



ÅS KOMMUNE

TEMAPLAN FOR HELSE OG OMSORG



2009 - 2015

Behandles i kommunestyret den 25.11.2009

FORORD

Kommunen har ansvar for å bygge ut, utvikle/utforme, organisere og levere tjenester til alle innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester uten hensyn til alder, diagnose eller bosted.

I forbindelse med budsjettbehandlingen i Kommunestyret i 2007 ble det vedtatt at det i 2008 skulle utarbeides en temaplan for helse og omsorg. På grunn av innflytting i nytt sykehjem, samt bytter i sentrale stillinger ble planarbeidet utsatt til 2009.

Planen erstatter tidligere eldreomsorgsplan 1999-2004, plan for rehabilitering i Ås kommune K-sak 0043/00 (2000) samt belyser i et kapittel kommunens utfordringer ved barn og ungdom med behov for tilrettelagt bolig, tjenester og / eller arbeid.

En av kommunens mest krevende utfordringer i årene fremover vil bli en utbygging av kommunens pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester slik at den til en hver tid har tilstrekkelig kapasitet og kvalitet. SSBs befolkningsfremskrivninger de neste 30-40 år viser en dobling i antall personer over 67 år (pensjonister).

Dette sett i sammenheng med SSBs fremskrivninger av en nedgang på over 50 % i arbeidsdyktighet i befolkningen i samme periode, tegner et bilde av utfordringene kommunen står ovenfor. Rekruttering av tilstrekkelig helsepersonell antas dermed også å være en annen utfordring, og stadig større i årene som kommer.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	2	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

INNHold

1.	SAMMENDRAG	6
2.	INNLEDNING	9
2.1	BAKGRUNN	9
2.2	BEFOLKNINGS STATISTIKK OG – PROGNOSE	10
2.3	ARBEIDET MED TEMAPLANEN	12
2.4	NASJONALE FØRINGER	12
2.5	KOMMUNALE FØRINGER	13
2.6	DAGENS ORGANISERING OG PERSONELLFORDELING	14
3.	HJEMMEBASERT TJENESTETILBUD	16
3.1	DAGENS SITUASJON	16
3.1.1	KVANTITATIVE DATA	16
3.1.2	KVALITATIVE DATA	18
3.2	UTFORDRINGER FREM MOT 2015	18
3.2.1	BRUKERE AV HJEMMEBASERTE TJENESTER	18
3.2.2	BOLIG	19
3.2.3	ALLMENNEMEDISIN	19
3.2.4	GENERELLE KOMMUNALE HELSEUTFORDRINGER	19
3.2.5	KOMPETANSE	20
3.3	ANBEFALINGER	20
3.3.1	BRUKERE AV HJEMMEBASERTE TJENESTER	20
3.3.2	BOLIG	20
3.3.3	FOREBYGGENDE TILTAK	21
3.3.4	ALLMENNEMEDISIN	21
3.3.5	ENHET FOR FORVALTNINGSTJENESTER (FE)	21
3.4	KONKLUSJON	22
4.	OMSORGSTILBUD TIL PERSONER MED DEMENS	23
4.1	DAGENS SITUASJON	23
4.1.1	NASJONALE FØRINGER	23
4.1.2	KVANTITATIVE DATA	23
4.1.3	KVALITATIVE DATA	23
4.2	UTFORDRINGER FREM MOT 2015	23
4.3	ANBEFALINGER	24
4.3.1	DAGTILBUD I AKTIVITETSSENTERET	24
4.3.2	DEMENSKOORDINATOR / EVT DEMENSTEAM	24
4.3.3	PÅRØRENDESKOLE	25
4.3.4	KORTTIDS- / AVLASTNINGSPLASSER	25
4.3.5	AVLASTNING I HJEMMET / STØTTEKONTAKT	25
4.3.6	ERGOTERAPI	25
4.3.7	YNGRE PERSONER MED DEMENS	26
4.3.8	FORSTERKET SKJERMET ENHET (FSE)	26
4.3.9	KOMPETANSEUTVIKLING	26
4.3.10	FRAMTIDIG BYGGING AV INSTITUSJONSPASSER	26

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	3	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

5.	<u>INSTITUSJONSTJENESTER</u>	27
5.1	DAGENS SITUASJON	27
5.1.1	KVANTITATIVE DATA	27
5.1.2	KVALITATIVE DATA	27
5.2	UTFORDRINGER FREM MOT 2015	28
5.3	ANBEFALINGER	29
5.3.1	KORTTIDS-, AVLASTNINGS- OG REHABILITERINGSPLASSER:	29
5.3.2	TRYGGHETSPLASSER:	30
5.3.3	TILSYNSLEGE	30
5.3.4	PERSONER MED DEMENS	30
5.3.5	ELDRE MED ALDERSPSYKIATRISKE LIDELSER	30
5.3.6	ELDRE PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE	31
5.3.7	METHICILINRESISTENTE GULE STAFYLOKOKKER (MRSA)	31
5.3.8	AKTIVITETER OG KULTURELLE OPPLEVELSER	31
5.3.9	REKRUTTERE OG BEHOLDE RELEVANT FAGKOMPETANSE	31
5.3.10	PLEIE OG OMSORG VED LIVETS SLUTT/KREFTOMSORG OG LINDRENDE BEHANDLING	32
5.3.11	LABORATORIEVIRKSOMHET	32
5.3.12	MINORITETSETNISKE	32
6.	<u>HABILITERING - OG REHABILITERINGSTILBUD</u>	33
6.1	DEFINISJON	33
6.2	MÅLGRUPPEN	33
6.3	DAGENS SITUASJON	34
6.3.1	REHABILITERINGSTILBUDET I ÅS KOMMUNE	34
6.3.2	MÅL FOR REHABILITERINGSTILBUDET I ÅS KOMMUNE	34
6.3.3	UNIVERSELL UTFORMING	34
6.4	UTFORDRINGER FREM MOT 2015	35
6.5	ANBEFALINGER	41
6.5.1	UNIVERSELL UTFORMING	41
6.5.2	FORVALTNINGSENHETEN	41
6.5.3	REHABILITERINGSTEAM	42
6.5.4	OPPLÆRING OG KOMPETANSEHEVING	42
6.5.5	NAV	42
6.5.6	SAMARBEIDSAVtaler INNEN REHABILITERINGSOMRÅDET	42
6.5.7	ANSVARSGRUPPER	42
6.5.8	INDIVIDUELL PLAN	42
6.5.9	FASTLEGER OG TVERRFAGLIG SAMARBEID I REHABILITERINGSPROSESSEN	42
6.5.10	LOKALT HJELPEMIDDELLAGER	42
6.5.11	KOMMUNALT RÅD FOR FUNKSJONSHEMMEDE SOM ARENA FOR BRUKERMEDVIRKNING	43
6.5.12	VIDEREUTVIKLE SAMARBEIDET MED FRIVILLIGHETSENTRALEN OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER	43
6.5.13	FYSIOTERAPITJENESTEN	43
6.5.14	ERGOTERAPITJENESTEN	43
7.	<u>BARN OG UNGDOM MED BEHOV FOR TILRETTELAGTE TJENESTER, BOLIG OG/ELLER ARBEID</u>	44
7.1	INNLEDNING	44
7.2	DAGENS SITUASJON – EN KARTLEGGING	44

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	4	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

7.3	MILJØARBEIDERTJENESTER TIL DENNE GRUPPEN	45
7.3.1	ANBEFALINGER	45
7.3.2	KOMPETANSE	46
7.3.3	NETTVERKSARBEID OG TVERRFAGLIGHET	46
7.3.4	FAMILIEPERSPEKTIVET	46
7.3.5	BOLIGER – ANBEFALINGER	46
7.4	SYSSELSETTING	47
7.5	OPPSUMMERING	48
8.	<u>REKRUTTERE OG BEHOLDE ANSATTE</u>	50
8.1	DAGENS SITUASJON	50
8.2	ARBEIDSGIVERS INNSATS FOR Å BEHOLDE EGNE ANSATTE.	51
8.2.1	KOMPETANSEUTVIKLING	51
8.2.2	LEDERSKAP	53
8.3	ARBEIDSGIVERS INNSATS FOR Å REKRUTTERE NYE ANSATTE.	55
8.3.1	UTDANNING AV MINORITETSSPRÅKLIGE	55
8.3.2	REKRUTTERE UNGDOM	56
8.3.3	OMDØMMEBYGGING (INTERN/EKSTERN)	58
9.	<u>KILDER</u>	60
9.1	STATLIGE DOKUMENTER	60
9.2	KOMMUNALE DOKUMENTER	60
10.	<u>VEDLEGG: VEDTATT PROSJEKTPLAN</u>	62

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	5	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

1. SAMMENDRAG

Temaplan for helse og omsorg 2009 – 2015 har som mål å sette kommunen i stand til å møte veksten i behovet for pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester sett i sammenheng med den demografiske utviklingen. Antall brukere innen ovennevnte tjenester vil øke i løpet av de neste ti årene. Det vil bli en vekst av eldre, og dermed flere omsorgsoppgaver for kommunen. Temaplanen tar i liten grad hensyn til samhandlingsreformen (stortingsmelding 47) da det er for tidlig i denne prosessen til å planlegge konkrete tiltak. Det foreslås at det på et senere tidspunkt etableres en handlingsplan for samhandlingsreformen for Ås kommune, hvor Follo-samarbeid på dette området også belyses.

Kapitlene 3-8 er delt inn 6 tjenesteområder: kap.3) hjemmebasert tjenestetilbud, kap.4) omsorgstilbud til personer med demens, kap.5) institusjonstjenester, kap 6) habilitering - og rehabiliteringstilbud, kap.7) barn og ungdom med behov for tilrettelagte tjenester, bolig og/eller arbeid og kap.8) hvordan rekruttere og beholde ansatte i disse tjenestene. Hvert kapittel beskriver dagens situasjon, utfordringer i planperioden og anbefalte tiltak.

Temaplanen fokuserer på å bygge opp under brukernes egenomsorgsevne og mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Det anbefales å bygge ut tjenestekjeden ved å tilby mer tilrettelagte bomiljøer med ulike servicetilbud, samtidig som det forebyggende og helsefremmende arbeidet trappes noe opp. Det forebyggende arbeidet vil videreutvikles i sammenheng med konkretisering av *Samhandlingsreformen* (St. melding 47).

Institusjonstilbudet anbefales tilpasset/spesialisert, samtidig som det hjemmebaserte tilbudet styrkes og videreutvikles. Dette bør på sikt føre til et større tjenestetilbud i hjemmene, og et mer spesialisert institusjonstilbud.

Kommunens mål om 20 % dekningsgrad oppfylles fortsatt gjennom anbefalinger i planen. Plassene blir dels å finne gjennom dagens udisponerte plasser ved Moer sykehjem og dels ved etablering av nye plasser. En dekningsgrad for boenheter tilrettelagt for døgnkontinuerlig pleie på 20 % gir et behov for 124 plasser i 2015. Av disse er 110 etablert (Moer sykehjem med 86 plasser og 24 plasser i bokollektivene). Det anbefales derfor at det etableres inntil 14 nye plasser i Ås kommune innen 2015.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	6	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Anbefalte tiltak i denne planperioden (2009-2015) oppsummert er følgende:

Tilpasninger:

- Tilrettelegge for en bogruppe på Moer sykehjem til personer med demenssykdom og utstrakt hjelpebehov.
- Tilrettelegge for inntil en bogruppe på Moer sykehjem for alderspsykiatriske pasienter.
- Tilrettelegge inntil en bogruppe til rehabilitering.
- Revidere serviceerklæringene.
- Evaluere ordningen vedrørende praktisk bistand, spesielt med tanke på vask av bolig og matvarehandel.
- Evaluere fordeling / grenser mellom hjemmetjenesten distrikt nord og - sør.
- Etablere boligteam (Ergoterapitjenesten og teknisk etat)
- Evaluere dagens totale botilbud i miljøarbeidertjenesten.

Forebygging:

- Åpne aktivitetsavdelingen for personer med demens på Moer sykehjem.
- Etablere demenskoordinatorfunksjon.
- Benytte de to pårørende - rommene på Moer sykehjem til trygghetsplasser.
- Utvide hjelpemiddellagerets åpningstider fra kl 8-12 og til kl 8-15.
- Videreutvikle arbeidet med "Pårørendeskole".
- Vurdere en økning av tjenester/tjenestetildeling i omsorgsboligene av forebyggende art.
- Bidra til å iverksette plan for utearealet i Ås sentrum. (Universell utforming)

Boligkapasitet:

- Bygge bolig / leiligheter til multifunksjonshemmede unge med permanent boligbehov med bemanning.
- Utrede muligheten, og etablere ny omsorgsbolig/aldersbolig i nærheten av Ås sentrum.
- Utrede muligheten -, og bygge sammen Dr. Sødrings vei 8 og 10, med leiligheter og fellesareal.
- Utrede muligheten -, og bygge ut bokollektivene, med inntil 6 plasser i hvert bygg.
- Utrede muligheten for fremtidig sykehjemsavdeling i tilknytning til Granheimtunet omsorgsboliger, og/eller en eventuell utbygging av Moer sykehjem.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	7	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

- Kommunen bør oppfordre til - / legge til rette for universell utforming, livsløpsstandard og eventuelle senior pluss boligkomplekser etc.

Ressurstilførsel / utvide tjenestene:

- Øke ergoterapi- og fysioterapi ressursene på korttids - og rehabiliteringsavdelingen.
- Øke legedekningen i pleie og omsorg til nasjonal standard.
- Tilføre tverrfaglig stillingsressurs i forvaltningsenheten.
- Etablere rehabiliteringsteam for hjemmeboende / rehabilitering i hjemmet.
- Utvide den ambulerende miljøarbeidertjenesten i Liaveien. (Ungdomstiltakene)

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	8	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

2. INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

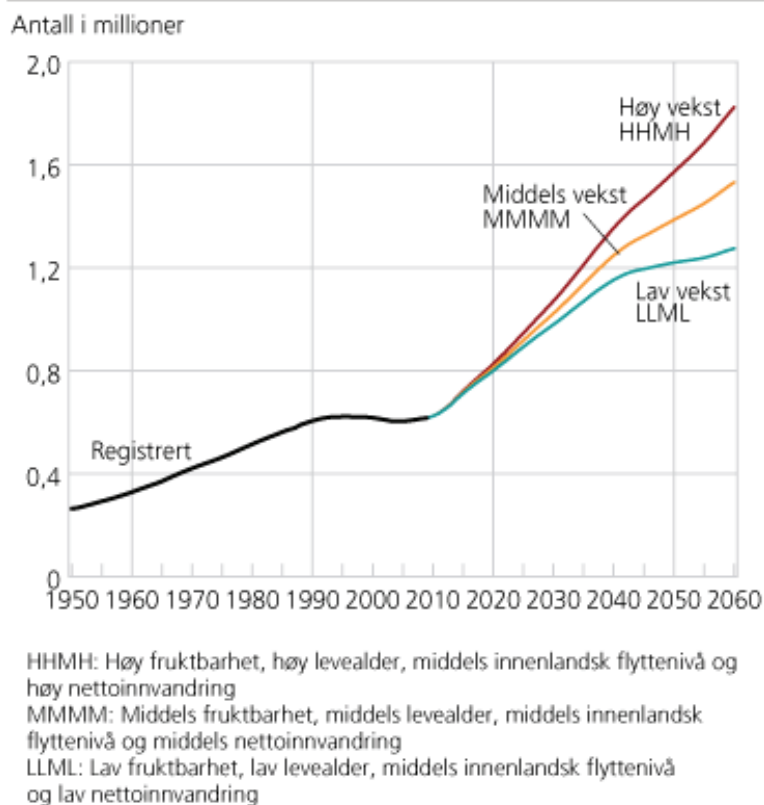
Den demografiske utviklingen i Norge de neste 40-50 år krever at kommunene planlegger langsiktig på en helt annen måte enn det som har vært nødvendig frem til nå. Ås kommune står overfor flere utfordringer i helse- og omsorgstjenestene i årene fremover:

- Økning i antall eldre og derav også personer med demens.
- Økt krav om rehabilitering
- Utfordringer ved å sikre tilstrekkelig kapasitet i tjenesteapparatet
- Utfordringer ved å sikre og beholde kvalifisert personell
- Utfordringer ved å gi tilstrekkelige tjenester til innbyggerne som ønsker å bo hjemme så lenge det er mulig
- Utfordringer ved å sikre brukermedvirkning og avklare forventninger/krav fra brukerne/pårørende
- Utfordringer ved å sikre at eldre personer har riktig ernæring
- Økning av unge som trenger ett tilbud om tilrettelagt bolig og tjenester
- Utfordringer ved å sikre tilfredsstillende kvalitet jfr. st. meld. 28 (1999-2000) og st.meld. 45 (2002-2003).

Regjeringen har svart på disse utfordringene med St.meld.nr.47 (2008-2009) –

Samhandlingsreformen. Reformforslaget fremstår som en omfattende kommunehelsereform, hvor en dreier deler av aktiviteten i helseNorge fra spesialisthelsetjeneste og til kommunehelsetjeneste. I en egen handlingsplan for samhandlingsreformen i Ås kommune vil ytterligere vurderinger og anbefalinger med tiltak legges frem for kommunestyret. Verdighetsgarantien i eldreomsorgen, med forslag til endring av kommunehelsetjenesteloven § 1 er i disse dager ute på høring, og er en oppfølging av Omsorgsplan 2015.

Antall personer i aldersgruppen 67 år og over



Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	9	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

2.2 Befolknings statistikk og – prognoser

Antall eldre vil i årene fra 2010 – 2015 øke moderat. Prognosene viser at antall brukere av tjenestene vil øke mest i aldersgruppen 67-79 og 90-100 år i perioden frem til 2015.

Fra 2015 vil veksten øke ytterligere. SSBs framskrivninger fram mot 2020 viser at den største økningen vil bli i aldersgruppen 75 – 79 år. Utviklingen mot år 2025 viser en fortsatt økning i aldersgruppen 67-79, samt en betydelig vekst i aldersgruppen 80 – 84 år.

Fra 2025 og utover vil antall eldre fra 80+ stige betraktelig. Høy levealder gir økt risiko for sammensatte lidelser og funksjonssvikt.

Yngre brukere med sammensatte behov er også en voksende brukergruppe.

Prognosene for Ås i perioden 2010 – 2015 viser at økningen i antall eldre i gruppene:

67 – 79 år er 269 personer, hvorav i snitt 24 personer vil utvikle demens

80 – 89 år er 61 personer, hvorav i snitt 10 personer vil utvikle demens

90 – 100 år er 19 personer, hvorav i snitt 8 personer vil utvikle demens, totalt en økning i snitt med 42 personer med demens.

Kommunestyre i Ås har frem til nå satt mål om en dekningsgrad på 20 % institusjonsplasser med heldøgnspleie.

Det vil si at 21 nye personer over 80 år etter all sannsynlighet vil ha behov for plass i sykehjem i denne planperioden.

En dekningsgrad på 25 % vil kreve 26 nye plasser i planperioden. Fremskrevet til 2019 krever videre 20 % dekning til sammen 29 nye plasser, og 25 % dekning til sammen 39 nye plasser.

Det er først fra rundt 2020 det forventes en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år.

Gruppen over 90 år vil vokse kraftig allerede de nærmeste årene. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være fordoblet innen 2040, dvs. ca. 135 000 sammenlignet med dagens nivå på 66 000 i landet.

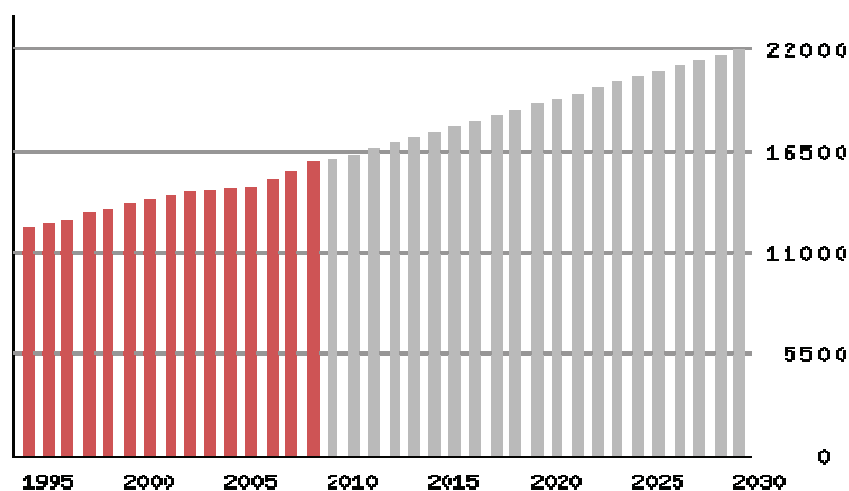
Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	10	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Tabellen viser den årlige økningen:

STATISTIKK									PROGNOSE														
21.11 Folkemengde 31.12, Plansoner - 21.11_(Standard) (Vekst 2 % BBP Aug 2008)																							
	20001	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19				
	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås	Ås				
Absolutt årlig endring																							
67-79 år	1	-14	-5	42	13	35	52	16	37	49	36	39	84	63	48	46	2	34	28				
80 år og eldre	21	39	32	-1	5	24	7	15	18	9	40	18	6	6	11	2	27	7	12				
SUM	22	25	27	41	18	59	59	30	55	58	76	57	89	68	59	47	29	40	40				
Nye plasser m/ 20 % dekning	4	8	6	0	1	5	1	3	4	2	8	4	1	1	2	0	5	1	2				
Nye plasser m/ 25 % dekning	5	10	8	0	1	6	2	4	4	2	10	5	1	1	3	1	7	2	3				
Prosent årlig endring																							
67-79 år	0,1	-1,3	-0,5	4,0	1,2	3,1	4,5	1,3	3,1	3,9	2,8	2,9	6,1	4,3	3,2	2,9	0,1	2,1	1,7				
80 år og eldre	5,7	10,0	7,5	-0,2	1,1	5,2	1,4	2,9	3,6	1,7	7,4	3,1	0,9	1,0	1,8	0,3	4,4	1,0	1,9				
SUM	1,5	1,7	1,8	2,7	1,2	3,7	3,6	1,8	3,2	3,3	4,1	3,0	4,5	3,3	2,8	2,2	1,3	1,8	1,8				

På bakgrunn av kommunens eksisterende prognoser for befolkningsutviklingen er det forsøkt å gi en vurdering av behov i planperioden, samt framtidige behov som et viktig grunnlag for politiske prioriteringer i årene som kommer.

Ås kommune : Innbyggere pr. 1.1.2009: 15 863
Folkemengde 1995-2009 og framskrevet 2010-2030¹



¹Framskrivning SSB basert på alternativ MMMM (middels vekst)

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	11	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

2.3 Arbeidet med temaplanen

Arbeidet med temaplan er gjennomført i helse og sosialetaten første halvår av 2009.

Planarbeidet ble organisert med en hovedprosjektplan (vedlegg) og 6 delprosjektplaner som følgende:

1. Hjemmebasert tjenestetilbud
2. Omsorgstilbud til personer med demens
3. Omsorgstilbud i institusjon
4. Habiliterings- og rehabiliteringstilbud
5. Barn og ungdom med behov for tilrettelagte tjenester, bolig og/eller arbeid
6. Rekrutteringsstrategi i helse og sosial

Arbeidet har i sin helhet vært gjennomført med etatens egen kompetanse og arbeidskraft, og det har vært benyttet til sammen ca 2 årsverk til planarbeidet i prosjektperioden.

2.4 Nasjonale føringer

St. meld 25 (2005 – 2006) Omsorgsplan 2015 oppsummerer regjeringens strategi fra 2005-2015 for å møte både dagens og framtidens utfordringer. Den forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personalinnsats, kompetanseutvikling, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser.

Til tross for økt rammetilskudd fra staten vil kommuneøkonomien ha store utfordringer i årene som kommer. Eksisterende økonomiplan gir ikke tilstrekkelig rom for økning i hverken drift eller investering. Gapet mellom krav, behov og ressurser blir dermed et faktum.



Omsorgsplan 2015 inneholder blant annet følgende tiltak og delplaner:

- Nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger
- 10 000 nye årsverk med helse- og sosialutdanning
- Ny kompetanse- og rekrutteringsplan: Kompetanseløftet 2015
- Økt vekt på en aktiv omsorg som gir brukerne mulighet for å leve et meningsfylt liv
- Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem
- Styrking av demensomsorgen ved en egen plan: Demensplan 2015
- Styrket omsorgsforskning

Personer med demens er den største diagnosegruppen blant brukere av de kommunale omsorgstjenestene.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	12	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

I tråd med Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer, ble det i 2007 lagt fram en helhetlig plan for å styrke



demensomsorgen. Demensplanen er en delplan under Omsorgsplan 2015. Bakgrunnen for planen er at dagens omsorgstjenester ikke i tilstrekkelig grad er utbygd og tilrettelagt for personer med demens. Det er derfor nødvendig med endringer i omsorgstjenestens kompetanse, organisering og fysiske utforming.

En regner med at beregnet antall tilfeller med demens i befolkningen nærmer seg 70 000 og at det anslagsvis vil være 10 000 nye tilfeller hvert år. I et slikt perspektiv bør demens settes øverst på omsorgstjenestens prioriteringsliste både i forhold til forskning og

behandling.

Demensutfordringen vil kreve en betydelig utbygging av kapasiteten på tiltak og tjenestetilbud i årene som kommer. Det blir i en slik sammenheng viktig å styrke hele tiltakskjeden fra tjenester i hjemmet og til spesialisthelsetjenestetilbud.

Regjeringen legger til grunn at økt brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenester gir best forutsetninger for å møte morgendagens samfunn, ved at bruker og tjenesteyter i samarbeid uformer innholdet i tjenestetilbudet.

”Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt” (St.meld. 45, 2002-2003, kvalitetsforskriften).

2.5 Kommunale føringer

De senere årene har kommunene fått et utvidet og økt ansvar for pleie- og omsorgstjenester. Brukere i institusjon og hjemmebaserte tjenester har langt dårligere helse, og er dermed mer ressurskrevende enn tidligere. Liggetiden ved sykehus er redusert. Dette innebærer at pasientene skrives tidligere ut, og ofte med et komplisert sykdomsbilde. I tillegg erfarer pleie- og omsorgstjenesten et økende antall brukere med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

Hjemmebaserte tjenester har en betydelig økning av yngre brukere med sammensatte behov. Et økende antall brukere har behov for individuell tilrettelegging og krav på individuell



Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	13	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

plan. (kommuneplan s.43)

På bakgrunn av årlig befolkningsvekst er det en utfordring å ha god balanse mellom dagsenterplasser, hjemmebaserte tjenester, omsorgsboliger og korttids - og langtidssykehjemsplasser, og balanse mellom ordinære tiltak og tilpassede tiltak for personer med demens sykdom. Det vil innenfor alle disse områdene være behov for utvidelser i handlingsprogramperioden (Handlingsprogram for Ås kommune 2009-2012).

2.6 Dagens organisering og personellfordeling

Organisasjonskart for helse og sosialetaten:



Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	14	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Årsverkene i helse og sosialetaten fordeler seg pr. 01.09.2009 slik:

1	Helse og sosialsjef <ul style="list-style-type: none"> • Kommunelege 1 • Fastlegehjemler • Privatpraktiserende fysioterapihjemler 	1,0 årsverk 0,4 årsverk 12 hjemler 7,67 % hjemler/driftstilskudd
2	Enhet for forebyggende helsetjeneste	12,86 årsverk
3	Enhet for pleie og omsorg	155,9 årsverk
4	Enhet for forvaltningstjenester	6,1 årsverk
5	Enhet for psykisk helsetjenester	21,85 årsverk
6	Enhet for drift	15,68 årsverk
7	NAV Ås (sosial og barnevern)	19,5 årsverk
8	Barne- og avlastingsbolig (Ljungbyveien)	22,2 årsverk
9	Institusjon for funksjonshemmede (Solfallsveien)	13,95 årsverk
10	Bolig for funksjonshemmede (Kajaveien)	20,45 årsverk
11	Bolig for funksjonshemmede (Dr. Sørdringsvei)	12,73 årsverk
12	Dagtilbudet for funksjonshemmede	3 årsverk

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	15	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

3. HJEMMEBASERT TJENESTETILBUD

3.1 Dagens situasjon

Hovedtyngden av brukere som mottar hjemmebaserte tjenester i Ås kommune er over 80 år (IPLOS 07.05.09).

Forskning på landsbasis viser at terskelen for å få tildelt tjenester er blitt stadig høyere.

Kartlegging viser at de fleste hjelpemottakere får tilstrekkelig hjelp i forhold til behovet.

Dette betyr at kommunene generelt yter tjenester i tråd med det mottakerne har lovfestet rett til og har behov for. (st.meld. 25 (2005-2006) kap. 5)

Hjemmetjenesten utfører i dag oppdrag etter vedtak fattet av Enhet for forvaltningstjenester.

Dette betyr at aktiviteten i hjemmetjenesten er styrt ut fra hvilke vedtak som fattes, og vedtakenes omfang.

Målet er at innbyggere i Ås kommune skal kunne bo hjemme lengst mulig. Dette krever at det gis flere typer tjenester for å kunne ivareta brukers behov. Per i dag mottar ca.54 % av tjenestens brukere mer enn en type tjeneste (IPLOS 07.05.2009).

Kravet til tverrfaglighet og samhandling er dermed stort. Personer med aldersdemens utgjør en betydelig del av hjemmetjenestens brukere og antallet er økende. (st.meld. 25, (2005-2006) kap 9).

I Ås kommune er behovet for tolketjeneste økende, grunnet en økning av fremmedspråklige brukere. Som vertskommune for Universitet for miljø- og biovitenskap (UMB) med mange utenlandske studenter/ansatte, samt et asylmottak, har Ås kommune en høy andel minoritetsetniske innbyggere sammenliknet med landet - og Follo for øvrig.

Behovet for døvetolk er derimot stabilt.

3.1.1 Kvantitative data

3.1.1.1 Ulike type hjemmebaserte tjenester

Hjemmetjenesten distrikt nord og sør har totalt 49,37 årsverk. Det brukes ca. 6,4 årsverk til å gi hjemmetjenester i omsorgsboligene i Dr. Sørdringsvei nummer 8 og 10. (IPLOS pr.

01.06.2009). Beboerne på Granheimtunet derimot har et mindre behov for omsorgstjenester.

Det er pr 01.06.2009 35 personer på søkerliste til omsorgsbolig. Hjemmesykepleien utfører i snitt ca. 15 besøk pr vakt. Praktisk bistand (hjemmehjelp) har oppdrag av 1-3 timers varighet.

Totalt har 214 brukere vedtak på praktisk bistand. I tillegg kommer kjøretid til/fra brukere.

Dersom en legger til grunn at gjennomsnittsfarten er 30 km/t, bruker hjemmetjenesten nord og sør totalt 4,68 årsverk til kjøring. Dette er fordelt på 1,59 årsverk tilknyttet distrikt sør og 3,09 tilknyttet distrikt nord.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	16	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Per i dag (18.06.09) er det 248 brukere med tjenesten hjemmesykepleie (snittalder 73 år, 185 over 66, 17 mellom 18-49 år, 34 mellom 50-66 år). Ti brukere har brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Kommunen har omsorgsbolig på Granheimtunet (24 stk) og i Dr. Sørdringsvei.(58 stk). Ti av boligene i Dr. Sørdringsvei er tilknyttet miljøarbeidertjenesten.

Aktivitetssenteret ved Moer sykehjem har 42 aktive brukere. Tilbudet er av forebyggende art og kan føre til utsatt institusjonsinnleggelse.

Det ble fattet 345 vedtak om korttidsopphold i 2008 (68 rehabilitering og 277 ordinære korttidsopphold)

Det er ca 10 personer som har rullerende korttids-/avlastningsopphold ved Moer sykehjem pr 01.06.2009. (Regelmessige opphold)

Pr. 01.06.2009 er det 179 brukere med trygghetsalarmer. Av disse er 162 personer over 67 år. Kommunen har avtale med Hjelp24 hvor alarmene mottas. Hjelp24 varsler hjemmetjenesten som igjen rykker ut til brukere der det er behov for dette. Hjemmetjenesten har ca 80 utrykninger til trygghetsalarmer i måneden.

Det er 102 personer som mottar middag, og det kjøres daglig ut 50-60 middagsporsjoner fra kjøkkenet ved Moer sykehjem til hjemmeboende brukere.

Ca. 40 personer mottar vaktmestertjenester fra driftsenheten som snømåking, parafinnylling etc.

Ergoterapitjenesten har 1,5 årsverk og fysioterapitjenesten har 2,2 årsverk rettet mot brukere over 18 år uavhengig av om de bor på institusjon eller hjemme. I tillegg kommer 0,5 årsverk for ergoterapi og 0,5 årsverk for fysioterapitjenesten rettet mot korttids - og rehabiliteringsavdelingen på Moer sykehjem.

Antall henvendelser til ergoterapitjenesten øker fra år til år. Sakene blir stadig mer omfattende og langvarig, ofte livsvarig. I 2008 hadde ergoterapitjenesten 438 henvendelser og en ventetid på inntil 9 måneder.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	17	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

3.1.2 Kvalitative data

Det ble i 2009 gjennomført brukerundersøkelse for hjemmetjenesten nord og sør.

Brukerundersøkelsen viste en svarprosent på 42.(Nord 35 % og sør 49 %)

Tabellen under viser gjennomsnittlig tilfredshet pr dimensjon.

DIMENSJON	ÅS 2009	GJENNOMSNITT FOR LANDET
Resultat for brukerne	3,4	3,4
Brukermedvirkning	3,1	3,1
Trygghet og respektfull behandling	3,5	3,4
Tilgjengelighet	3,3	3,2
Informasjon	3,3	3,2
Generelt	3,6	3,5
Snitt totalt	3,4	3,3

Tab : Resultatet fra brukerundersøkelsen for brukere av hjemmetjenesten. Brukerundersøkelsen har en skala fra 1-4 der 4 er best.

Resultatene for brukerundersøkelsen 2009 viser at brukerne av tjenesten gjemt over er godt fornøyde med den tjenesten de mottar.

3.2 utfordringer frem mot 2015

3.2.1 Brukere av hjemmebaserte tjenester

Framtidens brukere vil bestå av nye generasjoner eldre, og flere yngre tjenestemottakere som krever et mer mangfoldig tjenestetilbud (st.meld. 25, 2005-2006).

Det forventes at framtidens befolkning vil ha en større brukerinnflytelse, og dette krever en tydeliggjøring av tjenestenes innhold og den enkeltes brukers ansvar og - forventninger.

Kommunen får store utfordringer med å planlegge og å tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt til tjenestetilbud, spesielt til personer med demens sykdom.

Eldre lever lengre og med økende alder øker forekomsten av sykdommer. Mange vil derfor ha et sammensatt sykdomsbilde og behov for hjemmebaserte tjenester. Dette vil kreve et utstrakt samarbeid med 2. linjetjenesten. Kravet til kompetanse er økende og flere brukere har behov for tverrfaglige samarbeid om tjenester, blant annet brukere med rus/psykiatriproblematikk og kronisk syke.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	18	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

3.2.2 Bolig

Det er først og fremst brukerens behov og ønsker som må legges til grunn for valg av boformer og organisering av tjenestetilbudet. Målet er at brukerne skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Tilstrekkelig tilbud om korttidsopphold er viktig når det gjelder god samhandling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, og vil sikre at kommunen har en helhetlig tiltakskjede. Dersom korttids- og avlastningsplasser disponeres til langtidsplasser, er det liten mulighet for dynamikk i det kommunale tjenestetilbudet. Dette medfører at færre brukere kan benytte seg av tilbudet.

Ut fra søknader om korttidsopphold/institusjonsopphold/omsorgsbolig, kan det se ut til at flere hjemmeboende eldre mennesker opplever ensomhet, sosial isolasjon og utrygghet. Det er en utfordring at det i kommunen ikke er tilstrekkelig med tilrettelagte boliger, da terskelen for tildeling av omsorgsbolig i dag er svært høy.

3.2.3 Allmenntilrettelagte tjenester

Det er statlige føringer på å styrke fastlegetilbudet til befolkningen. Kommunen skal legge til rette for gode samhandlingsrutiner mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Hjemmesykepleien skal ha nødvendig kompetanse til å observere og varsle fastlegene ved behov.

Fastlegenes tilgjengelighet er i dag en utfordring. Ikke alle fastleger i kommunen har lokaler som er universelt utformet, jfr. diskriminering - og tilgjengelighetsloven av 01.01.09 og pkt 6.3.3. Dette gjør det vanskelig for brukere med nedsatt funksjonsevne. Enkelte leger foretar ikke hjemmebesøk.

3.2.4 Generelle kommunale helseutfordringer

Kommunen har som mål at innbyggerne skal klare seg selv best mulig, og samtidig sikre at alle som har lovmessig behov får hjelp og støtte. Utfordringen er å gi riktig tjeneste sett i sammenheng med brukerens helhetlige behov (kommuneplan s. 43-44).

Kommunen blir pålagt stadig nye oppgaver. Kravet til dokumentasjon og rapportering blir stadig større.

Sykehusene skriver ut pasienter til hjemmet raskere nå enn tidligere. I følge samhandlingsreformen er dette et fokusområde i fremtiden. Det vil gi utfordringer som rask tilrettelegging i hjemmet, og behov for økt tverrfaglig samarbeid. Dette krever at Enhet for

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	19	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

forvaltningstjenester raskt kan utføre hjemmebesøk, vurdere behov og fatte vedtak om tjenester på riktig nivå.

3.2.5 Kompetanse

En stor utfordring for omsorgsektoren i de nærmeste tiårene vil være å skaffe nok fagutdannet arbeidskraft. Kravet til kompetanse øker frem mot 2015, spesielt om samhandlingsreformen realiseres. Det vil stilles krav om tverrfaglige team innen for eksempel diagnosene / livsstilssykdommene KOLS, diabetes, overvekt, palliasjon og rus/psykiatri.

3.3 Anbefalinger

3.3.1 Brukere av hjemmebaserte tjenester

Kommunen må bli tydeligere på hvilke tjenester som gis kommunalt og hvilke oppgaver bruker/pårørende/frivillige selv må ivareta. Dette gir forutsigbarhet i tjenesten og trygghet for brukerne. Serviceerklæringer må være informative og enkelt tilgjengelige for kommunens innbyggere.

Mange hjemmeboende har behov for hjelp til handling av matvarer. Det anbefales at dagens ordning evalueres.

Det bør også ses på om lokaliseringen av hjemmetjenesten nord og sør er hensiktsmessig.

3.3.2 Bolig

Det finnes få boenheter i sjiktet mellom egen enebolig og omsorgsbolig på det private markedet i Ås. Eldre mennesker med egen tilrettelagt bolig (senior +) og med nødvendige servicetilbud som lege, matvarer, post og lignende i nærheten vil kunne bidra til at beboerne i større grad kan være lengre selvhjulpne i eget hjem. I slike boliger vil det også kunne tilrettelegges for eventuelle felles sosiale aktivitet og måltider.

Det vil bli viktig å bygge ut kapasiteten for det samlede bo og institusjonstilbudet, slik at kommunen ikke havner på etterskudd når den store økningen i behovet for omsorgstjenester kommer rundt 2020.

Ved å bygge Dr. Sørdringsvei nummer 8 og 10 sammen med en isolert mellomgang / vinterhage, vil brukerne i begge boligene kunne ha glede av alle felles aktiviteter. Slik det nå er, opplever brukerne at det er vanskelig å forflytte seg fra den ene boligen til den andre, spesielt på vinterstid.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	20	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Behovet for enkle hjelpemidler i hjemmet er økende. Det anbefales en utvidet åpningstid ved det lokale hjelpemiddellageret. I dag er dette åpent fra kl.08-12 fra mandag til torsdag. Anbefalt utvidelse er en åpningstid fra kl. 08-15 fra mandag til fredag.

Det er nødvendig og hensiktsmessig å videreføre arbeidet universell utforming i Ås. Universell utforming er lovpålagt i alle offentlige bygg, og legger til rette for deltagelse for alle på alle arenaer.

Det bør opprettes et boligteam som sammen kan engasjere seg ved nye byggeprosjekter. Det bør tilstrebes standardisering av universell utforming i kommunene boligmasse (livsløpsstandard, dør - automatikk, heis mm). En tilrettelagt bolig ut fra funksjonsnivå er en forutsetning for å kunne oppleve størst mulig grad av mestring og livskvalitet.

3.3.3 Forebyggende tiltak

Det er nødvendig å fange opp ulike behov på et tidlig tidspunkt slik at tiltak kan iverksettes og tidlig innleggelse i institusjon forebygges. Potensialet – og behovet for forebygging er stort.

Et tiltak for å forebygge isolasjon og ensomhet er økt samarbeid med frivillige organisasjoner og pårørende. Flere aktivitetstilbud med eldresentrene og aktivitetssenteret som viktige arenaer, anbefales.

Ved utvidelse av åpningstidene i kantinen ved Moer sykehjem vil hjemmeboende kunne ha et utvidet sosialt tilbud. Dette kan eventuelt utføres av frivillige organisasjoner. Muligheten for å kunne kjøpe middag/kaffe for hjemmeboende ved i kantinen på Moer, ved eldresenteret i Nordby og ved eldresenteret i Ås vil være andre forebyggende tiltak.

Et annet viktig tiltak er åpning av aktivitetsavdeling for personer med demens sykdom.

3.3.4 Allmenntilrettelagt

I dag har hver innbygger sin fastlege og det registreres at det kan være vanskelig for den enkelte å komme seg til fastlege. Det anbefales at fastlegene i større grad foretar hjemmebesøk der dette er nødvendig.

3.3.5 Enhet for forvaltningstjenester (FE)

FE er ofte første instans i møtet med bruker. Det blir foretatt kartlegging av brukers behov og vurdert hvilke tjenester som skal ytes. FE vurderer også hvilke ressurser som finnes i brukers nettverk. Flere brukere medfører flere saker til behandling. Dette gir mindre tid til

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	21	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

revurderinger og oppfølging av saker som igjen gir konsekvenser for kommunens bruk av ressurser (eks praktisk bistand og hjemmesykepleie).

Ergoterapeut tilknyttet forvaltningsenheten som saksbehandler vil gi økt tverrfaglig bredde.

Det er nødvendig å komme inn på et tidlig tidspunkt for å bistå med forebyggende tiltak.

Dette vil kunne redusere blant annet fall og utrygghet for hjemmeboende brukere. Brukerne har større forutsetninger for å klare seg mest mulig selv i egen bolig med enkle hjelpemidler, råd og veiledning.

3.4 Konklusjon

Kommunen bør iverksette forebyggende tiltak tidligere enn det som gjøres i dag, dersom vi skal kunne møte de utfordringene vi står overfor. Kartlegging av behov og tilstrekkelig lavterskeltilbud (LEON-prinsippet) er en forutsetning for å lykkes.

Ut fra Handlingsprogrammet for Ås kommune 2009-2012 er det sagt at grunnet økning i den eldre befolkningen vil det innenfor hjemmetjenesten og institusjonstjenesten være behov for utvidelser. I tillegg til hjemmebaserte tjenester vil dette også påvirke FE og andre støttefunksjoner.

Økningen av brukere med et økende behov for hjelp vil gi kommunen utfordringer. Dette tilsier at enhetene må sikres tilstrekkelig med ressurser i form av fagutdannet personale med riktig kompetanse.

Veiledning, refleksjon og erfaringsutveksling av personalet, samt god ledelse vil bidra til å ivareta et godt arbeidsmiljø.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	22	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

4. OMSORGSTILBUD TIL PERSONER MED DEMENS

4.1 Dagens situasjon

4.1.1 Nasjonale føringer

Demensplan 2015 har følgende hovedsaker, som i stor grad påvirker kommunene og deres tjenestetilbud:

- Alt som bygges med midler fra nytt investeringstilskudd, skal bygges på en ny måte under overskriften "smått er godt". 80 % av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse, og det nye investeringstilskuddet skal sikre at framtidens sykehjem og omsorgsboliger er bygd for personer med demens.
- Dagaktivitetstilbud: Det er bare 4 % av de hjemmeboende med demens som i dag har et dagtilbud. I 2015 er det et mål at alle kommuner skal kunne tilby et tilrettelagt dagtilbud for personer med demens. Kunnskap og kompetanse om demens både blant ansatte, pårørende og i samfunnet som helhet skal økes.

4.1.2 Kvantitative data

Moertunet Bokollektiv for personer med demens har totalt 24 plasser fordelt på 2 hus.

2 av plassene er øremerket korttids- /avlastningsplasser, men da behovet for langtidsplasser har vært sterkt økende, har korttidsplassene vært benyttet til dette.

Forsterket skjermet enhet – 1E benytter 3 langtidsplasser (4 i perioder).

Bemanning: Totalt 35,7 årsverk fordelt på 73 personer.

4.1.3 Kvalitative data

Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere, som møter den enkelte bruker med respekt og verdighet, og som kan omsette pålitelig kunnskap i god praksis. Høsten 2008 ble det gjennomført en brukerundersøkelse som viste at kommunen har ansatte med høy faglig kompetanse, gode holdninger og bevissthet om egne verdier. Resultatet viser at tjenesten skårer høyest sammenlignet med alle andre deltakerkommuner.

4.2 utfordringer frem mot 2015

1. Med lengre levetid og en markant økning i eldre over 80 år (demografisk utvikling) vil tallet på personer med demenslidelser sannsynligvis bli fordoblet i løpet av 35 år.(SSB)
2. Det er en økende andel yngre mennesker med demens. I dag er det på landsbasis 1 500 personer under 65 år, og det kommer ca. 100 nye tilfeller hvert år. (SSB)

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	23	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

3. Kommunen får flere eldre innbyggere med minoritetsetnisk bakgrunn, og flere av disse vil utvikle demens. Tjenesten trenger mer kunnskap om utredning og eventuelle tilrettelagte tjenestetilbud i forhold til de ulike folkeslag, kultur, språk etc.
4. Kommunen har flere eldre brukere med psykisk utviklingshemming som i større utvikler demens. Dette krever en kompetanseheving i dagens boliger.

4.3 Anbefalinger

4.3.1 Dagtilbud i Aktivitetssenteret

Moer sykehjem ble bygd med aktivitetssenter for personer med demens, som ble vedtatt ikke å tas i bruk før 2010. Statistikken viser at 50 % av alle med demens bor utenfor institusjon, og bare 4 % av disse har et tilrettelagt dagtilbud. Undersøkelser viser at tilrettelagt aktivitetstilbud på dagtid er et godt tiltak bl.a. for å sikre at eldre personer med demens får riktig ernæring. Måltidene vil være en av hovedaktivitetene i tilbudet, og blir brukt både for å sikre tilfredsstillende ernæring, opprettholde dagliglivets funksjoner og ikke minst som en viktig arena for sosialt samvær. Underernæring kan føre til en forverring av demenssymptomer. Samtidig er det grunn til å understreke at dagtilbudet vil representere et viktig element i samspillet med pårørende og bidra til å forebygge og utsette institusjonsinnleggelse. Tiltaket er altså kostnadseffektivt og gir hensiktmessig avlastning for pårørende. Aktivitetssenteret er tilrettelagt med 6 plasser med 2 ansatte. På bakgrunn av befolkningsstatikken og dagens tjenestemottakere har kommunen stort behov for plassene.

I regjeringens rundskriv om "Aktiv omsorg" understrekes kommunenes plikt til å bidra til at omsorgstrengende gis mulighet til en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre, etter Sosialtjenestelovens § 1-1. Her slås det fast at tilbud om dagaktiviteter skal være en del av kommunens omsorgstjenestetilbud. For mennesker med demenslidelser blir dette særlig vektlagt. Det bør vurderes om dagtilbudet skal ha fleksibel åpningstilbud, for å kunne dekke flere behov. For noen innbyggere vil kvelder, helger og høytider være den mest sårbare tiden.

4.3.2 Demenskoordinator / evt demensteam

Kommunens erfaringer viser at pårørende og de som rammes av demens ofte ikke tar kontakt med hjelpeapparatet i kommunen før sykdommen er kommet så langt at institusjonsplass er eneste alternativet. Da er pårørende gjerne "utslitt".

En demenskoordinator vil kunne være et godt lavterskeltilbud hvor pårørende kan ta kontakt på et tidlig stadium for å få hjelp og veiledning.

Koordinatorfunksjonen kan blant annet ha ansvar for utredning der det er mistanke om demens eller kognitiv svikt. En slik koordinator kan også gi veiledning og undervisning til

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	24	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

ansatte og pårørende; ikke minst en trygghet og en bedre forutsetning for at personen med demens kan bli boende hjemme lenger. Koordinator kan gjennomføre utredning i hjemmet, og gi enslige personer med demens tilsyn.

4.3.3 Pårørendeskole

Pårørendeskole ble utviklet i Norge på 1990 tallet. Målgruppen er familie og nære venner til personer med demens. Gjennom kurssamlinger med foredrag og gruppesamtaler får deltagerne økt kunnskap om demens. Her kan pårørende treffe og bli kjent med andre som er i samme situasjon; de kan både lære - og være støtte for hverandre. Det er etablert et interkommunalt samarbeid om pårørende skole med Ski og Oppegård kommune hvor Ås har hatt pårørende som har deltatt. Det anbefales at Ås er mer aktiv i dette arbeidet og stiller som vertskommune i 2010.

4.3.4 Korttids- / avlastningsplasser

Mange av de som bor hjemme, og som har symptomer på demens, er ikke blitt utredet og diagnostisert. En diagnose kan gi pasienten, pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet for planlegging og iverksetting av nødvendige tiltak. Tilbud om korttids plass i institusjon er avlastning både for pasient og pårørende.

Før pasienten utskrives fra et opphold og til hjemmet må samarbeidet med hjemmetjenesten være godt etablert. Presset har i lange perioder vært så stort på langtids plasser at korttids plasser er benyttet til dette. Konsekvensen er at pasientene har fått tilbud om plass på ordinær korttids - og rehabiliteringsavdeling, og dette har skapt mye uro og utrygghet både for personene med demens og de andre beboerne.

Det anbefales å opprette egne korttids - og avlastningsplasser for personer med demens. Det foreslås en egen enhet med 6 plasser som også kan brukes til utredning og diagnostisering.

4.3.5 Avlastning i hjemmet / støttekontakt

Ved avlastning i hjemmet kommer avlaster hjem til personen med demens og er stedfortreder for pårørende. Timene med avlastning kan være en støtte og hjelp til pårørende og planlegges i samarbeid med dem. Dette kan være spesielt nyttig for yngre personer med demens som det ofte er vanskelig å tilrettelegge for med dagtilbud og korttidsopphold. (se også avsnittet ” yngre personer med demens”). Det anbefales at kommunen øker avlastningstilbudet i hjemmet for pårørende til personer med demens.

4.3.6 Ergoterapi

I kartleggings- og vurderingsfasen er det behov for tverrfaglig kompetanse for vurdering av det videre tjenestetilbudet. Ergoterapi er en viktig ressurs for å kunne tilrettelegge i hjemmet,

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	25	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

ikke minst av sikkerhetsmessige grunner. Det er viktig å rette fokus på de pårørende med veiledning og opplæring på hvordan de best kan forholde seg i vanskelige situasjoner.

4.3.7 Yngre personer med demens

I løpet av de 9 siste årene har kommunen gitt tjenester til 3 yngre personer med demens. På bakgrunn av dette tallet synes det ikke umiddelbare behov for etablere en egen enhet slik det anbefales i nasjonale føringer. Det kan heller være aktuelt å etablere en ordning med personlig assistent eller støttekontakt i hjemmet. Etablring av interkommunalt samarbeid kan vurderes hvis behovet øker.

4.3.8 Forsterket skjermet enhet (FSE)

Moer sykehjem har forsterket skjermet enhet med plass til seks personer. Avdelingen ble tatt i bruk 05.05.2008. Erfaringen fra første driftsår viser at tre-fire plasser i forsterket skjermet enhet (FSE) dekker kommunens behov for tilbud til denne gruppen. Dette samsvarer også med sammenlikninger fra f.eks. Horten, hvor de har de totalt 8 plasser som gir tjenester til alle kommunene i Vestfold fylke. (Salg av plasser i hele Helse Sørøst.)

En tilpasningsmulighet vil være å flytte funksjonen FSE i nærere tilknytning - og til en anbefalt utbygging av bokollektivet (se punktet nedenfor vedrørende ” fremtidig utbygging av institusjonsplasser”).

4.3.9 Kompetanseutvikling

Kommunen har i dag høy faglig kompetanse innen demens, og flere ansatte er under videreutdanning. I arbeidet for personer med demens brukes det miljøterapeutiske tiltak og bruk av metoder hentet fra ulike terapiformer. (reminisens, validering, bevegelsesterapi, sansestimulering, musikkterapi, hukommelsestrening og liknende.) Formålet med miljøterapi er å bidra til å vedlikeholde dagliglivets funksjoner så lenge som mulig, påvirke emosjonelle og adferdsmessige endringer og å øke trivsel og livskvalitet.

Behovet for faglig kompetanse er stort, og det er derfor viktig at kommunen fortsetter å stimulere og legge til rette for kompetanseutvikling.

4.3.10 Framtidig bygging av institusjonsplasser

Det anbefales å utrede muligheten til å bygge ut Bokollektivet for personer med demens og da ansees det hensiktsmessig med en korttidsavdeling med 6 plasser, samt en tilrettelagt avdeling for forsterket skjermet enhet.

Det anbefales å utrede muligheten for en utbygging av Moer sykehjem, og/eller sykehjem i Nordby tilknyttet Granheimtunet. Flere tilrettelagte plasser til personer med demenssykdom må også vurderes i denne sammenheng.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	26	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

5.2 *Utfordringer frem mot 2015*

- Beboerne i sykehjem vil ha flere aktive diagnoser, noe som stiller store faglige krav til personalet.
- Økende press på tjenesten i form av krav til behandling og rehabilitering i 1.linjetjenesten. Pasienter skrives raskere ut fra sykehus og mange eldre skrives ut uten å være ferdigbehandlet. Kommunehelsetjenesten har ansvar for viderebehandlingen av disse pasientene, enten det dreier seg om medikamentell behandling eller fysisk opptrening.
- Demens – ca. 70 % av beboerne i sykehjem lider av demens i større eller mindre grad.
- Flere eldre personer med psykiske lidelser har behov for heldøgns pleie og omsorg i kommunen. Noen av disse har også adferdsforstyrrelser som vanskelig er forenelig med livet i en ordinær sykehjemsavdeling.
- Eldre med kombinasjon av demens og psykiatri gir spesielle utfordringer. Et tilbud spesielt tilrettelagt både faglig og fysisk blir viktig for den syke. Tett samarbeid 2. linjetjenesten er påkrevet.
- Avlastning til flere personer med tyngende omsorgsarbeid vil bidra til at stadig flere kan bo lengre i eget hjem.
- Personalressurser og kompetanse vil være den største utfordringen, både å rekruttere og beholde, i årene framover. Det vil være behov for å styrke legetjenesten og den sykepleiefaglige kompetansen på områder som smertebehandling, pleie og omsorg ved livets slutt, aldersdemens, rehabilitering, psykiatri og geriatri. I tillegg vil det være behov for å styrke tverrfagligheten, og å jobbe på tvers av faggrupper og fagmiljøer.
- Eldre med utviklingshemming lever lengre enn før på grunn av bedre behandlingstilbud. Kommunen må derfor regne med at flere i denne gruppen vil få behov for omfattende pleie og omsorgstjenester framover.
- Minoritetsetniske vil gi kommunen nye utfordringer, særlig fordi tjenesten vet lite om den faktiske helsetilstanden. Denne gruppen eldre utfordrer vår tradisjonelle tjeneste både gjennom kulturuttrykk, religion og ritualer, livsstil, språk, livsløp og genetisk disposisjon.
- Antallet methicillinresistente gule stafylokokker (MRSA) utbrudd i sykehjem er økende og utløser økt behov for smitteverntiltak.
- Aktiviteter/Kultur/Trivsel vektlegges i nasjonale retningslinjer, og er grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Tilbud om dagaktiviteter er et viktig ledd i

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	28	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

omsorgskjeden. I St.meld. nr. 25 *Mestring, mening og mangfold* pekes det på de fem viktigste omsorgsutfordringer, og legger opp til "Aktiv omsorg" som en hovedstrategi for framtidens omsorgstjenester. En slik strategi vil kreve større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på kulturtiltak, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

- Pleie og omsorg ved livets slutt legger vekt på at det enkelte menneske skal bli møtt med god behandling, pleie og omsorg, og en verdig avslutning på livet.
- Bedre tilgang på avlastning for pårørende som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Tilgang på avlastningsplasser vil være viktig for å utsette institusjonsinnleggelse, og gi eldre mulighet til å bli boende hjemme lengst mulig med pleie av pårørende og bistand fra hjemmetjenesten.
- Kommunen har ingen trygghetsplasser. Det er behov for tilbud om nattopphold for enslige hjemmeboende med angst eller fysiske handikap som gjør at de trenger spesiell bistand eller tilsyn om natten i perioder, er det behov for. Nattopphold kan også være avlastning for pårørende som trenger søvn og hvile for å klare omsorgsoppgavene.
- Laboratorievirksomhet som følge av utviklingen innen medisinen med økte muligheter for diagnostikk og behandling innebærer at medisinske tilstander kan følges opp og behandles i primærhelsestjenesten/sykehjem.
- Spesialisering og interkommunalt arbeid.

5.3 Anbefalinger

5.3.1 Korttids-, avlastnings- og rehabiliteringsplasser:

Det er i dag tilrettelagt for inntil 20 plasser til korttids-, avlastnings- og rehabiliteringsopphold. For å sikre et godt og effektivt pleie- og omsorgstilbud vil det i framtiden være behov for å øke bruken av korttidsplasser. Det er en økende forventning om at sykehjem skal tilby medisinsk behandling og pleie ved akutt sykdom, utredning og observasjon, medisinsk behandling og korttidspleie for kronisk syke med komplekse og sammensatte behov, etterbehandling etter sykehusopphold, rehabilitering/opptrening og pleie og omsorg ved livets slutt. Tilgjengelige korttidsplasser kan redusere presset på sykehusavdelinger og behovet for langtidsplasser. Samtidig er det viktig at pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus, gis en god oppfølging før utskrivning til hjemmet. Betingelsen er at sykehjemmet har både personell, medisinsk utstyr og fagkompetanse tilgjengelig.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	29	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

5.3.2 Trygghetsplasser:

Trygghetsplasser skal være et tilbud til eldre hjemmeboende i en vanskelig situasjon. Årsaker kan være angst, utrygghet eller ensomhet. Brukerne skal selv kunne ta kontakt uansett tid på døgnet, og kunne få trygghetsopphold inntil 14 dager.

Moer sykehjem er ikke planlagt bygd med trygghetsplasser, men har 2 pårørende rom som sjelden er i bruk til dette formålet. Det anbefales at dagens pårønderom benyttes som trygghetsrom.

5.3.3 Tilsynslege

Statens helsetilsyn med flere har gjentatte ganger pekt på behovet for å styrke legedekningen ved sykehjemmene. Det ble derfor i 2006 gjennomført et prosjekt i kommunen, som anbefalte følgende legedekning:

Korttid- og rehabilitering 1,125 timer pr. pasient dvs. for 20 plasser	11,25 timer
Langtidsplasser 0,25 timer pr. pasient dvs. for 60 langtidsplasser	9 timer
Skjermet enhet	<u>5 timer</u>
Totalt	25,25 timer
Dvs.	0,67 årsverk

Normen som er foreslått i Ås ligger lavere enn nasjonale tall, og det er heller ikke beregnet tid til ubundet tid, undervisning, forskning med mer.

I dag er den totale legedekningen for Moer, Bokollektivet og forsterket skjermet enhet 23 timer som tilvarer 0,61 årsverk.

Det anbefales i første omgang en økning til 1 årsverk for hele sykehjemmet og bokollektivet. Sett i lys av den nye Samhandlingsreformen som er varslet vil det bli stilt krav om medisinsk behandling og oppfølging i sykehjem. En må da regne med at normen for legetjenester vil øke ytterligere.

5.3.4 Personer med demens

Mange med aldersdemens utvikler også ulike tilleggdiagnoser og problemer med svært varierende pleiebehov. I dag overføres mange av disse beboerne til den langtidsplassen som er ledig. Erfaringene viser at disse pasientene ofte reagerer med angst og utrygghet, slik at problemene forsterkes ved overføring. Det anbefales derfor at en bogruppe med 10 plasser tilrettelegges for personer med demens som har et utstrakt pleiebehov.

5.3.5 Eldre med alderspsykiatriske lidelser

Eldre med alderspsykiatriske lidelser anbefales ikke å integreres i ordnære sykehjemsposter, heller ikke i skjermede enheter for personer med demens. Derimot bør det etableres egne tilrettelagte boenheter med kvalifisert bemanning. Disse pasientene trenger et trygt miljø som

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	30	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

kan medvirke til at de oppnår bedre funksjonsevne. Det anslås at 25 % av alle eldre over 65 år har en behandlingstrengende alderspsykiatrisk lidelse. De hyppigste av disse er depresjon og demens, men også psykoser, angst og tvangslidelser.

Det anbefales at det tilrettelegges for eldre med alderspsykiatriske lidelser i en av bogruppene på Moer sykehjem. Nødvendig kompetanse vil også være en forutsetning.

5.3.6 Eldre psykisk utviklingshemmede

Kommunen vil med utgangspunkt i dagens brukere få flere eldre psykisk utviklingshemmede i årene framover, med omfattende hjelpebehov. Dette behovet kan løses ved overføring fra tilrettelagt bolig og til ordinær sykehjemsavdeling. Erfaringen så langt har her vært vellykket. En av grunnene til at dette er at kompetanse fulgte med (overføring av ansatte). Dette er et viktig område, som må tas hensyn til ved framtidige beslutninger.

5.3.7 Methicilinresistente gule stafylokokker (MRSA)

MRSA er en type bakterie av gule stafylokokker som er resistent mot bredspektret antibiotika. Gule stafylokokker er en av de viktigste årsakene til infeksjoner i helseinstitusjoner. Behandlingen av MRSA bakterien er ofte lang og vanskelig, og risikoen for spredning er stor. Enkelte sykehjem har tilrettelagt egne MRSA - avdelinger. Tiltak for å ivareta sykehjems pasienter med MRSA infeksjon/kroniske bærere på en god måte kan eventuelt ved behov vurderes i en interkommunal sammenheng i fremtiden.

5.3.8 Aktiviteter og kulturelle opplevelser

Aktiviteter skal være en del av det kommunale omsorgstilbudet, enten en er tjenestemottaker i sykehjem eller i egen bolig. Dette innebærer kulturopplevelser og fysisk aktivitet som skal gi en meningsfull og aktiv tilværelse i fellesskap med andre. For å ivareta dette er kommunen avhengig av samarbeid med frivillige organisasjoner og venneforeninger. Erfaringen siste året har vist hvilke nytteeffekt et slikt samarbeid har, og det anbefales å videreutvikle dette samarbeidet.

5.3.9 Rekruttere og beholde relevant fagkompetanse

God pleie og omsorg er først og fremst avhengig av kvalifisert bemanning.

Kompetansebehovet i sykehjem er avhengig av hvilke tjenester sykehjemmet skal ivareta.

I lys av Samhandlingsreformen vil kommunen i større grad oppleve at medisinsk behandling vil bli en realitet i sykehjem. Dette vil igjen stille krav til både utstyr, kompetanse og ressurser. Sykehjemmene får en ny rolle som vil kunne bidra til å gjøre dem mer attraktiv og gjøre at flere fagpersoner søker seg til kommunehelsetjenesten. Det må derfor gis muligheter til fagutvikling og kompetanseheving, noe som kan virke stimulerende og bidra til kontinuitet i et arbeidsforhold.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	31	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

5.3.10 Pleie og omsorg ved livets slutt/kreftomsorg og lindrende behandling

Selv om mange avslutter sitt liv på sykehjem er det likevel flere som ønsker å være hjemme lengst mulig i denne fasen av livet. Det er derfor viktig at det er gode samarbeidsrutiner mellom sykehjemmet, hjemmetjenesten og sykehus. Det er også viktig at personalet har tid til pasient og pårørende. Kommunen bør sikre tilstrekkelig antall korttidsplasser, og kompetanse for å ivareta denne type oppgave. Det er spesielt viktig med kompetanse i smertelindring, samt tilgjengelige lege- og sykepleierresurser.

5.3.11 Laboratorievirksomhet

Statens helsetilsyn åpnet allerede i 1998 for en kvalitetssikret laboratorievirksomhet ved sykehjem for å øke tilgjengeligheten til raske og pålitelige laboratorieundersøkelser. Flere kommuner er i dag tilsluttet kvalitetssikringsprogrammet NOKLUS. (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus).

I løpet av høsten 2009 vil sykehjem i Akershus få tilbud om deltagelse i NOKLUS som del av et prosjekt. Deltagelse i prosjektet er gratis i 2 år, for deretter å delta til selvkost. Det anbefales at Ås kommune v/ Moer sykehjem søker om deltagelse i prosjektet.

5.3.12 Minoritetsetniske

Dette er en gruppe tjenesten vet for lite om. Det anbefales derfor at det nedsettes en egen prosjektgruppe som kan jobbe med utfordringer, mål, tiltak og retningslinjer til denne type brukergruppe.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	32	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

6. HABILITERING - OG REHABILITERINGSTILBUD

6.1 Definisjon

Gjeldende definisjon på habilitering og rehabilitering er forankret i Stortingsmelding 21 (1998 – 99) *Ansvar og meistring* og er gjentatt i *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 - 2011*. Definisjonen er også gjeldende i Ås kommunes Plan for rehabilitering (K-sak 0043/00). Definisjonen følger:

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

(Stortingsmelding 21 punkt 2.1)

Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og /eller funksjonsproblemer.

Stortingsproposisjon nr.1 (2007-2008), 9.2,s.7

I denne planen omtales heretter habilitering og rehabilitering som rehabilitering.

6.2 Målgruppen

Målgruppene for rehabilitering er i utgangspunktet *alle med funksjonsproblemer* som har behov for assistanse for å nå eller holde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Vanlige funksjonsproblem som medfører behov for rehabilitering kan eksempelvis være knyttet til psykiske lidelser, psykisk utviklingshemning, muskel og skjelettlidelser, sansetap, sykdommer i nervesystemet, kreft, hjerte- og lungelidelser, hodeskader og kognitive funksjonshemninger.

Rehabilitering handler både om å endre individets forutsetninger for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak.

Stortingsmelding 21 nevner fire situasjoner som innebærer behov for rehabilitering:

- Funksjonssvikt ved medfødte, kroniske sykdommer og tilstander
- Funksjonstap ved sykdom eller skade som er oppstått senere i livet
- Funksjonsvedlikehold for å unngå forverring av funksjonshemninger
- Funksjonsomstilling ved overgang til ny livsarena (f.eks. fra skole til arbeid), eller ved endret krav i omgivelsene rundt den enkelte (f.eks. i bo- og arbeidssituasjon)

Rehabiliteringsvirksomheten tar i hovedsak utgangspunkt i *individuelle mål og behov*, og ikke i sykdomsgrupper.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	33	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

6.3 Dagens situasjon

6.3.1 Rehabiliteringstilbudet i Ås kommune

Flere tjenester beskjeftiger seg med og samarbeider om rehabilitering i Ås kommune.

Følgende tjenester er sentrale: Forvaltningsenheten, korttids - og rehabiliteringsavdelingen, fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten, hjemmetjenesten og miljøarbeidertjenesten.

Tjenestene samarbeider også med andre instanser om rehabilitering, for eksempel langtidsavdelingene, aktivitetsavdelingen, driftsenheten, frivillighetssentralen, eldresentrene, psykisk helse, NAV, herunder hjelpemiddelsentralen, oppvekst- og kulturetaten og teknisk etat.

6.3.2 Mål for rehabiliteringstilbudet i Ås kommune

I Ås kommunes plan for rehabilitering fra år 2000 (k-sak 0043/00) ble det utarbeidet mål for rehabiliteringstjenestene i Ås kommune. Målene er fortsatt de samme i henhold til overordnede føringer.

- "Rehabiliteringstjenestene i Ås kommune skal bistå mennesker med funksjonstap i å oppnå størst mulig selvstendighet og livskvalitet på deres egne premisser"
- "Rehabiliteringstjenestene skal være tilgjengelig og fremstå som en enhetlig tjeneste for brukere, pårørende og samarbeidspartnere"
- "Samarbeidspartnere skal arbeide ut fra en felles forståelse og målsetning, og ha nødvendig kompetanse om rehabilitering."
- "Brukerens egne evner og ressurser skal være den viktigste ressursen i rehabiliteringsprosessen."
- "Det skal være lik mulighet for alle til å benytte tilbud og tjenester i kommunen, tiltakene skal være tilpasset den enkelte og de lokale forhold."

6.3.3 Universell utforming

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings - og tilgjengelighetsloven) trådte i kraft 01.01.2009. I § 1 står følgende:

Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.

Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapt barrierer og hindre at nye skapes"

Stortingsmelding nr. 40 (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer* la føringene for loven, som blant annet stiller krav til universell utforming. "**Kapittel 6** omhandler tiltak for å gjøre samfunnet tilgjengelig gjennom å fjerne hindringer.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	34	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Regjeringen vil legge prinsippet om *universell utforming* til grunn for nybygg og nyanskaffelser. Universell utforming innebærer at hensynet til alle brukergrupper skal innarbeides i løsningene så langt det er teknisk og praktisk mulig.

Et tilgjengelig samfunn er en av forutsetningene for å lykkes med rehabilitering.

6.4 Utfordringer frem mot 2015

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011 (s. 11) viser til befolkningsutvikling og sykdomsutvikling. Økt teknologi har de siste 20 årene ført til at flere barn og unge med medfødte eller ervervede funksjonstap overlever og trenger livslang oppfølging og tjenester fra kommunen. Nye livsstilssykdommer som diabetes 2, kreft, KOLS, hjerte-karsykdommer m.fl., gjør at kommunene får flere arbeidsoppgaver. I tillegg til rehabilitering, skal det nå satses mer forebyggende. (Jfr. Samhandlingsreformen - St.meld. 47,2008-2009). Liggetid på sykehus går ned og en større del av opptrening og rehabilitering overlates til kommunene. I Ås kommune er det befolkningsvekst i alle aldersgrupper, beregnet til en økning på 2560 personer i perioden 2009 – 2015. Av disse er det 523 under 20 år og 2037 over 20 år.

Universell utforming:

I Ås kommune er det fortsatt virksomheter rettet mot allmennheten som ikke er tilrettelagt i henhold til universell utformings prinsipper. Et eksempel er legekontorer. Utfordringen ligger i å sikre et universelt utformet Ås. Det er blant annet utarbeidet et planforslag med rapport for utearealene i Ås sentrum. Det er en utfordring at det ikke foreligger økonomi til oppfølging av planforslaget som tar hensyn til universell utformings prinsipper.

Fagsammensetning i forvaltningsenheten:

Forvaltningsenheten på Moer sykehjem er den koordinerende enhet for rehabilitering i Ås kommune. Enheten behandler søknader og tildeler tjenester etter *Lov om helsetjenester i kommunen* og *Lov om sosiale tjenester*. Henvendelsene kommer fra bruker, pårørende, samarbeidspartnere, for eksempel institusjonspersonell, hjemmetjeneste, fysio-/ergoterapeuter, skole, barnehage, leger, sykehus, NAV. Det avklares om det er behov for hjemmebesøk (kartleggings-/vurderingsbesøk). Forvaltningsenheten har tett samarbeid med de tjenesteytende enheter.

Antall registrerte henvisninger til forvaltningstjenesten var i 2007 1623 henvisninger, og i 2008 1763 henvisninger. Ressursene er presset i forhold til arbeidsoppgaver, og tverrfaglig kompetanse i forhold til en helhetlig vurdering. Blant annet mangler forvaltningen ergoterapiressurs. I Samhandlingsreformen legges det stor vekt på at brukere av

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	35	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

helsetjenester skal tilbringe minst mulig tid i spesialisthelsetjenesten og at de skal i størst mulig grad behandles på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) i kommunen der de bor.

Rehabiliteringsteam:

Det ble i Plan for rehabilitering i 2000 anbefalt og vedtatt å etablere et rehabiliteringsteam. Dette har ikke blitt prioritert. Det er fortsatt behov for et tverrfaglig rehabiliteringsteam som kan gi faglig hjelp og støtte til hjemmeboende brukere med rehabiliteringsbehov, fremfor å tilby et rehabiliteringsopphold i institusjon.

Ressursteam:

Ressursteamet eksisterer, men blir lite brukt i dag. *Tverretattlig prosess for ressursteam og behandling av saker for barn og voksne med sammensatte funksjonsvansker* skal sikre barn og voksne med sammensatte funksjonsvansker et helhetlig og samordnet tjenestetilbud ved tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Alle fagpersoner og enheter har ansvar for at aktuelle saker meldes ressursteamet via tjenestevei. Teamet skal være en støttefunksjon for ansvarsgrupper, tildelingsteamet for pleie- og omsorgstjenester, forvaltningsenheten, NAV og PPS, og behandle saker på oppdrag fra disse.

Utfordringen er å gjøre teamet kjent for kommunens ansatte.

Opplæring og kompetanseheving:

Overordnede føringer tilsier at en større del av rehabiliteringen skal skje i kommunene. Økende antall brukere, samt kortere tid på sykehus, fører til økt behov for opplæring og kompetanse i kommunen. Rehabilitering krever tverrfaglig bredde, flere yrkesgrupper er i dag underrepresenterte i Ås.

Samarbeidet med sosialtjenesten / NAV:

NAV Ås ble opprettet i 2008 (tidligere sosialtjenesten, arbeids- og trygdekontor). Samarbeidet med NAV gjelder ofte yngre/voksne i forhold til arbeidstiltak. Hjelpemiddel-sentralene er nå lagt under NAV fylket, og disse er særdeles viktige samarbeidspartnere i forhold til alle aldersgrupper. NAV Ås har vært i en etableringsfase, og det har vært utfordrende å "gjøre plass" til ansvarsgruppe-deltakelse pga et omfattende opplæringsprogram for alle i NAV. Det er viktig med deltakelse fra NAV i enkelte ansvarsgrupper, og det er nødvendig å nå/få tilbakemelding fra aktuelle saksbehandlere innen rimelig tid. Dette kan til tider være en utfordring, da NAV - ansatte har mange arbeidsoppgaver.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	36	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Samarbeidet innen rehabiliteringsområdet:

Det er utarbeidet og underskrevet mange avtaler med Aker universitetssykehus.

Det er en utfordring å etablere gode samhandlingsrutiner, for å sikre en god overgang når Follo kommunene overføres fra Aker Universitetssykehus til Akershus Universitetssykehus.

Ansvarsgrupper:

Det er etablert ansvarsgruppe for 88 personer i Ås kommune. Dette er en vel fungerende arbeidsform for personer med sammensatte vansker, men denne arbeidsformen må hele tiden videreutvikles. De fleste som har ansvarsgruppe er barn og yngre voksne.

Ansvarsgrupper er i kommunens kvalitetssystem formalisert som en tverrfaglig og tverretattlig samarbeidsmodell (se *Retningslinjer for ansvarsgrupper*). Ansvarsgrupper skal ivareta brukermedvirkning, informasjon og koordineringsfunksjon ved planlegging, gjennomføring og evaluering av individuelle tiltak og tjenester. Utfordringen er at brukere med behov for sammensatte tjenester skal ha *en* person i kommunen å forholde seg til. Koordinatorrollen i ansvarsgruppen er ikke knyttet til spesielle yrkesgrupper. Koordinator bør være en person som er nær brukeren. En koordinator bør ha ansvar for et begrenset antall brukere.

Individuell plan (IP):

I *Helselovene av 2001* gis bruker rett til å få - og helsepersonell plikt til å utarbeide individuelle rehabiliteringsplaner. Dette gjelder for tjenestemottagere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I en individuell plan skal brukerens ressurser og behov for tjenester kartlegges. Planen i seg selv utløser ikke rettigheter, men det er et viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes. Det er utarbeidet mal for planarbeidet. Malen inngår i kommunens kvalitets-system som referanse til *Prosess for ressursteam*. Arbeidet forankres i ansvarsgruppen. Pr 01.06.2009 er det registrert 67 personer som har individuell plan.

Planarbeidet er tidkrevende. Det er en utfordring "å få noen" til å ta på seg oppgaven som IP - koordinator.



Fastlegeordning / tilsynslege:

Kommunen *Prosess for samarbeid mellom fastlegene, hjemmetjenester og institusjonstjenester* definerer rutinene for samarbeid. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, kapittel 9, legges det opp til at rehabilitering skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). For å sikre medisinsk forsvarlig rehabilitering i kommunen,

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	37	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

er fastlege og tilsynslege viktige brikker i det helhetlige samarbeide som rehabilitering krever. Utfordringene fremover er å klargjøre og styrke legens rolle i rehabiliteringsprosessen ytterligere. Opplæring og bruk av Helsenet, et verktøy for samhandling, blir en spennende utfordring.

Korttids- og rehabiliteringsavdeling:

Avdelingen består av to fløyer med til sammen 20 heldøgns plasser. Pr 2009 disponerer Ås kommune 13 av plassene og 7 plasser er til utleie. Avdelingen gir tre typer opphold:

- *Avlastningsopphold* når familie/pårørende som har den daglige omsorg trenger det
- *Korttidsopphold* for å kartlegge/vurdere videre omsorgsbehov, for å "få et løft", eller av medisinske grunner. Til denne gruppen hører også mennesker som kommer til avdelingen i siste fase av livet for å få palliativ pleie og omsorg
- *Rehabiliteringsopphold*

Avdelingen arbeider tverrfaglig i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut. Dette gjelder fortrinnsvis for brukere som får innvilget *rehabiliteringsopphold*, men i praksis viser det seg at også brukere på *korttidsopphold* trenger tverrfaglige tjenester.

Avdelingen samarbeider også med fastlege, psykiatrisk helsetjeneste og sykehus.

I **2007** var 4 plasser avsatt til rehabiliteringsopphold. Statistikken viser at det var 98 ulike brukere innom avdelingen i løpet av året, 18 hadde rehabiliteringsopphold.

I **2008** viser statistikken at 128 ulike brukere var innom avdelingen i løpet av året, hvorav 30 hadde rehabiliteringsopphold. Etter flytting til Moer sykehjem i januar 2008 er det ikke definert et spesifikt antall plasser til rehabilitering.

Det er en utfordring å få tilrettelegge for rehabiliteringsbrukere når avdelingen samtidig har ansvar for pasienter med store medisinske utfordringer bl.a. døende eller alvorlig syke som kommer fra sykehus. Pasienter skrives ut stadig tidligere i behandlingsforløpet, og krav til fagkompetanse øker. Erfaringen viser det at flere enn de med vedtak om rehabiliteringsopphold har behov for tverrfaglige tjenester. Hjemmeboende som i utgangspunktet kommer inn for å "få et løft", kan vise seg å ha behov for rehabiliteringsopphold.

Pr. i dag har avdelingen kun et halvt årsverk for fysioterapeut og et halvt årsverk for ergoterapeut.

Lokalt hjelpemiddellager:

Serviceteknikerne er tilknyttet lokalt hjelpemiddellager og organisert i driftsenheten på Moer sykehjem. En utfordring er at de må ofte nedprioritere utlevering, montering og reparasjon av hjelpemidler til fordel for andre oppgaver, som for eksempel snømåking.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	38	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Alle hjelpemidler som lånes ut fra lokalt lager og som mottas fra NAV Hjelpemiddelsentralen i Oslo og Akershus registreres i et dataprogram. Det er ikke nok ressurser til å følge opp dette. En del av registreringen tillegges derfor kommunens ergoterapeuter. Arkivering av papirer tillegges merkantilt personell på Moer sykehjem. Antall utlån av hjelpemidler er økende både fra lokalt hjelpemiddellager og fra NAV HMS-A.

Kommunalt råd for funksjonshemmede som arena for brukervedvirkning:

Fra og med 1.1.09 ble kommunalt råd for funksjonshemmede lovpålagt. Rådet oppnevnes av kommunestyret og i Ås består det i dag av 7 representanter: 3 politikere, 2 fra administrasjonen og 2 brukerrepresentanter.

Rådet oppleves som for lite kjent. Utfordringen er å gjøre rådet allment kjent.

Videreutvikle samarbeid med frivillighetssentralen og frivillige organisasjoner:

Det finnes i følge årsmelding fra frivillighetssentralen 2008 over 200 lag og foreninger i Ås, foruten mange enkeltfrivillige. Den frivillige innsatsen blir ofte betegnet som "limet" i et lokalsamfunn. Frivillighetssentralen i Ås ble kommunal i 1997 og er i dag lokalisert i Skoleveien 3. Den har ett årsverk som består av daglig leder, og er organisert under plan og utvikling. Utfordringen er å utvikle holdninger og forståelse for betydningen av et godt samarbeid med frivillighetssentralen, også sett i rehabiliteringssammenheng. Det er en utfordring å finne lokaler for møteplasser; f. eks for likemannsarbeid. Tilgjengeligheten for publikum er også en utfordring.

Fysioterapitjenesten:

Den kommunale fysioterapitjenesten består av 5 årsverk som dekker alle aldersgrupper, herav 0,5 stilling på korttids- og rehabiliteringsavdelingen på Moer sykehjem.

I tillegg har Ås kommune 7,79 avtalehjemler for privatpraktiserende fysioterapeuter fordelt på fire institutter, tre i Ås sentrum og et på Vinterbro.

Fysioterapitjenesten er en viktig del av rehabiliteringstilbudet. Antall barn og unge med sammensatte funksjonsvansker, med behov for livslang omfattende rehabilitering, fortsetter å øke. Fysioterapeuten har ofte en sentral rolle i forhold til individuell plan, og er koordinator for mange planer.

Fysioterapeutene behandler individuelt og i grupper, veileder ansatte rundt brukere. Det er bassengtrening for barn med funksjonsnedsettelse, trim på Ås eldresenter og i omsorgsbolig på Moer.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	39	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Det er en økning i antall nye henvisninger, i tillegg har mange brukere kontinuerlig eller periodevis oppfølging hele livet. Tidsbruk per bruker varierer fra 15 min til 5 timer i uka. Det er 3-6 mnd ventetid hos de private fysioterapeutene i kommunen. Den kommunale barnefysioterapien har i dag venteliste på 3 – 6 måneder for barn over 3 år, de minste barna prioriteres.

Med dagens bemanning har fysioterapeutene ikke ressurser til å drive rehabilitering i hjemmet. I praksis gir de kun rehabilitering på institusjon. Dette vil si at hjemmetjenesten heller ikke har rehabilitering i hjemmet som et prioritert område.

For mange blir det en passivisering å være på institusjon, for de kommer bort fra dagliglivets aktiviteter. Denne aktiviteten er viktigere enn spesifikk trening, og er med på holde mange eldre oppegående. Det å være aktiv i dagliglivet har en fysisk og ikke minst psykososial gevinst. Det er det som gir mening i livet for mange. Det er en utfordring å få gode samhandlingsrutiner

Ergoterapitjenesten:

Ergoterapitjenesten består av 3 årsverk, ett av disse betjener barn, to betjener voksne fra 18 år. Kommunen skal formidle hjelpemidler og tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Dette står i *Forskrift om habilitering og rehabilitering* (N, s. 36) hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Tilrettelagt bolig og hjelpemidler er for mange helt avgjørende for å kunne fungere i eget hjem, samt kunne delta i samfunnet. Ergoterapeutene i kommunen har erfaring og kompetanse på tilrettelegging for deltakelse i dagliglivets aktiviteter i hjem, arbeid og fritid. Dette innebærer blant annet utredning og anbefaling av løsninger for boligtilpasning samt hjelpemiddelformidling. Ergoterapeuters rolle i boligtilpasninger er å gi funksjonsvurderinger som vedlegg til søknader om boligtilskudd fra husbanken. I disse sakene samarbeider de med bruker, boligkontoret i kommunen samt andre instanser som Husbanken, NAV og firmaer. *Folketrygdloven* gir rett til hjelpemidler (§ 10-6 og 10-7). Hjelpemidlene må være nødvendige og hensiktsmessige. De innvilges ved langvarig behov som utlån fra hjelpemiddelsentralen. Det er vanlig at fagfolk begrunner søknaden.

I hjelpemiddelformidlingen har kommunen et stort ansvar for at formidlingsprosessen gjennomføres på en forsvarlig måte. Ansvar for å oppdage og utrede behov, gi opplæring i bruk av hjelpemidler, følge opp brukerne over tid for justering av hjelpemidler, samt melde fra om hjelpemidler som ikke lenger dekker behovet.

Ergoterapeuter er den yrkesgruppen i kommunen som har lang erfaring og kompetanse på hjelpemiddelformidling. Hjelpemidler brukes både til å forebygge funksjonstap, til å opprett-

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	40	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

holde og bevare funksjoner og til å lette pleiesituasjon. Det er viktig at hjelpemiddelet sees i sammenheng med andre tiltak. Dette krever utredning av brukeres totalsituasjon. En forsvarlig opplæring og trening i bruk av hjelpemiddelet inngår i formidlingsprosessen. Behov for reparasjoner og vedlikehold stiller krav til kommunen så lenge en bruker er i besittelse av et hjelpemiddel. Ergoterapeut er koordinator for flere individuelle rehabiliteringsplaner.

Det er en stadig økende etterspørsel etter ergoterapitjenesten i kommunen. Ventetiden på tjenesten har i 2009 vært inntil 9 mnd. for saker som ikke har førsteprioritet. Å prioritere er en utfordring. Teknologisk utvikling gjør at hjelpemiddelformidling stadig byr på større utfordringer. Mange muligheter i valg av løsninger gjør utredningen tidkrevende. Det er viktig å finne det mest hensiktsmessige og nødvendige hjelpemiddelet. Oppdatering på hjelpemiddelområdet tar tid. Ergoterapeutene erfarer at kommunens nyeste boligmasse i Ås sentrum ikke er tilstrekkelig bygd etter universell utformings prinsipper. Tjenesten har derfor de siste par årene brukt mye ressurser på tilretteleggingstiltak i disse, både i fellesarealer og i leiligheter. Det byr på utfordringer. Ergoterapeutene opplever noe uavklarte ansvarsforhold i saker vedrørende boligtilpasning der det er behov for å søke boligtilskudd / lån fra husbanken. Ergoterapeutene blir ofte sittende med et stort ansvar i sakene som strekker seg utover deres fagområde, f. eks å undersøke heftelser ved boligtomter, innhenting av godkjenning fra boligsameier, opprettelse av kontakt med arkitekt og koordineringsansvar med hensyn til innhenting av aktuelle opplysninger for videre saksbehandling.

6.5 Anbefalinger

6.5.1 Universell utforming

Universell utformingsprinsipper må inngå i all planlegging og utforming av uteområder, bygninger og transport. Dette er overordnet og gjelder for Ås kommune. Brukermedvirkning må ivaretas. Det anbefales at "Plan for utearealer i Ås sentrum" fra 2007 prioriteres. Det anbefales at det opprettes et boligteam med byggteknisk kompetanse, økonomisk rådgivningskompetanse, kompetanse innen eiendomsforvaltning og helsefaglig kompetanse innen funksjonsvurdering.

6.5.2 Forvaltningsenheten

Forvaltningsenheten anbefales styrket med tverrfaglig ressurs som for eksempel ergoterapiressurs.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	41	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

6.5.3 Rehabiliteringsteam

Det anbefales at rehabiliteringsteam for hjemmeboende opprettes. Teamet bør bestå av sykepleier-, fysioterapi- og ergoterapi - ressurs. Andre aktuelle fagpersoner innkalles ved behov.

6.5.4 Opplæring og kompetanseheving

Rehabilitering er en tverrfaglig oppgave og dette bør gjenspeiles i hele organisasjonen. Ved økt behov for rehabilitering må kompetanseheving innenfor dette området prioriteres. Det må legges til rette for videre- og etterutdanning.

6.5.5 NAV

Det anses som viktig at det videreutvikles gode samarbeidsfora som fungerer for brukere og samarbeidspartnere, og at det er tilstrekkelig med ressurser og kunnskap innen rehabilitering ved det lokale NAV-kontoret.

6.5.6 Samarbeidsavtaler innen rehabiliteringsområdet

Videreutvikle gode samarbeidsavtaler, som sikrer blant annet gode overføringsrutiner. Det bør være en flytende overgang mellom 1. og 2. linjetjenesten, en felles behandlingslinje fra sykehus over til kommunehelsetjenesten.

6.5.7 Ansvarsgrupper

Forvaltningsenheten gis myndighet til å utnevne koordinatorene. Alle aktuelle fagpersoner må få opplæring/gjøres kjent med, og følge opp de vedtatte retningslinjene for samtykke, etablering og drift av ansvarsgrupper fortløpende.

6.5.8 Individuell plan

Forvaltningsenheten gis myndighet til å utnevne koordinatorene. Alle aktuelle fagpersoner må gjøres kjent med veileder, retningslinje for individuell plan og få opplæring i *Tverretattlig prosess: Individuelle planer og samarbeid om felles brukere*

6.5.9 Fastleger og tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsprosessen

For å imøtekomme de økte behovene for rehabilitering i kommunen, anbefales det at legedekning på institusjon vurderes økt.

6.5.10 Lokalt hjelpemiddellager

Lokalt hjelpemiddellager anbefales styrket. Dette vil frigjøre ergoterapeutene i kommunen og merkantilt personell i Moer sykehjem til andre oppgaver, jamfør ”rett kompetanse på rett plass”. Evaluere serviceteknikernes ansvarsområde.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	42	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

6.5.11 Kommunalt råd for funksjonshemmede som arena for brukermedvirkning

Kommunalt råd for funksjonshemmede bør synliggjøres bedre slik at Ås-beboerne i større grad bruker rådet.

6.5.12 Videreutvikle samarbeidet med frivillighetssentralen og frivillige organisasjoner

Det anbefales å oppdatere ansatte og ledere spesielt på mulighetene frivillighetssentralen gir. Det bør vurderes hvordan man kan legge til rette slik at flere frivillige melder seg til tjeneste.

6.5.13 Fysioterapitjenesten

Styrke fysioterapitjenesten slik at følgende behov dekkes:

Forebyggende og kurativ virksomhet for barn, tverrfaglig rehabiliteringsteam for hjemmeboende, øke ressursene på rehabiliteringsavdelingen og tilrettelegging for forebyggende virksomhet for voksne/eldre.

6.5.14 Ergoterapitjenesten

Ergoterapitjenesten anbefales styrket. Dette sees i sammenheng med lang venteliste på tjenesten samt anbefalte tiltak, som opprettelse av rehabiliteringsteam og styrking av tjenesten på korttids- og rehabiliteringsavdelingen. For at eldre med behov for tilrettelegging i bolig skal kunne få tjenesten innen rimelig tid, og kan bli boende i eget hjem, må tjenesten styrkes. I dag må eldre med behov for tilrettelegging i egen bolig, vente opp til 9 mnd på tjenesten.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	43	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

7. BARN OG UNGDOM MED BEHOV FOR TILRETTELAGTE TJENESTER, BOLIG OG/ELLER ARBEID

7.1 Innledning

Dette kapitlet bestreber å finne gode løsninger på de utfordringer kommunen står overfor når det gjelder aldersgruppen 13 – 25 år.

Kapitlet setter et særlig fokus på **unge mennesker med atferdsproblematikk**.

7.2 Dagens situasjon – en kartlegging

Pr. 12.03.08

Alder	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Sum
Under 11-12 år	4	5	3	12
13 år	4	3	2	9
14 år	3	3	2	8
15 år	3	1		4
16 år	2	2	3	7
17 år	6	4	1	11
18 år	1	2	2	5
19 år	3	2		5
20 år	1	2		3
21 år			1	1
22 år				0
23 -25 år	1			1
SUM	28	24	14	66

I tillegg er det en tegnspråkbruker, en på 20 år i kategori 2 som det planlegges eget opplegg for. Det er derfor behov for tegnspråkkompetanse.

Beskrivelse av kategoriene:

Kategori 1: Lite omfang

Fungerer i egen bolig med noe oppfølging i form av veiledning/råd/påminning.

Fungerer i gruppe på ca. 8.

Kan ta kontakt med miljøarbeidertjeneste ved behov.

Oppfølgingsbehov noen timer i uken, hjelp til faste avtalte tider.

Mulighet for å besøke ”basen”.

Selvstendig med hensyn til å ta kontakt med familie og venner.

Selvstendig med hensyn til å komme seg til og fra kjente steder.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	44	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Selvstendig med hensyn til å lage og følge opp avtaler med venner.

Kategori 2: Moderat omfang

Fungere i gruppe på ca. 4.

Kan ha forekomst av atferdsproblemer.

Kan utføre mye selvstendig.

Trenger jevnlig tilsyn og oppfølging (trening, veiledning, regulering av atferd).

Trenger strukturerte opplegg, faste grenser.

Behov for miljøarbeidertjenester, bosted nært til base.

Nattevaktordning.

Kategori 3: Stort omfang

Behov for tilsyn, hjelp og oppfølging hele døgnet

(miljøarbeidere tilstedeværende hele døgnet),

på grunn av medisinske eller/og atferdsmessige vansker.

Våken nattevakt.

7.3 Miljøarbeidertjenester til denne gruppen

I denne planen brukes miljøarbeidertjenester som et generelt begrep, men anbefalingene munner ut i det som kan beskrives som virksomheten "Ambulerende miljøarbeidertjeneste".

Beskrivelsen setter fokus på funksjon og mindre på diagnose, noe det også anbefales at miljøarbeidertjenesten fortsetter med. Det ligger ingen underkjenning av diagnosetenkning i dette forslaget, bare en erkjennelse av at det er naturlig for en miljøarbeidertjeneste å tenke funksjon;

"slik at bruker oppnår mest mulig selvstendighet i eget liv og styrket livskvalitet".

7.3.1 Anbefalinger

- Videreutvikle – og styrke ambulerende miljøarbeiderteam.
- Bygget ut leiligheter i Ljungbyveien, 3 - 6 leiligheter.
- Videreutvikle tiltaket for ungdom i Liaveien 17 b.
- Tjenestetilbudet gjøres lettere tilgjengelig ved å innføre "Hamar-hjulet".

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	45	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

7.3.2 Kompetanse

Det er foretatt en enkel kartlegging av kompetanse i flere "bemannede boliger" i kommunen. Denne kartleggingen bekrefter at kommunen besitter stor kompetanse innen egne rekker. En viktig oppgave for miljøarbeidertjenesten vil være å ha god oversikt over hvor man finner den kompetansen man til enhver tid har behov for. Og når det er nødvendig, legge til rette for nødvendige kompetanseøkende tiltak. Det vil det være naturlig å tilpasse kompetanse og tilbud til den enkelte brukers behov (fleksibilitet) og ikke nødvendigvis finne et passende tilbud i et eksisterende tiltak. En slik måte å arbeide på krever en fleksibel organisasjon som evner å gå raskt inn med den kompetansen som kreves og starte nødvendige tiltak.

7.3.3 Nettverksarbeid og tverrfaglighet

Kommunen jobber med nettverksarbeid. Sett i forhold til de sammensatte problemene målgruppens brukere ofte har, ser man det som helt naturlig at nettverksarbeid er måten å møte mange av de utfordringer tjenesten står overfor. Som nevnt i avsnittet ovenfor (kompetanse) er det god grunn til å anta at man innenfor egne rekker kan rekruttere kompetente medarbeidere til å jobbe med komplekse saker.

7.3.4 Familieperspektivet

Tjenester rettet mot atferdsproblematikk bør i størst mulig grad arbeide med og i familien. Problemene i stor grad oppstår der, og at det er naturlig å tenke at de i størst grad skal løses der. Tjenestetilbudet må derfor være ambulant og tilpasset behovet.

Tilbudet må selvfølgelig ta høyde for at alle i målgruppen ikke bor "hjemme", det kan være brukere kommunale tiltak, bolig med bistand, fosterhjem eller andre bosteder.

Hovedanliggende har vært å peke på løsninger som skal gi tidligst mulig hjelp og hindre at hjelpebehovet skal bli mye større ved en senere anledning.

7.3.5 Boliger – anbefalinger

Ungdomsbolig/gjennomgangsbolig og permanent bolig:

Det er etablert gjennomgangseleiligheter for ungdom i Liaveien 17 b, og med personalbase i Liaveien 19. Dette med tanke på botrening og oppfølging i to til tre år, deretter flytting i annen bolig. Leilighetene er fortrinnsvis for personer i kategori en og to. Det forutsettes at beboerne har et individuelt tilpasset opplegg med miljøterapeutisk oppfølging fra ambulerende miljøarbeidertjeneste. Antall leiligheter som disponeres til dette formål må justeres etter behov. Det bør også bemanningen, den ambulerende miljøarbeidertjenesten.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	46	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Leilighetene i Solfallsveien:

To av leilighetene i Solfallsveien benyttes nå som treningsleilighet/gjennomgangsbolig for personer som trenger et mer skjermet tilbud med heldøgnsbemanning. Det anbefales at det er fleksibel bruk på disse leilighetene.

Barne- og avlastningsboligen i Ljungbyveien:

Det som i utgangspunktet var en barne- og avlastningsbolig (Ljungbyveien), har blitt heldøgnsbolig for tre. For å frigjøre avlastningskapasitet, er det nødvendig med andre botilbud for de som trenger fulldøgntilbud. Det samme behovet gjelder for ungdom i målgruppa som har søkt og venter på bolig. Det foreslås derfor bygging av 3-6 leiligheter tilknyttet Ljungbyveien, som skal løse disse utfordringene. Denne plassering anbefales med tanke på å utnytte – og samle kompetanse og ressurser.

7.4 Sysselsetting

(Begrepet sysselsetting brukes om tilbud utover det som NAV kan tilby)

Når det gjelder sysselsetting er det først og fremst tilbud til brukerne i den gruppen som vi betegner som kategori 3 (stort hjelpebehov/omfang) som har et behov vi må dekke. I tillegg er det økende behov fra eksisterende brukere er tilbudet pr. i dag ikke tilstrekkelig og søknader er avvist pga. manglende personalressurser.

Samtidig slår sosialtjenestelovens §1-1 fast at tilbud om dagaktiviteter skal være en del av kommunens omsorgstjenestetilbud

Økende behov, nye utfordringer og stramme økonomiske rammer gjør det nødvendig å tenke nytt og finne nye og supplerende løsninger til de vi har i dag. For å gjøre dette anbefales følgende tiltak:

- Dagtilbudet for personer med funksjonshemninger skal administrere alle sysselsettingstiltak for denne gruppen.
- Utvidelse av Dagtilbudets areal i tiliggende lokaler.
- Utvide stillingsressursene med grunnlag i kommende behov som anslås til 9 personer. De eldste forventes å komme om ett år, resterende etter hvert avhengig av videregående skolegang skolegang.
- Skape/legge til rette for gode sysselsettingstilbud på andre arenaer. Dette vil forandre seg i takt med brukernes behov, og vil kreve stor fleksibilitet og variasjon.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	47	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

7.5 Oppsummering

Kartleggingsmaterialet gir et visst grunnlag for vurdering av behov framover.

Brukernes behov er kategorisert i tre kategorier. Det vises til beskrivelse av kategoriene i tabellen.

De fleste personer i kategori en antas å ha utviklingspotensiale til å bli helt selvhjulpne, eventuelt trenge lite oppfølging etter to til tre år med bo trening og oppfølging av miljøarbeidertjenesten (målrettet miljøarbeid). Flere vil kunne bo i "vanlig" bolig/hybel med "lett" oppfølging. Noen vil profitere på en form for ungdomsbolig(gjennomgangsbolig) med sikte på at de skal flytte til mer permanent "vanlig" bolig etter to til tre år.

Hovedtyngden av personer i kategori to og tre vil trenge tett oppfølging og mer tilrettelagte botilbud.

I registreringsmaterialet er det en del barn mellom 11 og 14 år, med spesielle behov, som trenger ekstra oppfølging. På nåværende tidspunkt er det vanskelig å si hvordan disse vil utvikle seg, og hvilke tjenester de vil bli i behov av etter hvert. En stor del av de registrerte barna i kategori en og to har atferdsvansker av ulik art og grad. Noen har støttekontakt og/eller avlastning (etter sosialtjenesteloven), noen har oppfølging/tiltak fra barneverntjenesten, noen har oppfølging fra familie- og nettverksteamet.

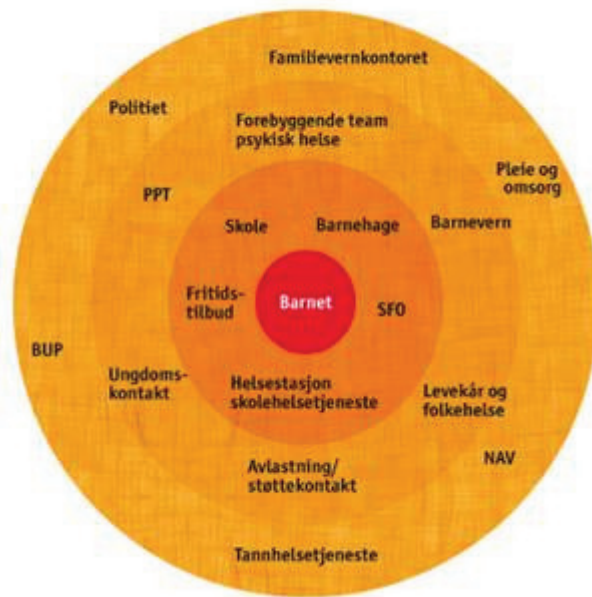
Kommunen kjenner også til en del barn under denne alder (9-11 år), med spesielle behov, som trenger ekstra oppfølging i form av avlastning, støttekontakt osv. Flere av disse vil ha behov for omfattende tjenester når de blir eldre.

Ås kommune har totalt sett en stor og omfattende miljøarbeidertjeneste som er bemannet med kompetente medarbeidere. Dette er med på å sikre en god tjeneste, enten i boliger med bemanning eller ute hos brukerne rundt om i kommunen.

Det vises til det såkalte "Hamar-hjulet" som på en utmerket måte kan brukes av Ås kommune for på en enkel måte å visualisere det totale tilbudet kommunen har overfor målgruppen, og gjøre det lettere både for brukere og hjelpere til å finne frem.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	48	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Når barnet trenger hjelp...



Utfordringen er samarbeid på tvers av organisatoriske grenser og sett i fugleperspektiv kan kommunenes miljøarbeidertjenester bli enda bedre samordnet.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	49	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

8. REKRUTTERE OG BEHOLDE ANSATTE

8.1 Dagens situasjon

Ås kommune og helse og sosialetat har i løpet av 2008/2009 i stor grad rekruttert det helsepersonell etaten har årsverk/stillinger til å benytte, og vurderer dermed situasjonen som tilfredsstillende. Allikevel anses rekruttering av helsepersonell som en av kommunenes mest utfordrende oppgaver i årene som kommer. Årsaken til dette er først og fremst at andelen yrkesaktive (under 67 år) synker, og

andelen pensjonister (over 67 år) øker.

Eksempelvis er det i dag (2009) 6 yrkesaktive pr. pensjonist. I 2040 vil det være 2 yrkesaktive pr. pensjonist i

Norge. (SSBs fremskrivninger mot 2040)

Den norske arbeidsmiljøstandarden er stort sett god. 71, 9 prosent av alle personer mellom 15-74 år er inkludert i arbeidsstyrken. Mange arbeidstakere opplever å ha en meningsfylt arbeidshverdag under forsvarlige forhold. Likevel opplever over 20

prosent av arbeidstakerne store helsebelastninger på jobb. Langtidssykefraværet er fremdeles for høyt, og 700 000 personer i arbeidsfør alder står utenfor arbeidsstyrken.

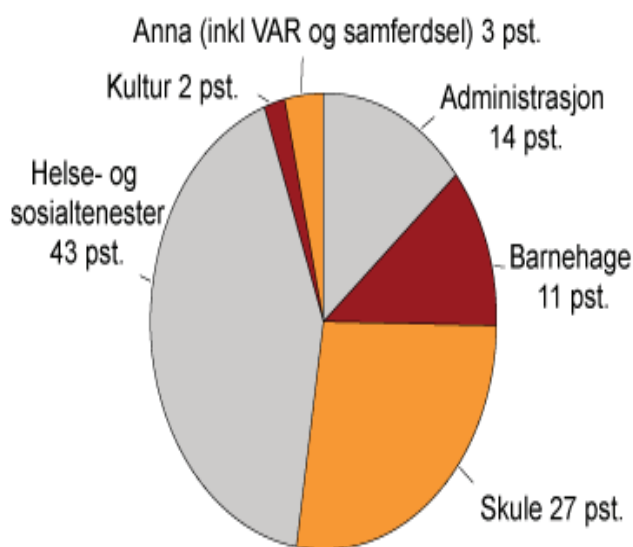
(kilde arbeidstilsynet)

Sykefraværet øker mest innen helse- og sosialtjenester, undervisning, varehandel, og hotell og restaurantvirksomhet. Nivået på sykefraværet er høyest innen helse- og sosialtjenester, men også innen bygg- og anleggsvirksomhet, transport og kommunikasjon og undervisning er sykefraværet høyt.

(kilde arbeidstilsynet)

Ås kommune har vært tilknyttet IA-avtalen siden 18.09.2002 og har vært deltaker i Kvalitetskommuneprogrammet siden mars 2007, hvor det nettopp har vært et hovedmål å minske sykefraværsprosenten, eller nærmere bestemt øke nærværsprosenten. Dette har vært gjennomført gjennom friskvernsarbeid i helse og sosial-, og oppvekst og kultur etaten. Det gjennomføres medarbeidersamtaler/ledersamtaler og medarbeiderundersøkelser, som følges opp med tiltaksplaner.

Avtalte årsverk i kommunane, etter område. 2008. Prosent



Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	50	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Vurderingen er derfor at det jobbes systematisk, langsiktig og konstruktivt med arbeidsmiljø og sykefraværproblematikk, og det er derfor ikke belyst ytterligere i denne temaplan.

Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten har de siste tre årene nasjonalt sett økt med i overkant av 10 prosent. Stadig flere av de ansatte har relevant utdanning fra videregående opplæring og fra høgskole. Likevel er det fortsatt slik på landsbasis at drøyt 30 prosent av årsverkene i brukerrettet tjeneste blir utført av personell uten relevant utdanning. En helhetlig plan for utviklingen av primærhelsetjenesten er nødvendig for å møte de fremtidige utfordringene for sektoren. Samsvar mellom behov, rett personell på rett plass, arbeidsmåte, oppgavefordeling og utdanningskapasitet er viktig. (Helsedirektoratet)

8.2 Arbeidsgivers innsats for å beholde egne ansatte.

8.2.1 Kompetanseutvikling

Kompetanse er de samlede kunnskaper, erfaringer, ferdigheter, holdninger, evner og vilje som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte mål og krav. Kompetanse er også kreativitet og evnen til å finne løsninger utover det etablerte. Utvikling av kompetanse innebærer å tilegne seg ny, endret eller høyere kompetanse. Hvis kompetanseutvikling skal ha noen effekt må resultatene vise seg i endret adferd.

I Ås kommune er kompetanseutviklingsplaner bygd opp og henger sammen på følgende måte:

- Kommun nivå
- Etatsnivå
- Enhetsnivå
- Individnivå

Kompetanseforum (Kforum) har ansvaret for kompetanseutviklingen på øverste nivå.

Forumet består av representanter fra alle etater og stabsavdelinger.

KForum har som oppgave å:

- Avdekke behov som skal løftes opp til organisasjonens felles kompetanseplan
- På selvstendig grunnlag foreslå felles tiltak som er nødvendig for å nå strategiske mål
- Invitere til og koordinere tverretattlig samarbeid og bruk av interne krefter i kompetanseutvikling
- Utveksle erfaringer i metoder for kartlegging og utvikling av kompetanseplaner

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	51	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

- Oversikt og kompetanse på bruken av elektroniske verktøy tilgjengelig for kompetansekartlegging.

Kompetansekartlegging i henhold til Hovedtariffavtalen (Hta) 2008 blir gjennomført i 2009. Dette er første fase i en registrering som skal være et hjelpemiddel for strategisk kompetanseutvikling i fremtiden.

I helse og sosialetaten er systematisk kompetansekartlegging gjennomført siden 2000, med eget utviklet verktøy. Den praktiske gjennomføringen av kartleggingen er for tiden under evaluering og aktuelle dokumenter vil justeres etter dagens behov.

Igangsatte tiltak for å nå strategiske mål og definerte behov:

- Årlig kompetansekartlegging med tydeliggjøring av evt. gap + plan for utvikling (opplæringsplan)
- Innført stipendordning for ansatte som tar sykepleier / vernepleierutdanning på deltid.
- Deltagelse i Kompetansehjulet i Follo. KHF er et samarbeid mellom Follokommunene (pr. i dag. Er det Ski, Frogn, Enebakk, Oppegård og Ås) og målet er kompetanseheving innenfor pleie- og omsorgssektoren. Samarbeidet muliggjør kursing og opplæring som ellers ville bli for kostbart/vanskelig å gjennomføre.
- Bruke arbeidsplassen som læringsarena: veiledning/rådslagningsgrupper, internundervisning, kompetansegrupper, prosjektarbeid, studiegrupper etc

Nye tiltak:

- Videreutvikle tiltak/ordninger både internt og evt. i KHF som møter nye behov i forhold til samhandlingsreformen. (Spesielt rettet mot såkalte livsstilssykdommer)

Mål:

- Å planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak for å sikre virksomheten og den enkelte medarbeiders nødvendige kompetanse for å nå definerte mål

Vi må lykkes med:

- I større grad prioritere ressurser til kompetanseutvikling.
- Bidra til å legge til rette/ stille til disposisjon tjenestene til ulike forskningsprosjekter på høyskole- og universitetsnivå.
- Motivere egne ansatte til videreutvikling/-utdanning, og som følges opp med nye utfordringer for de ansatte.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	52	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

8.2.2 Lederskap

8.2.2.1 Dagens situasjon:

Helse og sosialetaten har en organisering som gir 11 enhetsledere og 8 avdelingsledere. Denne ledergruppen er samlet 2 ganger pr mnd hvor det i tillegg til informasjon og felles arbeid gjennomføres lederutvikling som veiledning, coaching og rådslaging. I tillegg er gruppen en del av lederforum i Ås kommune hvor det gjennomføres ytterligere lederutvikling. Arbeidet i gruppen tuftes på kommunens føringer innenfor området som først og fremst er lederprinsippene i Ås kommune:

Ledere i Ås:

- Er resultat- og brukerorientert og utvikler virksomheten med forankring i brukernes behov.
- Myndiggjør, ansvarliggjør og utvikler sine medarbeidere:
- Kommuniserer åpent og tydelig.
- Utvikler og forbedrer seg som leder.

En av hovedkonklusjonene fra Ås kommunes arbeidsgiverpolitiske plattform:
strategier og virkemidler må omfatte tilretteleggende ledelse, myndiggjøring av medarbeidere, kompetanseutvikling, belønning og tiltak for å redusere sykefraværet.

Hva sier KS arbeidsgiverstrategi mot 2020 om ledelse?

Det ligger en attraktiv identitet og en offensiv arbeidsgiverpolitikk i følgende fire perspektiver på kommunenes oppdrag, organisasjon, medarbeiderrolle og lederskap:

1. Det unike oppdraget
2. Den åpne organisasjonen
3. Kompetente medarbeidere
4. Helhetlig og utfordrende lederskap

Helhetlig og utfordrende lederskap

- Helhet – samspill mellom politisk og administrativt lederskap
- Helhet – administrativt lederskaps-- samarbeid på tvers
- Utfordrende – delegere og myndiggjøre gjennom å utfordre, stille krav, og støtte
- Utfordrende – invitere medarbeidere og tillitsvalgte til medledelse.

Med «helhetlig lederskap» understrekes behovet for et nært samspill mellom det politiske og administrative lederskapet. Det er også et behov for at det administrative lederskapet samarbeider på tvers for å realisere hele kommunens oppdrag.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	53	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Med «utfordrende lederskap» er vi ute etter ledelse som kan få fram det beste i kompetente medarbeidere og skape utvikling. Begrepene «den kompetente medarbeider» og «utfordrende og helhetlig lederskap» er gjensidige. Det vil si at de forutsetter hverandre.

Begrepet «utfordrende og helhetlig lederskap» viser også til samspillet mellom det administrative og det politiske lederskapet. De komplekse målstrukturer og styringsutfordringer som kommunene står overfor krever et helhetlig og effektivt samspill mellom politisk og administrativt nivå. Skal politisk styring ivaretas i en desentralisert organisasjon må styringsdialogen inneholde den helhetlige styringsinformasjonen som de folkevalgte ønsker. Det må også være en tilstrekkelig kontaktflate med den relevante kompetansen fra administrasjonen i formelle møter.

Det er helt avgjørende at kommunesektoren lykkes som politisk styrte organisasjoner om vi skal lykkes som arbeidsgivere og framstå som attraktive. Dette innebærer at det ikke bare er administrasjonen som må ville at folkevalgte skal lykkes. Den samme bevisstheten må også gjelde andre veien. Kommunens folkevalgte og øverste administrative ledelse må drøfte hvordan man kan legge til rette for den gode politiske debatten både i og utenfor de politiske organer, samtidig som man unngår at kommunens omdømme svekkes.

Avslutningsvis sier strategien:

Det budskapet folkevalgte uttrykker i det offentlige rom har stor betydning for kommunens omdømme. Budskapet har også større signaleffekt overfor administrasjonen enn det mange folkevalgte synes å tro. Derfor er det viktig at arbeidsgiverrollen løftes mye høyere på den politiske dagsorden enn i dag.

Nye tiltak:

Ta initiativ til å etablere 1. linjelederkurs i Ås kommune, som en mulig karrierevei for den enkelte.

Mål :

1. Å være leder helse og sosialtjenesten skal gi mulighet - og stille krav til den enkelte leder om å tilegne seg - og videreutvikle en balanse mellom utfordringer, krav og handlingsrom på den ene siden; og trygghet, kunnskaper og ferdigheter på den andre.

Disse handlingene må ikke oppfattes som isolerte muligheter og krav, men at de fungerer sammen i en helhet.

2. Ledere i helse og sosialtjenesten prioriterer å myndiggjøre, ansvarliggjøre og utvikle sine medarbeidere med en åpen og tydelig kommunikasjon.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	54	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

3. Å være "lederspire" (interesse og talent) i Ås kommune gir anledning til opplæring og utviklingsmulighet med fremtidige lederoppgaver som mål.

Hva må vi lykkes med for å nå målet?

1. Bidra til å videreutvikle de arenaer Ås kommune har for lederutvikling og lederfelleskap.

Det være seg:

Lederforum

Ledersamlinger

Frokostsamlinger

Lederopplæring

Fagdager

Osv

2. Bidra til / initiere etablering av 1.linjeleder kurs for lederspirer i Ås kommune som vil være: *Et program med fokus på bevissthet og utvikling av egen rolle som fremtidig leder. Programmet fokuserer på en leders evne til å "leve opp til" Ås kommunes lederprinsipper på 1. linjeleder nivå. Det bør legges vekt på egeninnsats og refleksjon over en tenkt lederrolle.*

8.3 Arbeidsgivers innsats for å rekruttere nye ansatte.

8.3.1 Utdanning av minoritetsspråklige

Det er flere likhetstrekk mellom sysselsettingen i hele befolkningen og blant innvandrere når det gjelder fordelinger på næringsgrupper. Blant annet ser vi at helse- og sosialtjenester sysselsetter flest uansett innvandrerbakgrunn når vi forholder oss til hovedgruppene. Det er forholdsvis like fordeling når det gjelder industri, detaljhandel og transport og kommunikasjon. Norge trenger mange flere ansatte innen pleie og omsorg, og ledigheten blant minoritetsspråklige i Norge i dag er tre ganger høyere enn for befolkningen for øvrig. En forutsetning for integrering er deltakelse i arbeidslivet. For å kvalifisere minoritetsspråklige for jobbmarkedet kreves det tilpasset utdanning / opplæring.

Pr. i dag finnes følgende tilbud i Ås kommune:

- Introduksjonsprogrammet: Et helårs/heldags tilbud til innvandrere mellom 18 og 56 år. Programmet består av norsk og samfunnskunnskap og formålet er integrering og selvstendigjøring i Norge. Programmet administreres av Voksenopplæringen.
- Grunnkurs i helse og sosial for minoritetsspråklige: grunnopplæring for ufaglærte med fremmedspråklig bakgrunn
- Fagnorsk for minoritetsspråklige elever ved helsefagarbeiderutdanningen

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	55	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

- Fem yrkesfaglige grupper får supplerende fagnorsk i forkant og parallellt med ordinær opplæring. Nytteverdien av å lære norsk er større når den knyttes opp mot yrkesutdanning og arbeidsliv
- Hjelpepleier-utdanning (fra 2005 heter det helsefagarbeider)

Nye tiltak:

Igangsette en utdanningsmodell for minoritetsspråklige i samarbeid med Diakonova høyskole, NAV og kommunale institusjoner med ansvar for integrering av flyktninger i regi av Kompetansehjulet i Follo.

Mål:

- Dekke behovet for faglært arbeidskraft i helse - og sosialtjenesten.
- Raskere og mer effektiv integrering av minoritetsetniske i lokalsamfunnet.

Hva vi må lykkes med:

- Å nå frem til aktuelle kandidater
- At skolen leverer et tilstrekkelig differansiert og tilpasset undervisningsopplegg, i samarbeid med kommunen.
- At det legges til rette for at elevene fullfører og avlegger eksamen

Hvordan:

- Være tydelige på krav og forventninger
- Følge opp og bistå, men også sette samme betingelser som i ordinære læreløp
- Tilby gode praksisplasser og mulig ansettelse etter gjennomført utdanning.

8.3.2 Rekruttere ungdom

Helsepersonellbehovet er utvilsomt en av de største utfordringene vi står foran. I 2030 vil vi i verste fall ha et underskudd på landsbasis på 40 000 - 50 000

helsefagarbeidere. Regjeringen har satt som mål å sikre

4500 nye helsefagarbeidere hvert år for å møte denne utfordringen. Rekrutteringskampanjer er ett tiltak for å forsøke å få til dette.

Å rekruttere ungdom til pleie- og omsorgssektoren byr i dag på mange utfordringer.



Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	56	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Selv om det er søkning til helsefagarbeiderutdanning på videregående trinn, er det mange som hopper av utdanningsløpet ved å velge et tredje påbegynningsår i allmenfag i stedet for å begynne i lære og fullføre helsefaglig utdanning. En utfordring er derfor å motivere unge til å velge utdanning rettet mot pleie- og omsorgsarbeid i kommunal sektor. Det er derfor viktig at Ås kommune framover er aktive mot utdanningsstedene for å framstå som en attraktiv arbeidsplass for unge.

Nye tiltak:

- Markedsføre kommunale pleie og omsorgstjenester som et attraktivt arbeidstilbud for elever på ungdomsskoletrinnet og videregående nivå.
- Videreutvikle samarbeidet med syke- og vernepleierutdanningene på høyskolene.

Mål:

Ungdom velger og fullfører utdanning innen pleie- og omsorgsfag i økt grad.

Ås kommune samarbeider med aktuelle utdanninger og framstår som en attraktiv arbeidsplass for nyutdannede helsefagarbeidere og syke- og vernepleiere.

Hva vi må lykkes med:

Ås kommune framstår som en attraktiv arbeidsplass som fokuserer på mangfold, kvalitet og utvikling.

Hvordan:

- Etablere en "ungdomspatrolje" gjennom kompetansehjulet i Follo med ansvar for å:
- Vise fram hva pleie- og omsorgstjenestene står for ved å være aktive med stands med mer på åpne dager, utdanningsmesser osv.
- Markedsføre Follo-kommunene på ungdomsskoler og videregående skoler som kompetanseorganisasjon, med komplekse tjenester som gir utfordrende og spennende arbeidsoppgaver og valgmuligheter for ansatte.
- Etablere utstrakt samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenestene og ungdomsskolene i kommunen med henblikk på:
- Tilbud om utplasseringssted med høy kvalitet i arbeidsukene, med planlagte faglige opplegg som kan virke attraktive for elevene.
- Besøke skolene i forkant av arbeidsukene og søkning til videregående utdanning og fortelle om pleie- og omsorgsarbeid.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	57	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

- Presentere tjenestene på skolene med videosnutt/plakat, hvor det framgår også andre sider ved arbeidet enn det som i dag forbindes med pleie- og omsorgsarbeid, for eksempel dyreassistert terapi, fritid for funksjonshemmede osv.
- Kontakte skolene på både ungdomsskole- og videregående nivå for å vurdere muligheter for om skolene kan delta i prosjektarbeid sammen med pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.
- Samarbeid om fordypningsfag i videregående skole
- Se på muligheten av presentasjon av kommunenes pleie- og omsorgstjenester på ulike internettsteder som ungdom besøker.
- Drive utstrakt samarbeid med høyskolene i området (Østfold, Akershus, Oslo) om:
 1. Etablering av praksisplasser med høy kvalitet.
 2. Utviklingsarbeid innen de aktuelle tjenestene (forskning, publisering av artikler)

8.3.3 Omdømmebygging (intern/ekstern)

Omdømme må bygge på faktisk kvalitet. Leveres kvalitet, kan man profilere seg og heve fanen for det unike oppdraget arbeid i kommunen er. I tillegg må den ansatte oppleve tiltak/goder som positive faktorer.

8.3.3.1 Kvalitet

Større ressurser settes inn på kompetansetiltak og daglig læring på arbeidsplassen – arenaer for systematisk læring og utvikling/refleksjon.

Etikk fremmer god praksis, etisk bevissthet og evne til å håndtere vanskelige moralske dilemmaer. Dette er faglige ferdigheter som bidrar til å styrke kvaliteten i helse og sosial. En høy etisk bevissthet beskytter mot dårlig omdømme og gir yrkesstolthet.

En etikkprosess igangsettes med et langsiktig perspektiv og ulike metoder benyttes.

Mål:

En felles etikk- og verdistandard

8.3.3.2 Profilering.

Et godt omdømme forutsetter at man er synlig. Det er viktig å profilere gode resultater, fornøye brukere, og at ansatte og politikere profilerer disse verdiene.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	58	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Mål:

Skape et godt omdømme som springer ut av noe som er ekte – skape begeistring i organisasjonen som medarbeiderne formidler.

Hvordan:

Ett utspill pr. mnd i lokale media som forteller noe positivt om tjenesten eller ansatte.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	59	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

9. KILDER

9.1 Statlige dokumenter

1. Helselovene av 2001 (kommunehelsetjenesteloven inkl høringsforslag til lovendring - *verdighetsgarantien*, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven mm)
2. Lov om sosiale tjenester
3. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven), 1.1.2009
4. Lov om folketrygd
5. Psykisk helsevernloven
6. St.meld.nr.25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
7. Demensplan 2015, *Den gode dagen*, Helse- og omsorgsdepartementet.
8. Særtrykk av St. melding nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening
9. St.prp.nr.1 (2007-2008) kapittel 9:
10. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering
11. St. melding nr 21 (1998-99) Ansvar og meistring
12. St. melding 25 (1996-97) Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene
13. St. melding nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene
14. St. melding nr 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer
15. St. melding nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
16. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten m/veileder
17. Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001
18. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
19. Samhandlingsreformen (på høring 19.6.2009)
20. Rapport – Glemsk, men ikke glemt.
21. Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens

9.2 Kommunale dokumenter

1. Kommuneplan (2007-2019), *"miljø, mangfold og muligheter"*
2. Handlingsprogram for Ås kommune 2009-2012
3. Helse- og sosialetatens virksomhetsplan 2009
4. Plan for utearealet i Ås sentrum av 15.11.2007

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	60	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

5. Tverretattlig prosess: Individuelle planer og samarbeid om felles brukere
6. Prosessbeskrivelse: Pleie-, omsorg og rehabilitering
7. Prosess for ressursteam og behandling av saker for barn og voksne med sammensatte funksjonsvansker
8. Prosess for samarbeid mellom fastlegene, hjemmetjenester og institusjonstjenester
9. Prosessbeskrivelse for Hjelpemidler og servicetekniker
10. Retningslinjer for ansvarsgrupper
11. Plan for rehabilitering, vedtatt i kommunestyre 23.8.2000, K-sak 0043/00

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	61	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

10. Vedlegg: Vedtatt prosjektplan

HOVEDPROSJEKTPLAN

Prosjektnavn	Temaplan for helse og omsorg i Ås kommune 2009-2015
---------------------	--

Organisering	
- Hvem er oppdragsgiver?	Kommunestyret
- Hvem er oppdragstaker?	Rådmannen
- Hvem deltar i styringsgruppa?	Rådmannens ledergruppe
- Hvem er prosjektleder?	Helse og sosialsjef Marit R. Leinhardt
- Hvem deltar i prosjektgruppa? Delprosjektgrupper: 1. Barn og ungdom med behov for tilrettelagte tjenester, bolig og/eller arbeid 2. Habiliterings- og rehabiliteringstilbud 3. Omsorgstilbud til personer med demens 4. Omsorgstilbud i institusjon 5. Hjemmebasert tjenestetilbud 6. Rekrutteringsstrategi i HS	Unn Hegg Gry Mathisen Tove Husborn Ingeborg Siggerud Hovedtillitsvalgt for NSF: Anne Gro Abrahamsen Hovedtillitsvalgt for NFF: Karianne Naas Hovedtillitsvalgt for Fagforbundet: Eli Stokkebø 1. Arild Mork Skjeltorp delprosjektleder (Arbeidet er ferdigstilt, men må kvalitetssikres. Ansvar for kvalitetssikring: Marit Lillejordet) 2. Koordinerende fysioterapeut Ingeborg Woll – delprosjektleder 3. Fagkoordinator Anne Gro Abrahamsen – delprosjektleder 4. Enhetsleder PLO Unn Hegg – delprosjektleder 5. Avdelingsleder i hjemmetjenesten Ingeborg Siggerud – delprosjektleder 6. Eli Stokkebø – delprosjektleder
- Hvor mye tid forventes det at prosjektleder og prosjektmedarbeidere nedlegger av arbeidstid?	Prosjektleder/sekretær: 20 % i 8 måneder Hver prosjektmedarbeider: 5 % i 8 måneder
- Hvem er referansepersoner /-gruppe?	Hovedutvalg for helse og sosial er referansegruppe I tillegg er følgende viktige dialogpartnere: Eldrerådet Rådet for funksjonshemmede Ledergruppa i helse og sosial
Tidsramme for prosjektperioden	

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	62	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

- Planlagt startdato?	01.01.2009
- Planlagt sluttdato?	1.10.2009
Bakgrunn	
- Hvor er planarbeidet/prosjektet forankret?	Handlingsprogrammet 2009-2012
- Beskriv de viktigste grunnene for at planarbeidet/prosjektet skal gjennomføres?	<p>Hovedutfordringene (jfr kommuneplan) for framtidens omsorgstjeneste vil være nye brukergrupper med et større mangfold av helsemessige og sosiale behov og en økende andel eldre i befolkningen. Videre er det behov for styrket medisinsk oppfølging og en mer aktiviserende omsorg. Samtidig vil tilgang på arbeidskraft og frivillige omsorgsyttere ikke øke i takt med behovene.</p> <p>Ås kommune står overfor flere utfordringer i pleie- og omsorgstjenestene i årene fremover:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økning i antall eldre og derav personer med demens. • Økning av unge som trenger ett tilrettelagt bolig og tjenester • Økt krav om rehabilitering • Utfordringer ved å sikre tilstrekkelig kapasitet i tjenesteapparatet • Utfordringer ved å sikre kvalifisert personell • Utfordringer ved å gi tilstrekkelige tjenester til innbyggerne som ønsker å bo hjemme så lenge det er mulig • Utfordringer ved å sikre brukermedvirkning og avklare forventninger/krav fra brukerne/pårørende • Utfordringer ved å sikre at eldre personer har riktig ernæring • Utfordringer ved å sikre tilfredsstillende kvalitet jfr. st. meld. 28 (1999-2000) og st.meld. 45 (2002-2003).
Mål	
Hva vil resultatet av et vellykket prosjekt være etter at planarbeidet/ prosjektet er avsluttet?	<p>En helhetlig plan som gir anbefalinger og forslag til tiltak for å ha/gi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilstrekkelig kapasitet og tilfredsstillende kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i Ås • Sikre at kommunen har en helhetlig tiltakskjede • Gi brukere trygghet for at de får nødvendig rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester når de trenger det • Gi brukere mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig – brukermedvirkning og valgmuligheter i den daglige omsorgen • Fornøye brukere, pårørende og ansatte • Godt samspill mellom spesialisttjenestene, frivillige organisasjoner og pårørende mv. • Tilstrekkelig tilrettelagte boenheter med bemanning
- Hva skal prosjektet levere i prosjektperioden?	<p>En plan for helse- og omsorg for perioden 2009-2015 som danner grunnlag å kunne møte utfordringene på en hensiktsmessig måte. Planen skal forholde seg til befolkningsprognoser og nasjonale føringer, og skal kartlegge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartlegge og beskrive dagens situasjon. 2. Beskrive utfordringene fram mot 2015. 3. Gi anbefalinger om hvordan utfordringene kan møtes med grunnlag i en overordnet vurdering av de økonomiske- og organisatorisk konsekvensene.

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	63	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0

Rammebetingelser og avgrensning	
- Hva må vi lykkes med for at prosjektet/planarbeidet skal kunne realiseres?	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektleder og prosjektmedarbeiderne må få mulighet til å avsette tid til arbeid i prosjektet. Det samme gjelder for alle delprosjektene. • God administrativ- og politisk forankring, med en felles forståelse for utfordringene.
- Hva er det prosjektet ikke skal befatte seg med (avgrensning)?	<ul style="list-style-type: none"> • Detaljert økonomi • Større organisasjonsendringer • Forebyggende helse • Sosial og barnevern • Psykisk helse (psykiatri) for aldersgruppen 25-60 år.
Budsjett	
- Hva er prosjektets/planarbeidets totale budsjett?	Ingen avsatte prosjektmidler. Gjennomføres med de budsjettmidler som ligger i de involverte enhetene i etaten for 2009, og eventuelle tilskudd.
Milepælplan	
- Er det utarbeidet en milepælplan for prosjektet?	Utarbeides av prosjektgruppen og godkjennes av styringsgruppen
Litteratur	
<p>Statlige dokumenter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunehelseloven 2. Sosialtjenesteloven 3. Psykisk helsevernloven 4. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten m/veileder 5. Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. med tilhørende strategi dokumentet <u>Omsorgsplan 2015</u>. 6. Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring – mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk 7. Stortingsmelding 25 (1996-97) Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene 8. Stortingsmelding nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene 9. Stortingsmelding nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. 10. Delplan til omsorgsplan – Demensplan 2015 "Den gode Dagen" 11. Rapport – Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens 12. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) 13. Pasientrettighetsloven 14. Forskrift om habilitering og rehabilitering 15. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven <p>Kommunale dokumenter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommuneplanen 2. Handlingsprogrammet 2009-2012 3. Helse- og sosial etatens virksomhetsplan 2009 4. Prosesser og retningslinjer 	

Dok.id.	Side	av	Revisjon	Administrert av	Godkjent av	Versjon
G:	64	64		Marit R. Leinhardt	Kommunestyret	1.0