13.250