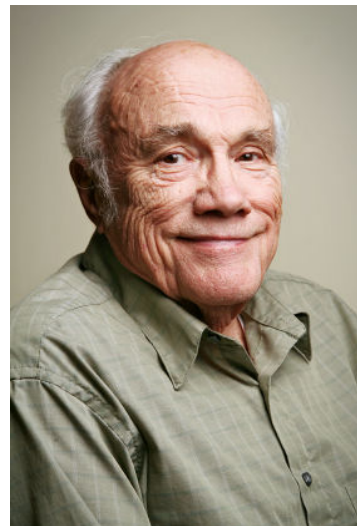




Pleie – og omsorgsplanen 2008 - 2025



Bistand, pleie og omsorg – der du er!

Vedtatt av Levanger
kommunestyret 25.06.08
– sak 52/08

1	INNLEDNING	3
2	ORGANISERING:	4
2.1	VISJONEN FOR PLEIE- OG OMSORGSDISTRIKTENE	4
2.2	INTEGRERTE TJENESTER ER I STOR GRAD GJENNOMFØRT:	5
2.3	SAMHANDLING INTERNT/MELLOM ENHETER/MED PRIVATE AKTØRER:	5
2.4	DAGENS TJENESTETILBUD	6
2.5	BRUKER- OG TJENESTEOVERSIKT	6
2.6	RESSURSFORBRUK I PLEIE OG OMSORG	7
2.7	FINANSIERINGSORDNINGER	8
2.8	KOMPETANSESAMMENSETNING PLEIE OG OMSORG PR. 01.10.07	9
3	DEMOGRAFISKE UTFORDRINGER	11
3.1	DEMOGRAFIUTVIKLINGEN I LEVANGER KOMMUNE:	11
3.2	DET FLERKULTURELLE LEVANGER	12
4	BRUKERUNDERSØKELSER	13
5	STATLIGE FØRINGER	15
5.1	SENTRALE LOVER OG FORSKRIFTER SOM ANGÅR TJENESTEN:	15
5.2	ANDRE STATLIGE STYRINGSdokumenter	17
5.3	HELSEFORETAKETS UTFORDRINGER	17
6	FRAMTIDAS OMSORGSBEHOV	18
6.1	OMSORGSBEHOVET FOR DEMENTE	18
6.2	KREFTBEHANDLING OG SMERTELINDING (ONKOLOGI/PALLIATIV BEHANDLING)	20
6.3	PSYKIATRI	22
6.4	ARBEID OG AKTIVISERING FOR MENNESKER MED BISTANDSBEHOV	26
6.5	REHABILITERING/HABILITERING	29
6.6	LEGETJENESTEN	33
6.7	INSTITUSJONSPASSER / OMSORGSBOLIG TYPE 3 (MED HELDØGNS BEMANNING)	37
6.8	RESSURSKREVENDE TJENESTER/BRUKERE	44
6.9	HJEMMETJENESTER	46
6.10	DAG/AKTIVITETSTILBUD	52
6.11	AVLASTNINGSTILTAK (SOSIALTJENESTELOVEN § 4-2 B)	54
6.12	STØTTEKONTAKT SOSIALTJENESTELOVEN § 4-2 C	54
6.13	PASS I INSTITUSJON UTENOM KOMMUNEN (SOSIALTJENESTELOVEN § 4-2 D)	55
6.14	OMSORGLØNN SOSIALTJENESTELOVEN § 4-2 E	55
6.15	INDIVIDUELL PLAN	56
6.16	KULTUR - FRIVILLIGE ORGANISASJONER-/ORGANISERT FRIVILLIGHET	58
7	KOMPETANSEBEHOV OG REKRUTTERING	60
7.1	KOMPETANSEBEHOV	61
7.2	REKRUTTERE OG BEHOLDE	61
7.3	ORGANISERING AV DE FRAMTIDIGE TILBUDENE	62

1 Innledning

Pleie- og omsorgsplan omhandler alle aldersgrupper fra 0 – 100+ som har behov for omsorgstjenester.

Pleie- og omsorgstjenestene i Levanger kommune og landet forøvrig har over år gjennomgått mange og store reformer, som i ettertid har ført til betydelige endringer og omstruktureringer.

Levanger kommune valgt å avvikling aldershjemmene og heller etablere omsorgsboliger. Noen av disse er utformet som bofellesskap eller bokollektiv. Dette sammen med et generelt ønske om å kunne bo i sin egen bolig så lenge som mulig, har ført til en betydelig økning i omfang av hjemmetjenester.

Bruken av sykehjemsplassene har også endret seg. Sykehjemmene mottar oftere enn før personer som tidligere ville vært på sykehus, og mange av plassene brukes til utrednings-/kortidsopphold med tanke på at brukeren skal tilbake til eget hjem eller annet varig botilbud etter oppholdet.

Den begrensede ressurstilgangen i kommunen har kontinuerlig stilt store krav til både ansatte og ledelse. De tildelte økonomiske rammene skal holdes, samtidig som det også skal være lovmessige og faglig forsvarlige tjenester som ytes.

Effektiviseringen har vært nødvendig, men den er tatt helt ut innenfor rammen av gjeldende lovverk, krav til kvalitet, dagens organisering, tilgjengelige hjelpemidler og teknologiske utvikling. Det må skje teknologiske eller medisinske nyvinninger av uvurdering betydning før at dagens bemanning ved pleie- og omsorg i Levanger skal kunne effektiviseres ytterligere i forhold til å påvirke omfanget på tjenesteytingen.

Mange eldre har god fysisk helse, de er aktive i lag og foreningsvirksomhet, de tar vare på egen helse, og mange er betydelige bidragsytere til et rikt og mangfoldig kulturliv i kommunen. Det er viktig å legge til rette for god aktivitet for denne gruppen, spesielt med tanke på forebygging av helsesvikt.

Våre nye landsmenn (det flerkulturelle Levanger) vil etter hvert utgjøre en større del av brukerne og av bemanningen i pleie og omsorg. Dette vil kreve ny kunnskap hos ledelse og ansatte.

Kapasiteten og tilgjengeligheten av plasser med heldøgns bemanning (institusjon eller omsorgsbolig type 3), kvalitet, og kompetanse (bemanning og rekruttering) er 3 svært viktige hovedpunkter i planen. Forslag til tiltak i planer på disse 3 hovedområdene, er å betrakte som hovedprinsippene i planen, jfr. innstilling med forslag til vedtak pkt. 1.

Tilfeldig telledato den. 01.10.07 viste et overbelegg på 9 plasser.

Gjennomsnittsbelegget i prosent i 2006 på de fire institusjonene i kommunen var på mellom 98% og 116%. 3 av 4 gikk med et gjennomsnittlig overbelegg (dvs. over 100%).

Barnekullene i skolepliktig alder viser en nedgang fram mot 2012-2013, mens aldergruppene over 60 år øker betydelig.

Stortingsmelding 25 peker på at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår er personer under 67 år.

Det er grunn til å forutsette at endringene innen spesialisthelsetjenesten fortsetter, at liggetiden på sykehuset fortsetter å gå ned, at stadig flere vil bli behandlet poliklinisk, og

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

Ikke minst at mange flere pasienter etter hvert også vil få sin behandling i egen heim-/omsorgsbolig eller ved en av institusjonene i kommunen. Vi må også forberede oss på og ta et langt større ansvar for egne pasienter som har behov for rehabilitering og habilitering enn vi i dag gjør.

Allerede i dag mottar mange brukere omfattende og sammensatte tjenester i egen heim, og mye tyder på at dette vil øke. Mange flere får diagnosen demens og vil ha behov for tilrettelagte tjenester, og behovet som mange har for bistand til å takle en vanskelig hverdag øker. Vi mangler et godt nok tilrettelagt dagtilbud for demente.

Stortingsmelding 25 benytter begrepet aktiv omsorg. Bakgrunnen for dette er at en rekke undersøkelser har konkludert med at innenfor de sosiale og kulturelle områder er tjenestene for svake. Regjeringen legger stor vekt på sosialtjenesteloven sitt hovedformål som skal sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Utviklingen vil føre til store og nye utfordringer. Det vil bli behov for mange flere ansatte, noe som igjen vil gi oss store utfordringer i arbeide med å rekruttere, og det gir oss også store faglige utfordringer ved at det stilles større krav til kompetanse for å gi tjenester med en høyere grad av spesialisering. Ut fra en framskriving av den demografisk utviklingen i Levanger kommune, så må kapasiteten på de aller fleste tjenestene økes.

Samtidig må kvaliteten på tjenestene bedres, den interne samhandlingen om prioritering og tjenesteyting uavhengig av kompetanse og organisatorisk plassering må bli bedre.

Noen stikkord for omsorgsutfordringene fremover er;
Nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere (kompetente ansatte), medisinsk oppfølging og aktiv omsorg, spesialisering. I tillegg vil det være en stor økonomisk utfordring å møte disse endringene av behov.

2 Organisering:

Pleie og omsorgstjenesten i Levanger kommune er organisert i de fire resultatenheter. Staupshaugen verksted og Distrikt Sør, Distrikt Sentrum-Ytterøy og Distrikt Nettet-Frol.

2.1 Visjonen for pleie- og omsorgsdistriktene

”bistand, pleie og omsorg – der du er”

Dette betyr et sterkt ønske om å kunne gi tilpassede tjenester som sikrer trygghet, trivsel og gode opplevelser for alle tjenestemottakerne, og innbyggerne forøvrig i kommunen.

Tjenestene etableres på grunnlag av en søknad og et enkeltvedtak. Søknaden (muntlig/skriftlig) mottas og saksbehandler blir oppnevnt. I forbindelse med at saken utredes vil saksbehandler benytte det nasjonale kartleggingsverktøyet IPLOS.

Søknader om opphold i sykehjem og omsorgsbolig m.v. blir behandlet på felles inntaksmøte for alle distriktene (som ble etablert fra mars 2008). Søknader om tjenester koordineres. Hovedmålet er å tildele tjenesten i det område søker har tilhørighet, men å gi et tilbud og sikre effektiv utnyttelse av kapasitet er overordnet geografi.

Pleie- og omsorgstjenesten yter tjenester med hjemmel i Lov om sosiale tjenester, Lov om helsetjenester i kommunene og Lov om pasientrettigheter.

Formålet i lovene er å bidra til å fremme sosial trygghet, bidra til den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha et meningsfylt liv i fellesskap med andre. Videre gis innbyggerne rett til nødvendig helsehjelp. Det legges til rette for at tjenestemottaker eventuelt også sammen med pårørende, kan være med å påvirke utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet.

Alle enhetene-/distriktene gir i hovedsak de samme tjenestene, men enkelte tjenester er distriktsovergrepene og administreres fra en av enhetene.

Detter gjelder:

Omsorgslønn, avlastning i avlastningsbolig for barn og ungdom, støttekontakt og nattpatrolje.

Andre tjenester kan være felles for to enheter-/distrikt som for eksempel dagtilbud og kjøkken som er en del av Distrikt Sentrum-Ytterøy, men som også betjener Distrikt Nettet-Frol.

Alle distriktene har institusjonsplasser, omsorgsboliger, bofellesskap og bokollektiv med heldøgns pleie og omsorg. Etter som antall institusjonsplasser (til sammen 97 plasser) og omsorgsboliger (til sammen 233 leiligheter) er ulikt fordelt i distriktene.

Hovedregel for tildeling av institusjonsplass er at det først tildeles korttidsplass. Dette er faglig nødvendig for å utrede videre tjenestetilbud. Det er ingen øremerkede plasser i institusjon for utføring av rehabiliteringstjenester. Det er et mål at brukerne skal få tjenester som gjør det mulig og bo i egen heim lengst mulig.

Levanger kommune kjøper i dag noen tjenester fra private tilbydere, men dette er i meget begrenset omfang.

2.2 Integrerte tjenester er i stor grad gjennomført:

Med integrerte tjenester, så menes at ansatte som har en hovedarbeidsplass i hjemmetjenesten-/bofellesskap eller på institusjon, må påregne og yte tjenester innenfor flere arbeidslag-/grupper både på institusjon og i hjemmetjenesten. Dette for å utnytte ressursene og kompetansen best mulig.

2.3 Samhandling internt/mellom enheter/med private aktører:

Pleie og omsorg gir tjenester til alle innbyggere i kommunen uavhengig av alder.

Mange brukere har også omfattende tjenester fra andre enheter enn pleie og omsorg (spesielt helse-rehab). Det kreves bedre rutiner og samhandling for å gi disse brukerne best mulig oppfølging. Fokus på bedre samhandling er satt i arbeid internt.

Det er et omfattende samarbeid med mange frivillige lag, foreninger og enkeltpersoner i dagens organisering.

Samarbeidet dreier seg om kulturelle tiltak, men det er også samarbeid om praktiske oppgaver. Enkelte samarbeidspartnere har bidratt i mange år, mens andre har startet ganske nylig.

Gode eksempler på samarbeid er privatpersoner-/pensjonister som bringer mat, små vennegrupper som har faste sangkvelder på institusjonene, enkeltpersoner som kommer innom og spiller, synger, leser, prater eller går turer med brukere.

Samarbeidsutvalgene er også gode eksempler på det nære forholdet mellom lag, foreninger, nærmiljø og det offentlige hjelpeapparatet.

Når Stortingsmelding 25 nå understreker retten til en meningsfylt hverdag må dette samarbeide både videreføres og videreutvikles.

2.4 Dagens tjenestetilbud

Tabell 1 (som er vedlagt saken) viser en samlet oversikt over dagens tjenester i pleie- og omsorg i Levanger. Tabellen viser lokalisering av tilbudene, hvem de forskjellige aktører og brukergrupper er, og den gir også en oversikt over de ulike finansieringsordningene. I tillegg sier den noe om den bemanning og kompetanse som preger dagens pleie- og omsorgstjeneste. Det er også oversikt over hvilken lov som styrer den aktuelle tjenesten.

2.5 Bruker- og tjenesteoversikt

Tabell 2 gir en samlet oversikt over antall brukere, tjenesten og tjenesteomfanget pr.01.07.07. Opplysningene er hentet ut fra IPLOS-registrering som legges inn når vedtak fattes. Enkelte tjenester registreres med antall timer pr. uke. Tabellen viser at det er til dels store forskjeller på timeforbruk og antall brukere på enkelte av tjenestene. Hovedårsaken til dette er de store forskjellene på antall institusjonsplasser og omsorgsboliger gruppe 3 i distriktene.

Tjeneste	Bruker Distrikt sør	Timer pr.uke pr. tjeneste DS	Brukere Nettet/ Frol	Timer pr.uke pr. tjeneste Nettet/ Frol	Bruker Sentrum/ Ytterøy	Timer pr.uke pr. tjeneste Sentrum/ Ytterøy	Samlet antall brukere/t pr.uke
Langtidsopphold	46		11		8		67
Korttidsopphold utredning	1		0		0		2
Korttidsopphold avlastning	4		2		1		8
Korttidsopphold annet	7		11		1		29
Samlet inst.opphold							
Hjemmehjelp	64	43	138	280	66	49	261/370
Hjemmesykepleie	138	450	207	710	89	514	425/1631
Miljøarbeider	18	221	74	1166	5	93	93/1308
Brukerstyrt pers.ass (BPA)	9	288	11	259	0	0	20/534
Omsorgslønn	17	104	18	122	1	3	35/214
Dagtilbud	28	100	27	272	18	294	75/655
Trygghetsalarm	115		147		56		314
Matombringning	90		12		22		

Tjeneste	Bruker Distrikt sør	Timer pr.uke pr. tjeneste DS	Brukere Nettet/ Frol	Timer pr.uke pr. tjeneste Nettet/ Frol	Bruker Sentrum/ Ytterøy	Timer pr.uke pr. tjeneste Sentrum/ Ytterøy	Samlet antall brukere/t pr.uke
Avlastning avlastningsbolig	13		21		2	Besøksfamilie	
Sysselsetting/aktivisering	11		29		4		
Støttekontakt	19		31	78	4	10	
Psykiatrisk sykepleie	0		10	5	3	1,5	

2.6 Ressursforbruk i pleie og omsorg Tabell 3 (Kostra-tall for 2006)

	1719 Levanger 2006	1721 Verdal 2006	1702 Steinkjer 2006	1714 Stjørdal 2006	1663 Malvik 2006	1638 Orkdal 2006	AKUO Gj.snitt landet utenom Oslo 2006	1719 Levanger 2005
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter	33,5	33,5	34,6	31,4	27,9	33,1	35	31,5
Fordeling av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester - Kjernetjenester overfor hjemmeboende brukere (funksjon 254)	59	47	60	65	48	47	47	59
Fordeling av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester - Institusjoner (funksjonene 253 + 261)	36	50	38	30	43	52	48	36
Fordeling av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester - Aktivisering, støttetjenester (funksjon 234)	5	2	2	5	9	2	5	5
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	76	82	81	78	72	75	71	82
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	48	48	46	46	41	57	43	..
Andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år	44,6	42,5	23,2	33,1	45,6	55,2	32,3	41,9
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+	24	26	37	32	37	26	27	..
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	12,3	17,9	13,4	8,9	20,4	23,1	18,6	12,3

Diverse regnskapstall pleie og omsorg for årene 2005 – 2006 – og pr. 30.06.07

Tabell 4:

Kompensasjonstillegg til omsorgsboliger og sykehjem				3 548 496					
Diverse inntekter/egenandeler									
Hjemmehjelp + trygghetsalarmer				1 298 000					
Vederlagsbet. Langtids + korttids				8 678 000					
Egenandel aktivisering m/LBAS				647 000					
Avgiftfrie salgsinntekter (matsalg)				6 967 600					
Husleie Breidablikktunet				3 037 300					
	Regnskap 2005			Regnskap 2006			Regnskap pr.30.06.07		
	Regnskap	Budsjett	%	Regnskap	Budsjett	%	Regnskap	Budsjett	%
Samlet Distrikt nord og distrikt sør	134.361.844	129.157.089	104	141.025.033	142.401.444	99			
Distrikt Nord	88.307.933	83.636.957		92.684.485	92.738.825				
Distrikt Sør	46.053.910	45.520.132		48.340.548	49.662.619				
Samlet alle 3 distrikt							66.549.012	153.758.423	43
Distrikt Nesset - Frol							27.716.846	62.291.302	
Distrikt Sentrum - Ytterøy							16.078.194	38.892.229	
Distrikt sør							22.835.682	52.576.692	
Psykiatrimidler (samlet)				10 738 800	9 311 000			11 193 000	
Distrikt Nord				940 300	790 000				
Distrikt Sør				420 000	812 000			1 075 000	
Distrikt Nesset - Frol								1 090 000	
BPA (brukerstyrt personlig ass)	4 637 000			5 671 870					
Omsorgslønn	763 000			761 000				830 000	
Dagtilbud LBAS				983 000			352 583	979 697	
Dagtilbud Distrikt Sør									
Diverse tilskuddsordninger									
BPA (brukerstyrt personlig ass) stimuleringstilskudd	400 000			800 000				600 000	
Refusjon ressurskrevende tjenester Har tidligere fått ca. 40% refusjon av netto driftsutgifter. Fra 2008 er prognosen 85% av ressurser over kr. 800.000 pr bruker. Dette betyr en økning.				2 183 000				2 433 000	
Kompensasjonstillegg til omsorgsboliger og sykehjem				3 548 496					
Diverse inntekter/egenandeler									
Hjemmehjelp + trygghetsalarmer				1 298 000					
Vederlagsbet. Langtids + korttids				8 678 000					
Egenandel aktivisering m/LBAS				647 000					
Avgiftfrie salgsinntekter (matsalg)				6 967 600					
Husleie Breidablikktunet				3 037 300					

2.7 Finansieringsordninger**Egenandeler:**

Sentrale rundskriv regulerer kommunen sin adgang til å kreve egenandel for behovsprøvde hjemmetjenester. Myndighetene fastsatte for 2007 en maksimal sats på kr.150,- pr. mnd for husstander med nettoinntekt inntil 2G (kr.125.784,- pr. 2007). Husstander som har høyere nettoinntekt vil måtte betale en høyere egenandel, hvor disse egenandelene fastsettes av kommunestyret i Levanger. Tjenester som det er hjemmel for å kreve egenandel for, er de tjenester som er beskrevet i sosialtjenesteloven § 4-2a om praktisk bistand. En har i Levanger kommune beregnet egenandel i forhold til tjenester som ofte blir betegnet som

hjemmehjelpstjenester. Eksempel på dette er vask av tøy, alminnelig rengjøring samt tilberedning av måltider. Videre vil en fra 01.01.08 innlemme tjenestene trykghetsalarm og matombringning som praktisk bistand.

Oversikt over inntektsprognose for enkelte tjenester

Tabell 5

Tjeneste	Finansiering	Sum pr. 30.06.07	Prognose 2007
Langtidsopphold: Opphold, kost, fri lege, medisiner, fri transport Minstepensjonist: (under 2G) (uten tilleggsinnt.) Mest betalende 2007	Vederlag Vederlag	Kr.7.555,- /mnd Kr. 20.460,-/mnd	8. 210. 000,-
Samlet aktivisering/dagtilbud	Egenandel		590. 000,-
Samlet avgiftsfrie salgsinntekter	Salg av mat		6. 800. 000,-
Samlet egenand. hjemmetjenester	Egenandel		1. 720. 000,-

2.8 Kompetansesammensetning pleie og omsorg pr. 01.10.07

Tabell 6-1

Kompetanse	Distrikt sør					Distrikt Nettet-Frol					Distrikt Sentrum-Ytterøy				
	<40 %	40-75%	>75 %	Ant	Årsv.	<40 %	40-75%	>75%	Ant	Årsv.	<40 %	40-75%	>75 %	Ant	Årsv
Sykepleiere		40	6	46	30,12	1	9	18	28	23,05	3	10	5	18	10,82
Hjelpepleiere	16	41	7	64	35,49	20	30	19	69	39,8	8	22	5	35	18,24
Omsorgsarb.	1	6	0	7	3,48	2	2	4	8	5,3	1	2	2	5	3,38
Renholdere		1		1	0,50										
Aktivitører		2(*1)		2	0,50						0	3		3	1,67
Ass/Arb.terap											1			1	0,20
Ergoterapeut															
Fysioterapeut															
Miljøterapeut		4	2	6	2,51	1	4	5	10	8	1	3	4	8	5,9
Miljøarbeider	5	9	2	16	7,33	23	10	11	44	13,7	18	17	5	43	17,08
Kokk		1	1	2	1,45							3	3	6	4,63
Kjøkkenass	6	1	2	9	2,86						6	4	1	11	4,27
Kjøkkensjef			2	2	2								1	1	1
Ass.i pleie	1	6		7	2,65	1	4		5	1,70	0	3		3	1,74
Hjemmehjelp	1	3	1	5	4,08		2	1	3	1,75		3	1	4	2,53
Avd.ledere			3	3	3			4	4	4			3	3	3
Enhetsleder			1	1	1			1	1	1			1	1	1
Lærlinger			4	4	4								1	1	1
Vaskeriass		2		2	1		2		2	1					
Merkantil		2	1	3	2,45	1	1	1	3	2,1	2	2	1	4	2,12
Saksbehandl							3		3	1,5		1	2	3	2,4
BPA	11	10		21	8,55	15 ?	8 ?		23	7,2					
Tilsynslege	2			2	0,31	1			1	0,22	1				0,16
Sum	43	128	32	203	113	65	75	64	204	110,3	41	73	35	149	81,14

Tabell 6-1 gir en oversikt over antall ansatte, og fordelingen av kompetanse i pleie- og omsorg. Den gir også en oversikt over antall personer i de ulike fagområdene og ikke minst en oversikt over antall ansatte i ulike deltidsstillinger. Den gir også en oversikt over årsverk i hvert distrikt.

Det er viktig og merke seg at oversikten ikke viser fordelingen av personell og kompetanse på distriktsovergrepene tjenester.

Distrikt sør:

Nattpatruljen som dekker hele kommunen bortsett fra Ytterøy med ca.3,2 årsverk sykepleier (6 personer) og 1,7 årsverk hjelpepleier (3 personer) samt budsjettsansvar for Omsorgslønn

Distrikt Sentrum -Ytterøy:

Avlastningsboligen som dekker hele kommunen med miljøterapeuter og miljøarbeidere til sammen 11,42 årsverk (22 personer) samt budsjettsvar for støttekontakttjenesten.

Distrikt Sentrum/Ytterøy:

Dekker Sentrum - Ytterøy og Nesset - Frol med kjøkkensjef, kokk og kjøkkenassistenter med 9,9 årsverk (18 personer) og dagtilbud/aktivisering med aktivitør, hjelpepleier og assistent til sammen 2,47 årsverk (5 personer)

Spesialkompetanse pr. 01.10.07: Tabell 6-2

	Distrikt sør	Distrikt Nesset - Frol	Distrikt Sentrum - Ytterøy
Spesialkompetanse sykepleie	1 Diabetes 1 Demens 1 Onkologi (kreftsykepleie) 2 Veiledningspedagogikk	1 Rehabilitering 1 Geriatri/psykiatri 1 Helsesøster 1 Onkologi 2 Palliasjon 1 Helserett 1 Psykiatri 1 Veiledningspedagogikk Jordmor <u>Enhetsleder:</u> Ledelse i helse og sosialsektoren 20 vekttall Arbeids- og org psykologi 10 vekttall <u>Avd.ledere:</u> Psykiatri Økonomi og adm. Helse og sosialrett, 1 arbeidslivsrett 2 .Praktisk pedagogisk	1 Geriatri Veiledningped. 3 vekttall <u>Enhetsleder:</u> 1.Praktisk pedagogisk utviklingsarbeid 20 vekttall 1.Ledelse og personalarbeid 20 vekttall
Sykepleiere under utdanning	3 Eldreomsorg 1 Onkologi		2. Kommunal adm. og ledelse
Spesialkompetanse Hjelpepleiere	1 Kultur og helse (5vektall) 5 Eldreomsorg 2 Psykisk helse 3 Syn/hørsel	1 Psykiatri/geriatri 4 Habilitering/rehabilitering 3 Psykiatri 1 Geriatri	1 Geriatri 2 Psykiatri 1 Vernepleiehjelpepleie 3 Syn og hørselskontakter
Hjelpepleiere under utdanning	1 Onkologi 1 Psykisk helse		
Spesialkompetanse Miljøterapeut	1 Veiledningspedagogikk		1 Rus og avhengighets problematikk 20 vekttall 1 rehabilitering 1.personal ledelse. Offentlig arbeidsrett 20 vekttall

Som det går fram av tabell 6-2, så er spesialkompetansen ulikt fordelt mellom enhetene. Dette skyldes nok flere forhold, men hovedårsaken er nok at det over år ikke har vært en egen kompetanseplan for helseområdet. Det ble derfor utarbeidet egen opplæringsplan for felles helse høsten 2007, og som ble vedtatt i Levanger administrasjonsutvalg desember 2007.

Skal en kunne møte forventninger og krav i årene som kommer, så må kompetanseutviklingen få en langt større plass i pleie- og omsorg. Rekruttering er også knyttet til kompetanse.

Det pågår et systematisk arbeid med å redusere uønsket deltid. Dette i tråd med kommunestyrets vedtak og avsatte ressurser i budsjettet. Det ligger et rekrutteringspotensial i å øke stillingsprosentene, men dette vil i liten grad løse utfordringene da mange som går uønsket deltid i dag tar vakter ved fravær og sykdom i tillegg.

Kompetanseoversikt Staupshaugen verksted

Tabell 6-3

KOMPETANSE STAUPSHAUGEN VERKSTED	40-75%	OVER 75%
SYKEPLEIER		
HJELPEPLEIER	1	4
OMSORGSARBEIDER		
RENHOLDER		
AKTIVITØR		1
ERGOTERAPEUT		
FYSIOTERAPEUT		
MILJØTERAPEUT/VERNEPL		1
MILJØTERAPEUT/ANNEN UTD.		3
MILØARBEIDER		2
ENHETSLEDER		1
SJÅFØR		2
PEDAGOG		1

3 Demografiske utfordringer

3.1 Demografiutviklingen i Levanger kommune:

(Prognose fra SSB)

Tabell 7

	2005	2010	2015	2020	2025
0-9 år	2391	2348	2367	2445	2505
10-19 år	2720	2691	2566	2518	2541
20-29 år	2127	2330	2520	2521	2421
30-39 år	2428	2179	2156	2295	2462
40-49 år	2489	2617	2564	2327	2300
50-59 år	2358	2435	2484	2647	2610
60-69 år	1591	2011	2258	2334	2405
70-79 år	1139	1141	1368	1730	1959
80-89 år	665	667	659	685	859
90 år og eldre	93	125	141	149	152
total	18001	18544	19083	19651	20214

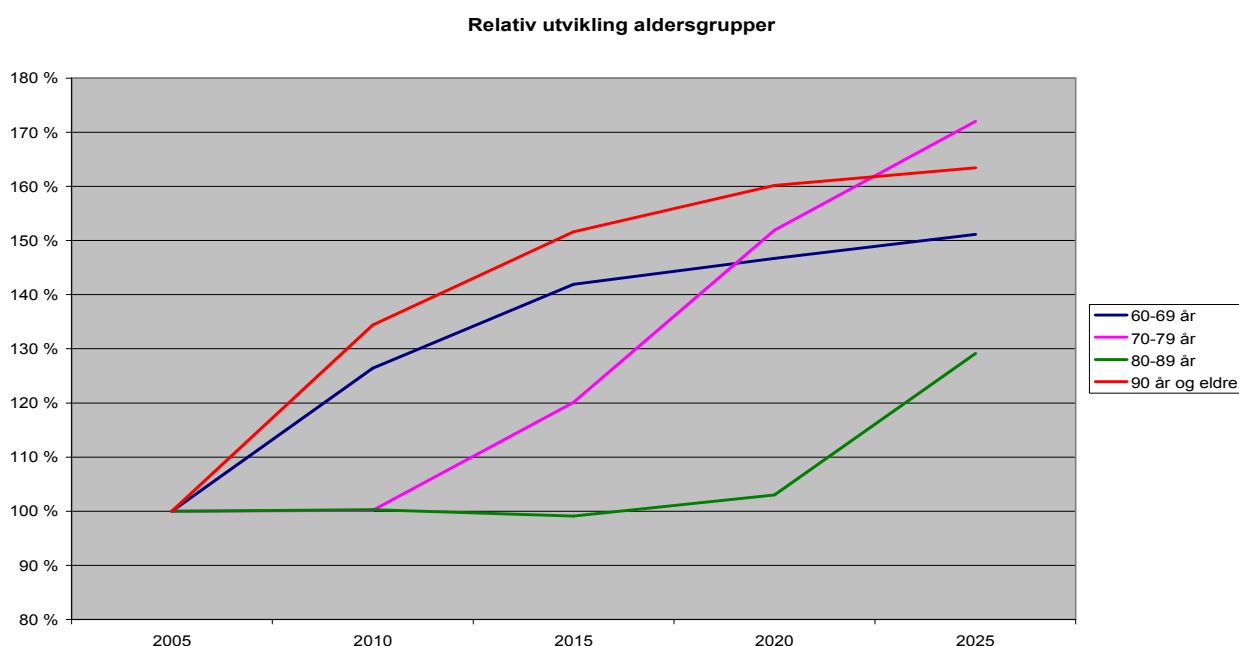
(Antall 90 + var lavere enn antatt i 2005, noe som gjør økningen relativt større).

Med å legge til grunn året 2005 som basisår (dvs å gi året 2005 verdien 100 for hver aldersgruppe), så får en denne utviklingen mot 2025:

Tabell 8

	2005	2010	2015	2020	2025
0-9 år	100 %	98 %	99 %	102 %	105 %
10-19 år	100 %	99 %	94 %	93 %	93 %
20-29 år	100 %	110 %	118 %	119 %	114 %
30-39 år	100 %	90 %	89 %	95 %	101 %
40-49 år	100 %	105 %	103 %	93 %	92 %
50-59 år	100 %	103 %	105 %	112 %	111 %
60-69 år	100 %	126 %	142 %	147 %	151 %
70-79 år	100 %	100 %	120 %	152 %	172 %
80-89 år	100 %	100 %	99 %	103 %	129 %
90 år og eldre	100 %	134 %	152 %	160 %	163 %
total	100 %	103 %	106 %	109 %	112 %

Utviklingstrekk for aldersgruppene over 60 år:



Prognosen viser en stor økning i aldersgruppene 67 – 79 år og 90 år + fram til 2015, og også for aldergruppen 70-79 år fram til 2020. Det blir en krevende oppgave å følge opp behovet for riktige tjenester, kapasitet, kvalitet og kompetanse. Å takle økningen i behovet for tjenester etter år 2020 vil for Levanger kommune representere den største utfordringen.

3.2 Det flerkulturelle Levanger

Det er grunn til å forvente at det blir flere personer med innvandrerbakgrunn i Levanger, og at disse som alle andre får behov for tjenester fra pleie og omsorg. Det blir viktig å rekruttere ansatte med forskjellig etnisk bakgrunn (noe vi bør ha gode muligheter til i Levanger).

Ansattes kunnskap om deres religion, kulturelle tradisjoner, og annerledesheten i forhold til norske ”koder” og tradisjoner blir viktig for å unngå uheldige misforståelser.

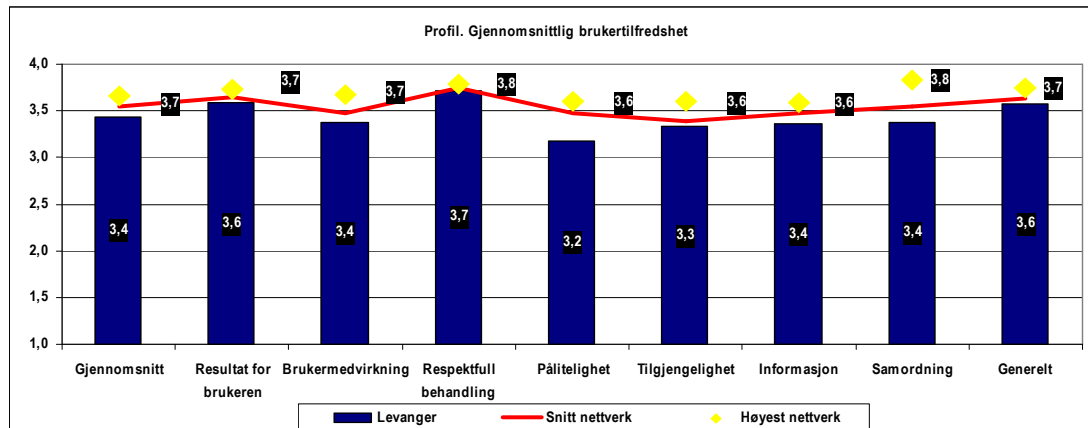
Kulturforskjeller er så mye, og det handler om alt fra mat og høytidsdager til møblering på sykehjem og ritualer ved slutten av livet. Det blir spesielt viktig å samarbeide godt med pårørende og venner, og ikke minst gi dem mulighet til å bidra.

4 Brukerundersøkelser

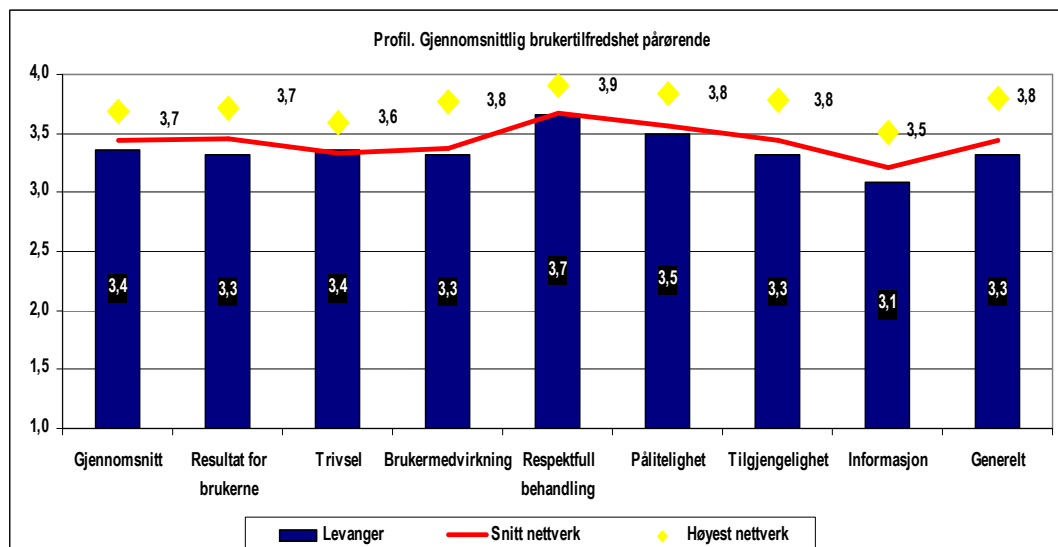
Levanger kommune er med i et effektiviseringsnettverk i KS sammen med Steinkjer, Verdal, Stjørdal, Namsos og Orkdal kommuner. Som et ledd i dette arbeidet er det kjørt brukerundersøkelser i 2004, 2006 og 2008 for pleie og omsorg.

Resultatene for 2004 og 2006 kan i kortform vises slik:

Hjemmetjeneste



Pårørende institusjon



De blå søylene er Levanger, den røde streken snittet i nettverket, og den gule prikken er den høyeste kommunen i nettverket.

En ser lett at Levanger ligger litt under snitt for de fleste parametrene. Spesielt informasjon, pålitelighet i hjemmetjenesten, og resultat for brukerne som inneholder bla. aktivitetstilbudet er merkbart under snitt.

Samtidig er skalaen 1-4, og snittet er for alle parametre over 3.

Konklusjonen må være at det stort sett er akseptable tilbakemeldinger på brukerundersøkelsene i Levanger, men at andre kommuner ligger over oss på noen vesentlige målepunkter. På spørsmål som går på brukermedvirkning, så skårer vi dessverre alt for lavt.

Svarene er med og forsterker behovene for brukermedvirkning og aktivisering som spesielt fremheves i Storingsmelding nr. 25.

På nesten alle svarene er bruker litt mer fornøyd enn pårørende, men forskjellene er ikke så store at det virker usannsynlig.

Brukerundersøkelsen for 2008 - resultater:

Hjemmetjenesten				
Antall	168	84	49	35
	Alle	Neset Frol	DS	Sentrum/ Ytterøy
Tjenesten har god nok kvalitet	3,2	3,3	3,2	3,3
Tj gir deg en bedre hverdag, slik at du kan bo hjemme	3,3	3,2	3,1	3,5
Gir deg den hjelpen du har behov for	3,1	3,1	3,1	3,3
Hvor stor grad- har omsorg for deg	3,3	3,3	3,3	3,5
Hvor stor grad hører på deg hvis du har noe å klage på	3,2	3,1	3,2	3,3
Får du bestemme				
Når du skal motta hjelp?	2,8	2,9	2,6	3,1
Hvilken hjelp du skal ha?	3,0	2,9	3,0	3,1
Har du IP	23 %	26 %	20 %	17 %
Utarbeidet i samarbeid med deg	2,9	3,0	2,6	3,0
Hvor fornøyd er du med:				
Behandler deg med høflighet og respekt	3,6	3,6	3,5	3,6
Overholder taushetsplikten	3,6	3,5	3,8	3,8
Kommer til avtalt tid	3,0	2,9	3,1	2,9
Gir beskjed ved forsinkelser	2,5	2,4	2,5	2,5
Fornøyd med antall timer du får hjelp	3,1	3,1	3,0	3,1
Fornøyd mulighet til hjelp utover avtalt	2,8	2,8	2,7	3,0
Muligheten til å få kontakt pr tlf	3,3	3,2	3,3	3,5
Informasjon om hva tjenesten kan tilby deg	2,9	2,7	3,0	3,0
Informasjon om hva personalet skal gjøre?	2,9	2,8	3,0	3,0
Hvor flinke personalet er til å snakke klart og tydelig?	3,4	3,4	3,4	3,3
Alt i alt, hvor fornøyd er du med tjenesten	3,3	3,3	3,2	3,4

Brukerundersøkelsen for året 2008 for hjemmebasert omsorg, viser at det er en meget liten forskjell samlet sett på tilbakemeldingen fra brukerne uavhengig av distrikt, men det er noen forskjeller på tilbakemeldingen på enkelte delspørsmål avhengig av distriktene. (En sammenligning mot Verdal kommune for 2008, viser at Verdal ligger litt over på så nesten alle måleparametre).

5 Statlige føringer

Kommunalt ansvar for å gi tjenester (Stortingsmeld. 45 – 2002-2003).

Det er hevet over enhver tvil at det er kommunen som har ansvaret for utbygging, utforming, og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til hver enkelt innbygger som trenger pleie- og omsorg, i tråd med de reglene som er gitt gjennom lov og forskrifter. Kommunen har ansvar for å utforme skriftlige kvalitetsprosedyrer som skal sikre at grunnleggende behov blir dekt. Det forventes og forutsettes en god saksbehandling og klare enkeltvedtak med reell mulighet til å klage. Det forventes at lokale kvalitetskrav blir gjenstand for politisk diskusjon og behandling.

Stortingsmelding nr 25 (2005 – 2006)

St.meld.25 (2005-2006) ”Mestring – Muligheter og Mening” utfordrer kommunene til å planlegge framtidens pleie- og omsorgstjenester på en langt mer helhetlig måte enn tidligere.

I denne meldingen er det hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og framtidens omsorgsutfordringer som står i fokus.

Meldingen gir en oversikt over de framtidige hovedutfordringene og fastlegger både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. Den aktive omsorgen skal ha langt større fokus.

Framtidens utfordringer på omsorgsområdet framstår som en av kommunesektorens aller viktigste planleggingsoppgaver, og berører de fleste sider av morgendagens lokalsamfunn.

Regjeringen understreker betydningen av at denne planleggingen skjer som en del av det helhetlige kommuneplanarbeidet. Partnerskap med familie, lokalsamfunn og det frivillige må få større fokus.

5.1 Sentrale lover og forskrifter som angår tjenesten:

- [Forskrift individuell plan.doc](#)
- [Forskrift om pasientjournal.doc](#)
- [Forskrift om vederlag for opphold på institusjon.doc](#)
- Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg
- [Forskrift rehabilitering.doc](#)
- [Helsepersonelloven.doc](#)
- [Internkontrollforskriften.doc](#)
- [Kommunehelsetjenesteloven.doc](#)
- [Kvalitetsforskriften for PO.doc](#)
- [Pasientrettighetsloven.doc](#)
- [Samling av lover og forskrifter.doc](#)
- [Arbeidsmiljøloven](#)
- [Lov om sosiale tjenester](#)
- Lov om behandling av personopplysninger
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger
- Forvaltningsloven
- Arkivloven

De viktigste bestemmelsene i sentrale enkeltlover for tjenestene, er:

(Lov om sosiale tjenester)

<p>Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til den som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. (hjemmehjelp, miljøarbeider, assistent, trygghetsalarm, matombringning)</p> <p><i>Formålet er først og fremst å yte alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, herunder f.eks. innkjøp av varer, snømåking vedhugging m.v. Videre omfatter bestemmelsen hjelp til egenomsorg og personlig stell.</i></p> <p><i>Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål og skiller seg fra opplæring som hører under skolemyndighetene. Praktisk hjelp og opplæring vil ofte kunne kombineres.</i></p>	§ 4-2 a
<p>Avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.</p> <p><i>Bestemmelsen gjelder både frivillige omsorgsyttere og foreldre med omsorgsplikt. Avlastning skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner og bevare sosiale nettverk. Avlastning skal kunne pårørende nødvendig og regelmessig ferie og fritid. Avlastning erstatter ikke , men ytes i tillegg til tjenester til den omsorgstrengende.</i></p> <p><i>Avlastningstiltak vil kunne være organisert som avlastningsopphold i institusjon, besøksfamilie samt avlastning i eget hjem eller en kombinasjon av disse ordningene.</i></p>	§ 4-2 b
<p>Støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer.</p> <p><i>Støttekontaktens viktigste rolle er som regel å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid. Oppgavene vil kunne innebære sosialt samvær og å følge vedkommende til ulike fritidsaktiviteter. Tyngdepunktet i rollen som støttekontakt skal ligge på kontakt og støtte på tjenestemottakers premisser og etter dennes ønske.</i></p>	§ 4-2 c
<p>Plass i institusjon til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.</p> <p><i>Bestemmelsen gjelder sosialtjenesten sitt ansvar i forhold til å søke plass i fylkeskommunale institusjoner innen rusomsorgen for dem som trenger denne form for hjelp.</i></p>	§ 4-2 d
<p>Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid (Omsorgslønn).</p> <p><i>Bestemmelsen gjelder alle som har særlig tyngende omsorgsarbeid også foreldre med mindreårige barn som foreldrene har omsorgsplikt overfor. Omsorgslønn er en ordning som skal legge tilrette for privat omsorgsarbeid fra pårørende og andre når dette blir regnet som det beste for tjenestemottaker. Omsorgslønn er en tjeneste en ikke vil kunne ha rettskrav på slik som andre sosiale tjenester er det noe større rom for kommunalt skjønn når det angår omsorgslønn enn andre tjenester.</i></p>	§ 4-2 e

(Lov om helsetjeneste i kommunene):

<p>Hjemmesykepleie</p> <p><i>Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.</i></p>	§ 2-1 og § 1-3-4
<p>Sykehjem</p> <p><i>Sykehjem er en boform som skal ivareta ulike formål og oppgaver. (Forskrift</i></p>	§ 2-1 og §

14.november 1988). <i>Disse oppgavene er medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet, avlastning, permanent opphold, spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede, skjermet enhet for senil demente, dagopphold, nattopphold, terminalpleie.</i> <i>Kommunen vil også måtte kunne opprette selvstendig boenhet for barn/ungdom hvis det er behov for dette.</i>	1-3-6
---	-------

(Lov om pasientrettigheter):

Individuell plan <i>En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp og som har behov for langvarige samt koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan er en oversikt over tjenester som er innvilget samt oversikt over personer som er ansvarlige for disse.</i>	§ 2-5
--	-------

(Kommunale serviceytelser):

Aktivitetstilbud	
Tilrettelagt bolig	(eget skjema)

5.2 Andre statlige styringsdokumenter

Statsbudsjettet 2008 innfører på nytt tilskudd til bygging av institusjon og omsorgsboliger. Rapport fra sosial og helsedirektoratet ”[Glemsk, men ikke gjemt](#)”, [Demensplan 2015](#) ”Den gode dagen”.

5.3 Helseforetakets utfordringer

Helse Nord-Trøndelag består av Sykehuset Namsos, sykehuset Levanger, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Kolvareid, (DPS) Stjørdal, og Distriktsmedisinsk senter (DMS) for Stjørdalsregionen, i Stjørdal.

Som vertskommune for sykehuset Levanger, er det ekstra viktig med tett samarbeid både faglig, administrativt og organisatorisk.

Helse Nord-Trøndelag (www.mnt.no) står også overfor store utfordringer.

Uavhengig av ressurstildeling, vil sykehusene i landet og regionen bli mer og mer spesialiserte, og det er grunn til å tro at flere pasienter med diagnoser som i dag behandles ved sykehusene på sikt vil få mye av sin behandling i kommunehelsetjenesten.

Dette vil kunne dreie seg om mange av kronikerne, for eks pasienter med Kols og muskel/leddplager, kreftpasienter og andre som i perioder trenger intravenøs behandling vil på sikt kunne blir overført til kommunehelsetjenesten. Samtidig vil utviklingen med generelt kortere liggetid i sykehuset fortsette. Det forventes også at kommunene tar et større ansvar for rehabiliteringen av egne brukere som har vært til behandling ved sykehuset. Gjensidig samarbeid kommune- helseforetak blir på denne bakgrunn enda mer nødvendig.

Det er i den forbindelse naturlig å peke på behovet for koordinering og overholde av felles ansvar for rutiner fastlagt i basisavtalen (inkl. å melde avvik), grensesnittet mellom sykehus og sykehjem vil bli mindre, der sykehjem vil bli mer spesialisert og medisinsk krevende, nødvendig å ta initiativ til og delta i interkommunale løsninger i forhold til tilgang på bemanning og kompetanse, legedekningen ved sykehjem og behovet for bedre tilgang til legetjenester for de som er beboere i omsorgsbolig type 3, behov for et mer formalisert

samarbeid mellom fastleger og sykehusleger, med et spesielt fokus på behandling og pleie og omsorg av de sykeste eldre, og de demente.

Viktige samhandlingsutfordringer å løse for begge parter

- å lage gode pasientløp (sømløse tjenester tross av ulikt tjenestenivå og organisering)
- god kjennskap til hverandres muligheter og bakgrunn
- kunnskap om avtaler for samhandlingen (basisavtalen)
- vedlikeholde og utvikle gode oppfølgingsrutiner for spesielle pasientgrupper som f.eks de sykeste eldre (demente), kroniske syke og pasienter i en rehabiliteringsfase
- bygge opp og utvikle kompetanse
- likemannarbeid (mestring)
- rekrutteringsutfordringer
- ressursbegrensningene
- gode rammebetingelser for koordinatorene
- styrke fokuset på forebygging
- aktive møteplasser

Tiltak for å styrke samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket

- opprette stilling som koordinator i 2009, og som får ansvar for å koordinere utskrivning av ferdigbehandlede pasienter som trenger videre oppfølging i pleie og omsorg.
- koordinator blir kommunens ”forlengede arm” inn mot sykehuset, med ansvar om å holde god kontakt med helseforetaket
- koordinator vil være sentral i utviklingen av KE (Koordinerende enhet) som system, med iverksetting KE som system innen utgangen av 2010.
- koordinator vil frigjøre oppgaver som faller på avdelingslederne
- koordinator er kontaktperson for alle avdelingene ved distriktene, og vil ha spesielt ansvar for å koordinere tjenester for alvorlig syke, og rehabilitering/habilitering

6 Framtidas omsorgsbehov

6.1 Omsorgsbehovet for demente

Forekomsten av demens er usikker, men det kan antas at 66.000 mennesker i Norge har demens, og at 10.000 mennesker årlig rammes av demens (St.meld.nr 25).

Demens er en hjerneorganisk sykdom. Den har et forløp som kan deles i tre faser med henholdsvis mild, moderat og alvorlig demens.

Den gir i første fase tegn på mental svikt i form av sviktende hukommelse, gjenkjenning, gjenkalling og tidsorientering. I tillegg forekommer språkproblemer, manglende orientering i tid og rom og vanskeligheter med å utføre praktiske gjøremål (Engedal 2001).

Demente har problemer med å bruke sine lærte mestringsevner, og de mister grepet på tilværelsen. På grunn av glemsomhet, forvirring og vrangforestillinger trenger de hjelp til å fungere i dagliglivet. I pleiefasen er den demente preget av motorisk svikt, balanse - og gangproblemer og inkontinens.

Det er anses nødvendig å styrke demensomsorgen i kommunen, med spesielt å vektlegge tiltak som kan gis før sykdomsutviklingen har kommet så langt at det er aktuelt med et heldøgns tilbud. Pårørendes omsorgsbyrde bør lettes gjennom spesielt tilrettelagt tilbud om dagtilbud og avlastning.

God og tilgjengelig informasjon og rådgiving til pårørende og brukere om demens, utviklingen av demens, og bistandstilbud som kan gis demente er nødvendig. Dette kan utvikles og sikres bedre gjennom et nært samarbeid mellom kommunen og Demensforeningen i Levanger.

Det er foretatt en framskriving av forventet antall demente i Levanger kommune. Den er basert på beregninger av prosentvis fordeling i befolkningen ut fra tall fra Kompetansesenteret for aldersdemens.

Framskriving av antatt utvikling av demens i Levanger

(tabell nr 8)

Aldersfordeling	År 2007	År 2020
60-69	15,7 personer (0,9%)	21 personer (0,9%)
70-79	23,9 personer (2,1%)	36,3 personer (2,1%)
80-89	199,8 personer(30%)	199,8personer(30 %)
90+	43,6 personer (40,7%)	60,6 personer(40,7%)
Totalt antall demente	283 personer	318 personer

Støttekontakter for demente

I dag er det mulig å søke kommunen om støtte til hjemmeboende demente, antall timer som gis varierer.

Dagtilbud for demente

I dag har ikke kommunen dagtilbud som er spesielt tilrettelagt for demente.

Levanger BO- og aktivitetssenter(LBAS) og institusjonene Åsen, Skogn og Ytterøy tar imot hjemmeboende demente på dagopphold. (Aktivitene som tilbys er ikke spesielt tilrettelagte for denne gruppen).

Det er behov for et bedre og mer variert dagtilbud for spesielt hjemmeboende demente. Område på Staup er spesielt godt egnet for å kunne utvikles til en arena for ulike differensierte dagtilbud for demente. Det samme gjelder organiserte tilbud med besøk til gårder med dyr og hageanlegg, grønn terapi med fysisk aktivitet, miljøbehandling gjennom musikk, og andre aktivitet som er viktige faktorer for en aktiv omsorg.

Hjemmebasert omsorg for demente

Demente blir tildelt hjelpetilbud på lik linje med andre som trenger hjelp fra den hjemmebaserte omsorgen.

Korttidsopphold/avlastingsopphold for demente

Alle kommunens institusjoner har korttidsplasser/ avlastingsplasser som tildeles etter søknad. Bortsett fra Nylåna på Skogn er ingen av disse plassene spesielt tilrettelagt for demente. Antall plasser og oppholdets varighet varierer. Avlastning er et vesentlig tilbud til pårørende for å fungere som gode omsorgsytere til demente som bor i eget hjem.

Omsorgsboliger og bokollektiv for demente

Ved LBAS bor 10 demente i egne leiligheter med fellesrom for måltider og aktiviteter. Kollektivet har døgnbemanning. Breidablikktunet gir tilbud til 24 demente og er døgnbemannet.

Tilbud til demente i institusjon

Skjermet enhet ved Skogn Helsetun gir tilbud til 15 demente fordelt på 2 avdelinger.

Den ene avdelingen (Kårstua) gir tilbud til 5 demente og psykisk syke.
I den andre avdelingen (Nylåna) bor 10 dementsyke i ulike faser av sykdomsutviklingen.

For å få opphold på Nylåna må beboerne enten ha diagnosen dements eller være under utredning. De andre demente i institusjoner bor i ordinære sykehjemsavdelinger.

Tiltak for å styrke demensomsorgen

- utvikle et nært samarbeid mellom kommunen og Demensforeningen i Levanger for å sikre god og tilgjengelig informasjon og veiledning til pårørende og brukere om demens, utviklingen av demens, og tilbud om hjelp og bistand som kan gis demente.
- dagens tilbud til demente opprettholdes ved distriktene. Tiltak i verk i løpet av 2009.
- det bygges inntil 52 nye plasser for demente (og mennesker med mental svikt).
- det foretas en trinnvis utbygging, med første byggetrinn som består av et dagsenter og 20 plasser (8 x 2 + 4 hvor de nye plassene forbeholdes både avlastning, korttidsopphold og langtidsopphold etter behov, senest utbygging innen 2013).
- personer med demens skal tilbys et bedre tilrettelagte dagtilbud-/aktivitetstilbud.
- den enheten som tildeles ansvaret for driften av tjenestene i tilknytning til byggetrinn 1, får status som utredningsansvarlig enhet med spesiell kompetanse på demens. Kompetansen skal deles aktivt med hjemmetjenesten/institusjoner.
- det utarbeides en fagplan for demensomsorgen innen utgangen av 2010.

6.2 Krefthandling og smertelinding (Onkologi/palliativ handlung)

Kommunehelsetjenesten skal kunne ta hånd om pasienter med langtkommen, kronisk og/eller uhelbredelig sykdom. Alle nivåer i helsetjenesten skal ha et behandlingstilbud for disse pasientene. Denne pasientgruppen kan være ressurskrevende, og kan ha et utstrakt behov for tverrfaglig og helhetlig handlung.

Utvikling av nye krefttilfeller pr år

Innbyggere bosatt i Levanger kommune har årlig ca. 60 nye tilfeller av kreft, og det er registrert en økning med 4 - 5 antall nye tilfeller hvert år. Det er ca. 560 personer i kommunen som lever med en kreftsykdom. Mange av disse vil i livets slutfase ha behov for smertelindrende handlung i regi av kommunehelsetjenesten.

Økningen av tilfeller skyldes økt reell forekomst av enkelte kreftformer, men mye av økningen har relasjon til flere antall eldre. Da kreft særlig rammer eldre, vil antallet krefttilfeller øke med antall eldre i samfunnet. I perioden 2010 – 2020 forventes en 50% økning i aldersgruppen 67 – 80 år, og i perioden 2006 – 2020 forventes en 20% økning i antall eldre over 90 år (SSB).

Sentrale føringer

NOU 1997:20 (Norsk kreftplan)

Lindrende kreftbehandling, spesielt omsorg ved livets slutt, skal i størst mulig utstrekning skje i pasientens nærmiljø med fastlegen/kommunehelsetjenesten som koordinator.

NOU 1999:2 (Livshjelp)

Ved at uhelbredelig syke og døende pasienter får tilbud i sykehjem, vil andelen behandlingstrengende pasienter øke. Vil forutsette ansatte med bedre kompetanse og bedre legtilsynsordning.

Behovet for kreftbehandling og smertelindring

Siden 1997/98 har to kreftsykepleiere hatt øremerket tid for å arbeide med kreft. En er kreftsykepleier er ansatt i distrikt Nasset-Frol med frikjøp i 20 % stilling,

og en i Distrikt Sør med frikjøp i 40 % stilling.

Kreftsykepleierne har utøvende omsorg, og er mest knyttet til hjemmetjenesten.

Kreftsykepleierne har et koordineringsansvar for aktuelle oppgaver rundt pasientene. De er veiledere for pasient og dens pårørende, og medarbeidere. Undervisning er også en naturlig funksjon en kreftsykepleier har, men er i dag blitt en stor utfordring grunnet økt press av oppgaver innen pleie og omsorg.

De fire sykehjemmene i kommunen spiller en viktig rolle i arbeidet med alvorlig syke og døende, ikke bare kreftpasienter. Det blir lagt til rette for at den syke får være hjemme så lenge det er forsvarlig for alle aktuelle parter. I vanskelige situasjoner er det et nært samarbeid mellom hjemmesykepleien og sykehjem for å imøtekomme behovene.

Det er i dag et økende behov for akutt plasser og avlastningsplasser for å kunne løse vanskelige oppgaver, og vil fortsatt være en utfordring framover med det forventede økte antall eldre med et slikt behov for behandling og hjelp.

Kreftsykepleier samarbeider med spesialisthelsetjenesten og er et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Kreftpoliklinikken på sykehuset har en spesiell funksjon i dette samarbeidet og fungerer som god rådgiver for personell ute i kommunen.

Det arbeides også med å ferdigstille et palliativt team ved Sykehuset Levanger, tverrfaglig sammensatt, som skal kvalitetssikre og bedre den palliative omsorgen i Nord – Trøndelag, i sykehus, på sykehjem og i hjemmebasert omsorg.

I 2005 startet et prosjekt ved BBT med målsetting å bedre tilbudet til pasienter med behov for lindrende behandling, ikke bare kreftpasienter, men også andre pasienter med livstruende sykdom, som eks. kols, ms, alzheimer.

Hensikten har vært å starte med en oppbygging av en kommunal palliativ tjeneste ved BBT sykehjem. En liten tjeneste med to senger og div. nødvendig utstyr er på plass, og allerede tatt i bruk for formålet. De to plassene som er avsatt i 3. etasje er tenkt til alvorlig syke pasienter.

Erfaringer viser derimot at plasseringen ikke er optimal. Tjenesten bør være mer skjermet for omliggende uro, bl.a. fordi urolige demente pasienter også bor der tjenesten holder til.

Prosjektmidler som Distrikt Nord fikk tildelt i 2005 til ”lindrende behandling og omsorg ved livets slutt”, har gått til opplæring av ansatte gjennom eksterne kurs, internundervisning, hospitering, investering i medisinsk behandlingsutstyr, investering i trivselsutstyr til pasientrom og dagligstue og innkjøp av faglitteratur. Det er nødvendig å satse videre for å utvikle en palliativ tjeneste. Organisatorisk så bør palliative tjenester ligge i tilknytningen til et sykehjem. Det bør være enerom for terminal pleie og fasiliteter for pårørende.

Tjenesten møter ofte ønske fra både tjenestemottaker og pårørende om å kunne motta hjelpen i hjemmet. Dette må kommunen legge til rette for så langt som mulig. For å lykkes med dette er det nødvendig med tett samarbeid og utveksling av kompetanse mellom de ansatte i hjemmetjeneste og på institusjon, slik det blant annet praktiseres der det er gjennomført ”integreerte tjeneste”.

Det er en forutsetning for at palliativ tjenester skal lykkes, at det er et tett samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Kreftpoliklinikken ved sykehuset har i dag en viktig funksjon som samarbeidsorgan mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Kompetanse for å gi kreftbehandling og smertelindring (palliativ behandling)

Palliativ tjeneste gir behov for sykepleiere med spesialkompetanse innen lindrende behandling, kreftsykepleie, intensiv behandling. Det er også behov for noe større sykepleietetthet og mer legetilsyn for å drive en slik tjeneste enn det som er vanlig på et sykehjem. Når det gjelder palliative tjenester, så har spesialisthelsetjenesten et ansvar i forhold til å bygge opp og vedlikeholde fagkompetansen. I dag skjer dette gjennom forespørsel i forhold til aktuelle pasientsituasjoner, men det er behov for å formalisere dette ytterligere. Det må utarbeides og kvalitetssikres prosedyrer for smerte- og symptomlindring og terminal pleie.

Tiltak for å styrke kreftbehandling og smertelindring (palliativ behandling)

- det utarbeides en fagplan for kreftbehandling og smertelindring som angir forslag til effektiv organisering, hensiktsmessig lokalisering, bemanning, kompetanse og behovsorientert opptrapping av tilbudet. Dette innen utgangen av 2010.
- tjenestene for gi kreftbehandling og smertelindring (palliativ behandling) oppgraderes og utvides i kommunen i tråd med vedtak ved behandlingen av forslag til fagplan. Det er et uttalt mål å ha 5 – 7 spesialplasser for denne type tjenester, hvor spesialkompetansen deles aktivt med hjemmetjenesten / institusjonene i kommunen.

6.3 Psykiatri

Hovedmålsettingen med psykisk helsearbeid og arbeid med rus i kommunene, er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Det skal være en målrettet, faglig fundert og samordnet innsats og fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå).

Nasjonale mål

- Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand.
- Mulighet for å delta i et sosialt fellesskap og unngå isolasjon.
- Nødvendige og tilpassede helse og sosialtjenester.

Lokale mål og prioriteringer

- Helsefremming/forebygging, utredning og behandling, - rehabilitering, oppfølging og psykososial støtte og veiledning – individuelt og i grupper.
- Vektlegging av sammenheng og samhandling mellom tilbud til den enkelte.

Prioriterte omsorgs og støttetiltak:

- Følge opp behandlingstiltak – terapeutisk samarbeid og samhandling med aktuelle behandlingsnettverk.
- Etablere en stabil bosituasjon, samt å bo under verdige forhold
- Etablere og vedlikeholde en stabil økonomisk situasjon
- Etablere og/eller reetablere et tilfredsstillende sosialt nettverk
- Etablere en form for tilfredsstillende arbeid eller aktivitet – noe å gå til.

Hovedfokus

Alvorlige psykiske lidelser (og/eller rusproblematikk) som varer over tid, påvirker i mange tilfeller egenomsorgsevnen. Mange trenger omfattende støttetiltak for å oppleve en rimelig grad av trygghet og forutsigbarhet i hverdagen, og for å forebygge utvikling av nye kriser.

Henvisninger til sosial og psykiatritjenesten 2006 (Tabell 10)

Henviser	Antall brukere	Andel i %
Fastlege	45	33,6
Psykiatrisk klinikk	40	29,9
Bruker selv	11	8,2
Andre(helsesøster, barnevern)	7	5,2
Pleie- og Omsorg	6	4,5
Enhet Helse reab	25	18,6
SUM	134	100

Dagens tjenester for psykiatri

Som ledd i den statlige opptrappingsplan for psykisk helse i tiden 1999 – 2008, så har Levanger kommune lagt ned betydelige ressurser i planlegging av tiltak og tjenester for både barn, voksne og eldre med psykiske lidelser og psykososiale vansker.

Levanger kommune har siden 1998 fulgt opp med årlige handlingsplaner innen psykisk helse. Det er et godt samarbeid mellom enhetene for å ivareta helhet i tjenestetilbudet.

Relevant dokumentasjon og beskrivelse av psykiatritjenesten ligger i veilederen – *Psykiisk Helsearbeid for voksne i kommunen (des. 2005)*. Den har åtte hovedutfordringer:

- forebygging
- mestring
- tilgjengelighet
- samhandling
- brukermidvirkning
- faglig innhold i tjenestene
- kunnskap og tillit
- god ressursutnyttelse

Staten har varslet at oppfølging av arbeidet med psykisk helse lokalt skal baseres på de åtte områdene, og veilederen er utarbeidet på dette grunnlaget.

OVERSIKT OVER PÅGÅENDE TILTAK VED ENHETEN HELSE-REHABILITERING pr. 01.09.2007

Kontakten	Sosialt og kulturelt treffsted, lav terskel, allmøter	Alle hverdager, fredager Tjuddur-tur
Smørblomstveien	Boliger med miljøbase og aktiviteter	7 leiligheter
Homla	Friluftsgruppe for de som liker fart og spenning	Annenhver onsdag (partall)
Starrin	Friluftsgruppe for personer med fys. funksjonshemming	Siste torsdag hver mnd
Tjuddur'n	Friluftsgruppe	Hver fredag
No 46 Rinnleiret	Integreringstiltak for rusmisbrukere – dagtilbud ISK-prosjekt	Alle hverdager
No 26 Rinnleiret Akkar'n	Introduksjonsprogram til arbeidslivet for ungdom fra 20 år Prosjekt i samarbeid med sosialtjeneste/NAV arbeid Verdal	Alle hverdager
Inn på Tunet –		

(Grønn omsorg)	Syssetsetting/arbeidstreningstilbud	2 plasser via kommunen
Elverum/Hjelde Meningsfull hverdag v/Solhaug	Syssetsettings/arbeidstreningstilbud	4 plasser Via kommunen
Valum Gård	Hestesenter-/arbeidstrening	3 plasser (1 plass = 3 d)
KID-kurs Kurs i mestring av depresjon	Forvernsamtale gjennomføres av HHA. Bør ha en kontaktperson enten i enheten eller jevn kontakt med lege	Oppstart av kurs er avhengig av min 10 deltakere
Gruppebehandling (psykoser)	Tilbud i samarbeid med Psyk.kl. Målgr. Personer med psykose- lidelser	6-8 deltakere

OVERSIKT OVER EKSTERNE TILTAK

LevaFro Avdelinger: *Guttas Bilpleie *Lotus *Tre *Frosta (Tre)	VTA-plasser (syssetsetting/arbeidstrening for personer på uføretrygd) APS-plasser (5 stk) Arbeidspraksis i skjermet virksomhet	Alle hverdager 6 plasser
Innherred Produkter AS	Introduksjons- og avklaringskurs Fasesystem (fase 1,2 og 3) *Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) *Kursavdelingen + NKI Fjernundv. *Arbeid med Bistand *Servicetjenester	Alle dager, må søkes inn via NAV arbeid
NAV	Ulike kurs	Oversikt over ny kurs vil bli sendt ut.
Levanger videregående skole	VOX-kurset For personer med Lese/skrive vansker og matte-vansker	Hver mandag fra kl. 18.00 – 21.00

Ressursbruk

Ressurser som benyttes ved enheten Helse- rehabilitering til oppfølging av arbeidet med psykisk helse for enkeltbrukere av PO tjenestene i kommunen, er begrenset. Enheten har hovedvekten av ressursbruken knyttet til oppfølging av andre brukere som ikke samtidig er brukere av PO tjenestene. Tallene beskriver derfor situasjonen slik den er pr medio 2007 (mai – august).

PROS.	STILLING	Brukere i PO	Omfang tid / %	Brukere Helse/Reh	Brukere totalt
100,00	Psyk. helsearbeider	6	5 t pr uke/13%	20	26
100,00	Psyk. helsearbeider	5	4 t pr uke/11%	14	19
100,00	Psyk. helsearbeider	6	4,5 t pr	27	33

			uke/12 %		
100,00	Psyk. helsearbeider	9	6,5 t pr uke/17%	15	24
100,00	Sosialkurator	6	3t pr mnd	20	26
100,00	Psyk. helsearbeider				
	Vikar Sosialkurator	3	3t pr mnd	25	28
100,00	Arbeidsleder Kontakten		Dagtilbud	10	10
100,00	Miljøarbeider Kontakten		Dagtilbud	10	10
100,00	Fagkoordinator	3	3t pr mnd/2%	12	15
100,00	Psyk. helsearbeider	0		13	13
100,00	Sosialkurator	0		12	12
50,00	Sosialkonsulent	5	4 t pr uke/21%	17	22
50,00	Miljøarbeider	0		17	17
12 årsv.		43		212	255

Utfordringer

Selv om mye er gjort for mennesker med psykiske lidelser (og/eller rusproblematikk i kommunen) siden starten på opptrappingsplan for psykisk helse, så gjenstår likevel en bedre prioritering av følgende områder:

- styrke samhandlingen med PO gjennom utvikling av arena, og gi mer faglig bistand til oppfølging av brukere ved PO
- kvalitetssikre saksbehandlingen inkl. kvaliteten på enkeltvedtak-/samlevedtak
- styrke samhandlingen mellom psykiatritjenesten i kommunen og Psykiatrisk klinikk/poliklinikk, Sykehuset Levanger.
- styrke samordningen av tjenester overfor mennesker med demens-/mental svikt
- gi tjenester ut fra en opplevelse hos bruker om en "Helsestasjon for eldre" (for bedre forebygging av geriatriske-/psykososiale lidelser overfor voksne-/eldre mennesker).
- styrking av tjenestebistanden til bofellesskap-/omsorgsboliger med personalbase til brukere med alvorlige psykiske lidelser som gir langvarige og omfattende omsorgsbehov.
- bedre koordinering av tilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser med tilleggsproblem fra rusmisbruk.
- utarbeide egen veileder-/guide med oversikt over de ulike tilbud som kan gis.
- styrke samarbeidet med *Senter for frivillige*, slik at aktivitet/satsning blir synliggjort og bedre samordnet.

Tiltak for å gi psykiatritjenester til flere med behov

- pleie- og omsorgstjenestene bygger opp faglig kompetanse på psykisk helsearbeid i tråd med vedtatt Kompetanseplan for felles helse, slik at det er en styrket kompetanse på psykisk helsearbeid ved PO tjenestene innen år 2012.
- PO distriktene og enheten Helse- rehabilitering inngår forpliktende samhandlingsavtaler på ulike nivå om bla: deltakelse, opplæring og aktiv bruk av fagsystemene PROFIL (epj), IPLOS og SAMPRO, kartlegging av tjenestebehov hos brukere, bistand og veiledning, utarbeidelse og bruk av enkeltvedtak-/samlevedtak for å dokumentere tildeling og omfanget av bestemte tjenester, deltakelse i samhandlingsmøter, deltakelse og ledelse av ansvarsgrupper m.v. Innen 2010.
- innen året 2008 vurdere hensiktmessig organisering for psykiatritjenestene ved

enheten Helse- og rehabilitering, i samarbeid med PO tjenestene og BAFA.

- innen året 2009 avklare ansvaret og behovet/omfanget av nødvendige psykiske helsetjenester til personer under 18 år (innenfor rammen av eksisterende ressurser), i samarbeid PO tjenestene og BAFA.

6.4 Arbeid og aktivisering for mennesker med bistandsbehov

I denne delen av PO planen vil en beskrive tilbudet til de som er diagnostisert som utviklingshemmet. Grensetilfeller opp mot andre diagnoser og funksjonshemninger kan forekomme. Tilbudet gjelder for personer som har avsluttet videregående skole. Det er ikke definert noen klar øvre aldersgrense.

Levanger kommune har siden midten av 1980 tallet organisert arbeid- og aktivisering for utviklingshemmede ved enheten Staupshaugen Verksted. Tilbud gis til alle utviklingshemmede uansett funksjonsnivå.

Tilbudet består blant annet av vedavdeling, formingsavdeling, snekkeravdeling, sansegrupper og friluftsgupper.

Det er ikke definert noe tak på antall brukere ved enheten. Dette vil i tilfelle være komplisert da funksjonsnivå og tjenestebehov kan være en viktigere indikator enn antall brukere.

Staupshaugen Verksted har en sammensatt kompetanse av ulike yrkesgrupper, som hjelpepleier, vernepleier, sykepleier, førskolelærer, aktivitør, pedagog og assistent. Det er også personer tilsatt med praktisk rettet yrkesutdanning og erfaring. Enheten har utvidet kompetanse på bruk av musikk for utviklingshemmede

Voksenopplæring for målgruppen er organisert gjennom Staupshaugen Verksted, og tilbud gis både individuelt og i gruppetimer.

Transport av eldre og uføre samt intern postkjøring i kommunen organiseres via enheten.

Leva-Fro AS

Leva-Fro AS er en vekstbedrift som ble etablert i 1992. Bedriften eies av Levanger kommune og Frosta kommune, med henholdsvis 80 og 20 %. I

Levanger har Leva-Fro AS 23 varig tilrettelagt arbeidsplasser. 5 plasser for arbeidstrening som er fordelt mellom Levanger og Frosta.

Målgruppen for Leva-Fro AS er personer som av ulike årsaker har en uførepensjon (VTA) og personer som ønsker arbeidstrening ved bedriften. (APS) Bedriften har i dag 4 avdelinger i Levanger. Trearbeid, bilpleie, kantine og søm. Leva-Fro AS er også behjelpelig med ekstern utplassering om det er et mål.

Antall brukere i Levanger har vært relativt stabilt i mange år. Tabell 11 viser forventet antall brukere som har behov for arbeid- og aktivisering. Tall er basert på personer med kjente diagnoser. Avvik vil kunne forekomme på grunn av blant annet mennesker som er utsatt for ulykker, og til og fraflytting.

Forventet antall brukere som har behov for arbeid- og aktivisering

Tabell 11

Vedtaksår	2007	2007-2012	2013-2017	2018-2020	2020-2022
Inntak ved 19 år		11	11	4	1
Ut v/60		6	6	3	1
Ut v/65		3	3	3	3
Ant brukere ved pensjonsalder 60 år	47	52	57	58	58
Ant brukere ved pensjonsalder 65 år	47	55	63	64	62

Utviklingstrender

En må anta at flere av de samme utviklingstrender gjør seg gjeldende for denne målgruppen som i samfunnet forøvrig

- høyere levealder
- flere med store hjelpebehov vokser opp
- bevisste pårørende og brukere
- IKT og tekniske hjelpemidler kommer for fullt, blant annet ”smarthus”
- kultur blir en viktig del av aktivitetstilbudet
- krav til effektivitet i arbeidslivet gjør det lite attraktivt for personer med lav produksjonskapasitet å integreres i ordinære bedrifter/det offentlige

Tjenestebehov

Tallmaterialet gir usikre indikasjoner på funksjonsnivå og dermed tjeneste- og ressursbehov. En trend er allikevel at flere med store funksjonshemninger blir eldre og har behov for aktivisering. De siste 10 år har det vært en dreining mot flere brukere med multihandicap, noe som sannsynligvis vil bli ytterligere forsterket fremover. Denne dreiningen fører til at enda flere tjenestebehov skal dekkes, ikke bare arbeid- og aktivisering. Det er ingen klar sammenheng mellom denne dreiningen og ressursbehov. Her er det helt individuelle behov som avgjør. Allikevel må en forvente at nedsatt funksjonsnivå fører til større behov for ressurser for blant annet å dekke grunnleggende basisbehov.

Aktivisering

For multihandicappede forventes det mindre arbeidsrelatert tilrettelegging og større fokus på trivsel og opplevelser. Kommunikasjon er her et sentralt begrep og kan utvikles gjennom språk, tegnspråk, samhandling og tekniske hjelpemidler. Trivsel og opplevelser videreutvikles gjennom tilbudene Sanserom og Sansehage, musikk og drama, frie kunstneriske uttrykk og friluftsliv.

Sanserom viser seg å ha effekt på uro og angst og kan være et supplement eller substitutt for medisiner. Unge utviklingshemmede kan bruke tilbudet for utredning. Forøvrig bør Sanserommene gjøres mer tilgjengelig.

Musikk og drama utvikles for deltakelse. Det betyr lav terskel for utfoldelse, både for brukere og ansatte.

Gjennom frie formingsaktiviteter kan brukere videreutvikle sine spontane og kreative uttrykk. Maling, keramikk, leire, tegning og håndarbeid er slike aktiviteter.

De beste og billigste sanseopplevelser oppleves i friluft. Det finnes få barrierer for at alle kan delta i friluftsgupper. Økt tilgjengelighet i nærområdet til Staupshaugen vil prioriteres.

En må forsøke å nyttiggjøre seg de kulturtilbud som tilbys på dagtid. Det kan være konserter og utstillinger. Tilbud til oppvekst gjennom den kulturelle skolesekken er eksempel på type kulturarrangement.

Eldre utviklingshemmede har behov for eget tilbud om lettere aktivisering. Hvorvidt dette skal skje i egne boliger eller på dag/aktivitetstilbudene ved Helsetunene er gjenstand for videre vurdering.

Arbeid

En vil utvikle og videreføre arbeidsoppgaver som har et sosialt aspekt, som har fornuftig balanse mellom utfordringer og gjennomførbarhet, og som har et sluttprodukt som gir mening.

Levanger har lite industri som gir mulighet for ”salg” av tjenester. Krav til produktivitet er også en utfordring overfor det private næringsliv.

En vil fortsette med vedproduksjon og tilrettelegge for nye arbeidsoppgaver som ”Grønn Produksjon”. Med utgangspunkt i vedgruppens arbeid på Staup, så kan ”grønne fingre” utvikle seg til å utføre tjenester for event. private og offentlige eiere av Staup.

Det kan også utføres enkle vedlikeholdsoppgaver på Staup i regi av enhetens brukere. Oppgavene kan sees i sammenheng med eksisterende snekkerverksted, som bør ha base sammen med Vedgruppa, og som vil gi muligheter for å alternere mellom fysisk lett og tungt arbeid. En forventer også økt samarbeid med LevaFro og Innherred Produkter for å gjennomføre oppgavene.

Ressurser

Behovet for ressurser er avhengig av hvor mange i målgruppen som velger å benytte seg av kommunens tilbud. Tallmaterialet er usikkert, men det er få reelle andre alternativ. Tallmaterialet viser ut fra økninger av antall brukere i målgruppen behov for økte ressurser. (med kompetanse som miljøterapeuter, miljøarbeider, pedagog).

Kompetansebehov

Den faglige kompetansen hos dagens bemanning som arbeider med tiltak innenfor Sansestimulering og musikk og drama bør styrkes.

Tre områder bør i den forbindelse spisses:

- a. utredningskompetanse innenfor Sansestimulering. Utredning ved bruk av Sanserom blir spesielt aktuelt overfor brukere med store kommunikasjonsutfordringer og kan brukes i arbeidet med bl.a. trafikkskadde.
- b. voksenopplæring med IKT (databruk) kompetanse.
- c. generell kompetanseøkning i *Utviklingshemning og Aldring* for hele pleie og omsorg.

Organisering av framtidige behov

Base for arbeid og aktivisering bør fortsatt være Staupshaugen Verksted. Det er investert betydelig i nye og oppgraderte lokaler. En oppgradering av den eldste bygningsmassen må foretas både av miljø- og energibesparende behov.

Arbeid og aktivisering med base Staupshaugen Verksted bør være

Sanserom og Sansehage Musikk og drama Friluftsliv Voksenopplæring Formingsaktiviteter (keramikk m.m.) Snekkerverksted, friluftsgupper

Arbeid og aktivisering (med nåværende base Staup)

Vedproduksjon, produksjon av ulike grovere snekkerprodukter, Grønn Produksjon, vedlikeholdsgruppe.

En fortsatt sentralisering av tilbudet kan føre til et ønske om opprettelse av enkeltarbeidsplasser lokalisert til brukernes nærområde. Dette kan være ressurskrevende og må derfor vurderes særskilt forhold til hensiktmessighet.

Samarbeid

- a) arbeid med base på Staup vil føre til et tettere samarbeid med LevaFro og Innherred produkter og andre interessenter på Staup.
- b) flere brukere med multifunksjonshemninger krever samarbeid og kompetanseoverføring fra Helse- Rehab (fysioterapi/ergoterapi) og Helse Nord-Trøndelag (hab. team for voksne)
- c) nye brukergrupper innenfor psykiatri/rus krever samarbeid og kompetanseoverføring fra de psykiatriske helsetjenestene.
- d) god dialog med interesseforeninger (NFU)
- e) kompetanseheving skjer i samarbeid med Verdal kommune

Lønn og egenandeler

Arbeid og aktivisering gjelder for personer med utførestønad. Det betyr at de fleste skal kunne leve av inntekten fra denne stønaden og dekke nødvendige av dagliglivets utgifter.

Vedtatt om arbeid og aktivisering utløser ikke egenandel.

Tiltak for å styrke arbeid og aktivisering for mennesker med bistandsbehov

- Staupshaugen Verksted videreutvikles som kommunens bærende enhet med ansvar for tilrettelegging av arbeid og aktivisering for mennesker med bistandsbehov.
- Staupshaugen Verksted utreder mulighetene for aktivitetstilbud til flere brukergrupper (trafikkskadde, demente i tidlig stadium, mennesker med mental svikt). Dette innen 2009.
- området rundt Staupshaugen Verkstad kan også være et alternativt tomteområde for utbygging av bofellesskap for personer med bistandsbehov, og for bygging av nye heldøgns omsorgsplasser inkl. dagtilbud til demente (byggetrinn 1).

6.5 Rehabilitering/habilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig mestringssevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Tjenestetilbudene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom.

Plan for medisinsk rehabilitering i Levanger kommune ble vedtatt i 1998. (Strategier fra den vedtatte rehabiliteringsplanen ble innbakt i egen strategiplanen "Fem i en" plan).

Mange sykdommer opptrer hyppigere med økende alder. Osteoporose er en tilstand som forverrer seg med økende alder, kvinner er mer utsatt enn menn. Det er statistisk ca. 9000 hoftebrudd i Norge pr år. Et lårhalsbrudd kan være det som gjør det umulig for eldre mennesker å bo i egen bolig.

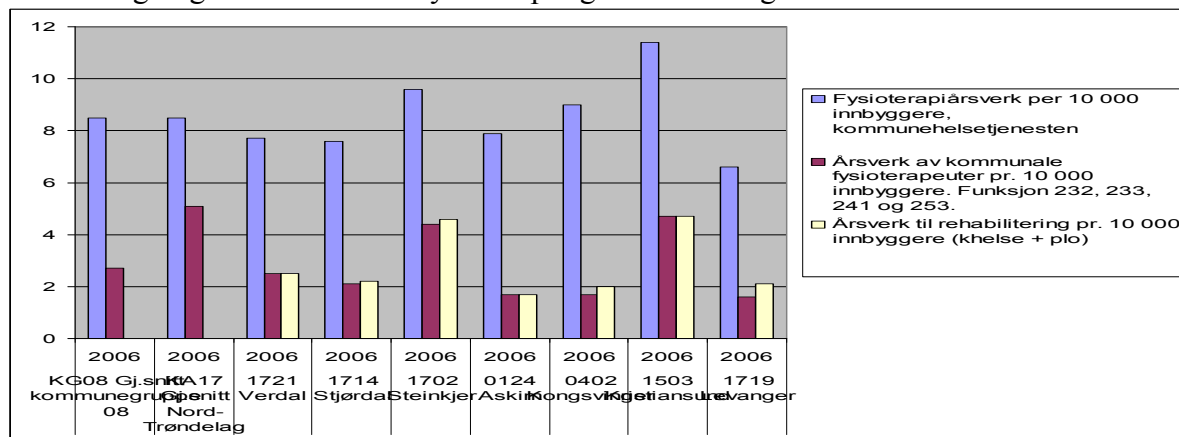
Risikoen for å få hjerneslag er også økende med alder. Rundt 15.000 rammes av hjerneslag årlig i Norge. 2/3 er over 70 år. Mellom 60.000 og 70.000 lever med ettervirkninger.

Dette er pasienter med behov for rehabilitering både i helseforetak og i kommunen.

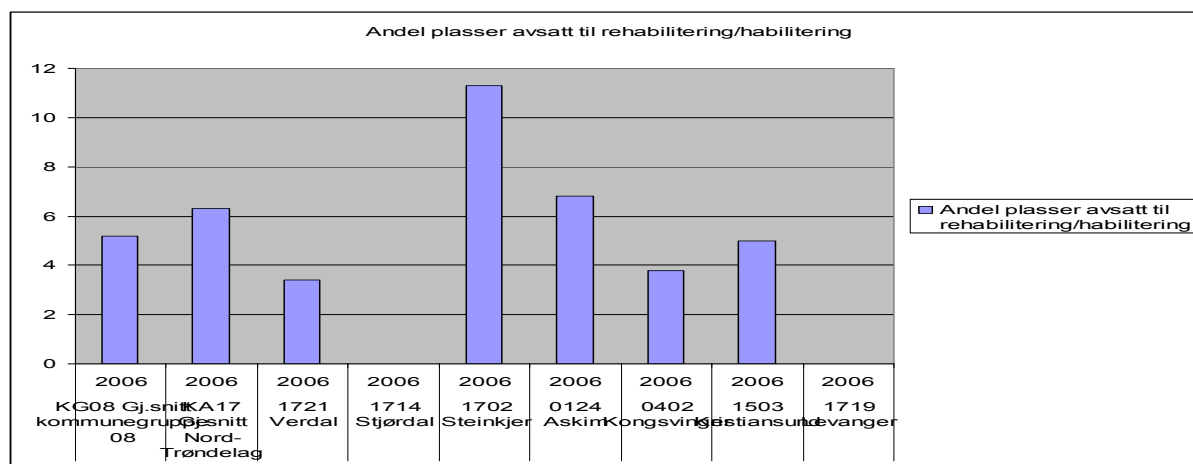
Et døgnbasert rehabiliteringstilbud ble opprettet på Breidablikktunet tidlig på 90-tallet.

Tilbudet omfattet 6 senger, hadde en kjerne av fast tverrfaglig bemanning og var fysisk avskjermet i en av sykehjemsavdelingene. Få år senere ble det etablert et tilbud på Skogn Helsetun med 3 senger. Behov for å gjennomføre tvingende nødvendige innsparingstiltak førte til at tilbudene ble nedlagt.

Sammenligningstall vedrørende fysioterapi og rehabilitering



I dag er det bare Levanger av de større kommunene i Nord-Trøndelag, som ikke har et fast kommunalt døgnbasert rehabiliteringstilbud.



Henvisninger ergo og fysioterapitjenesten 2006

(Tabell 12)

HENVIST AV	ANTALL HENVISN.	PROSENT(ca)
Helsefortaket inkl hab.tjen barn og opptreningsinstitusjoner	41	19
Fastlege	25	11,5
Pleie og omsorg	41	19
Direkte fra brukere	52	24
Bruker selv	(26)	(12)
Pårørende	(26)	(12)

HENVIST AV	ANTALL HENVISN.	PROSENT(ca)
Barn/Familie og skole/ barnehage	45	20,5
Helsesøster	(27)	(12)
PPT	(14)	(6,5)
Skole/barnehage	(4)	(2)
Helse/rehab	7	3
NAV inkl hjelpemiddelsentralen	4	1,5
Andre	3	1,5
TOTALT	218	100

Totalt 218 nye henvisninger i 2006, i tillegg faste brukere (personer med kroniske lidelser) som tjenesten har løpende kontakt med.

Tall i Rehabiliteringsmeldingen 1998- 99 viser at det hvert år fødes det 2000 – 2500 barn i Norge med diagnoser som innebærer en eller annen funksjonshemming. I tillegg kommer nyfødte uten diagnose, og barn som utvikler funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom noen år etter fødselen, bl.a. senskader etter for tidlig fødsel.

Tall fra Hab.tjenesten for barn, Sykehuset Levanger, over såkalte aktive saker pr. mai 2007 i de største kommunene viser: Steinkjer - 101 Levanger - 119 Stjørdal - 81 Verdal - 62 Inderøy - 30 Namsos – 29.

Levanger har det høyeste antall aktive saker pr. mai 2007. Hab.tjenesten for barn ber om at tallene behandles med klokskap. Tjenesten har erfaring med at kommuner med tilgang på god fagkompetanse bidrar til flere henvisninger. Nærhet til sykehuset og Habiliteringstjenesten kan også ha betydning.

Avlastningstilbud

Avlastningsenheten i Okkenhaugveien gir et distriktsovergripende tilbud hjemlet i Lov om sosiale tjenester § 4.2. b. Det tilstrebes imidlertid å ha fleksible ordninger. I dag eksisterer 3 ulike muligheter for avlastning i Levanger kommune:

1. avlastningsboligen, 2. besøkshjem og 3. mulighet for avlastning i eget hjem

Formidling av tekniske hjelpemidler

Tekniske hjelpemidler er ofte av vesentlig betydning i hverdagen til personer med nedsatt funksjonsevne i alle aldre, og er derfor et viktig tiltak i re/habilitering, men også generelt i eldreomsorgen. Det dreier seg om:

- vurdering av behov
- bistand til å utforme søknad
- transporttjeneste
- utprøving og opplæring i bruk
- oppfølging over tid
- lagerhold
- montering og reparasjoner

Samarbeidsavtaler:

- NAV-hjelpemiddelsentralen har ansvar for hjelpemidler til personer med et varig behov, og har samarbeidsavtaler med alle kommunene i nedslagsfeltet.
- kommunene har ansvar for å organisere korttidsutlån av tekniske hjelpemidler til personer med en funksjonsnedsettelse av en varighet på 2 -3 år.

- Vaktmestertjenesten i kommunen har i tillegg et ansvar for enklere montering og reparasjoner opp mot brukere på sykeheimene og boliger tilknyttet helsetunene.
- Levanger kommune har en samarbeidsavtale med Innherred Produkter når det gjelder å være kommunens mottakssted for hjelpemidler som kjøres ut ukentlig fra Hjelpemiddelsentralen, administrering av kommunens korttidslager transporttjeneste, enklere monterings- og reparasjonsarbeid innenfor begge låneordningene

I forbindelse med fornying av kommunens avtale med Hjelpemiddelsentralen våren 2007, har kommunens håndtering av ulike ansvarsområder-/oppgaver innen hjelpemiddelformidling blitt evaluert og gjennomgått. Kommunene er pålagt å ha kontaktpersoner når det gjelder:

- kommunens totale aktivitet/oppgaver innen hjelpemiddelområdet
- hjelpemidler for syn- og hørselshemmede
- datahjelpemidler opp mot barn i skolen og voksne i heimesituasjonen

Ergo- og fysioterapitjenesten har en sentral rolle m.h.t. hjelpemiddelformidling. En av de ansatte innehar systemkoordineringsfunksjonen opp mot HMS, IP og det totale nettverket av aktører innen hjelpemiddelområdet. Denne innkalles til årlige møter på HMS sammen med alle kommunale kontaktpersoner i fylket.

Kontaktfunksjoner innen samsesomsrådene

Arbeidsoppgavene som kontaktfunksjoner innen samsesomsrådene er desentralisert i et nettverk av ansatte ved PO- tjenesten. Noen av disse har fungert godt, mens andre har opplevd at oppgavene i hjelpemiddelformidling har vært vanskelig å prioritere i tillegg til ordinære pleieoppgaver.

Hjelpemiddelsentralen gjennomfører opplæring i forhold til alle kommunale aktører i hjelpemiddelfeltet i samarbeid med systemkoordinator. Ergo- og fysioterapeuter driver informasjon og veiledning opp mot ulike samarbeidspartnere fra sak til sak.

Erfaring fra praksis viser at det er behov for et nettverk av kontaktpersoner i PO- tjenesten med mer kunnskap om de vanligste hjelpemidlene opp mot eldre.

Tiltak for bedre tilgang på rehabilitering/habiliteringstjenester

- mål om å opprette 6-8 døgnerhabiliteringsplasser på Skogn helsetun innen utgangen av 2011. Målgruppen er pasienter som faller utenom dagens tilbud i 2. linjetjenesten.
- det utarbeides egen fagplan for rehabilitering/habilitering som angir forslag til effektiv organisering, bemanning, kompetanse og en behovsorientert opptrapping av tilbudet. Dette innen utgangen av 2010.
- nødvendig kompetanse innen fysio-/ergoterapifaget i tilknytning til rehabiliteringstilbudet på Skogn helsetun, bygges opp på Skogn helsetun.
- spesialkompetansen deles aktivt med hjemmetjenesten-/institusjonene i kommunen.
- (det opprettes en koordinatorstilling i pleie og omsorg som bl.a. følger opp pasienter mellom 1. og 2. linjetjenesten og som trenger rehabilitering etter utskrivning fra sykehuset, innen 2009).
- syn og hørselskontakt opprettholdes som nå med ansvarlige ressurspersoner i hvert distrikt. Det må legges til rette for at de ansvarlige fagpersonene kan utføre oppgavene på en forsvarlig måte. Tjenester til personer uten tjenester i pleie og omsorg ytes i hovedsak fra enheten Helse- rehab. Hensiktsmessig organisering av ansvar og oppgaver vedrørende syn og hørselskontrakter vurderes ved behov.
- PO distriktene og enheten Helse- rehabilitering inngår forpliktende samhandlingsavtaler på ulike nivå om bla: deltakelse, opplæring og aktiv bruk av fagsystemene PROFIL (epj), IPLOS og SAMPRO, kartlegging av tjenestebehov hos brukere, bistand og veiledning, utarbeidelse og bruk av enkeltvedtak-/samlevedtak for

å dokumentere tildelingen og omfanget av bestemte fysio-/ergoterapitjenester, deltakelse i samhandlingsmøter m.v. Innen 2009.

- innen året 2008 vurderes hensiktsmessig organisering for fysio-/ergoterapitjenestene ved enheten Helse- og rehabilitering, i samarbeid med PO tjenestene og BAFA.

6.6 Legetjenesten

I forbindelse med arbeidet med ny pleie- og omsorgsplan i Levanger kommune, så er legetjenesten og legedekningen i kommunen inn mot fagområdet pleie- og omsorg nøye vurdert.

Dagens fastlegeordningen er slik at fastlegen kan tilpliktes inntil 7.5 timer pr uke for utføring av offentlige legeoppgaver i kommunen. Å være tilsynslege (sykehjemslege) er en slik offentlig oppgave som må dekkes av en av fastlegene. Har kommunen mange offentlige oppgaver som skal dekkes, eller disse er satt opp med et behov for mer timer ut over over 7.5 t/uke, så kan det være en utfordring for kommunen å få dekket opp alle sine offentlige lege oppgaver.

I forbindelse med arbeidet med ny pleie- og omsorgsplan, så er også normer for den framtidige legedekningen for sykehjem i kommunen grundig utredet.

Det ble lagt fram sak om dette for Driftskomiteen i møte 12.12.07, PS sak nr 039/07. Dette med bakgrunn i krav fra departementet og Fylkesmannen om en politisk behandling av slik normvurdering av legedekningen ved kommunenes sykehjem, innen den 21.12.07.

Det ble fattet slikt vedtak:

1).

Legetimetallet pr uke for brukere og pasienter ved institusjonene i Levanger kommune må økes opp mot anbefalt normtall.

· 1 ukelegetime per 4 langtidsplasser

· 1 ukelegetime per 1 korttidsplass for opphold av 3-4 ukers varighet

· 2 ukelegetimer per 1 plass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller Rehabiliteringsopphold

· 2 ukelegetimer per 1 plass spesielt beregnet på terminalomsorg

2).

Den anbefalte normen (normtallet) er et mål å nå i tråd med utviklingen i behovet fram mot 2020+, og at dette må knyttes til de vurderinger som skjer lokalt i samarbeid mellom ledelsen ved PO-tjenestene, Helse- rehabilitering, kommunelege 1, sykehjemslegene (tilsynslegene), og ikke minst som følge av samfunnsutviklingen, utviklingen i samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved helseforetakene, kompetanseutviklingen og bruk og tilgjengelighet av enda mer avansert medisinsk teknisk utstyr ved kommunens institusjoner.

3).

Levanger kommune må ha en løpende vurdering av behovet for å etablere en tilsynslegetjeneste på samme måte som sykehjemslegetjenesten for alle brukerne av omsorgsbolig type 3. Dette må vurderes i sammenheng med tiltak forøvrig, og som en del av senere års oppfølging av tiltak i pleie- og omsorgsplanen, etter at den er vedtatt.

Behovsvurdering

Basert på veileder ”Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommune” har kommunelege I utarbeidet spørreskjemaer som er sendt ut til alle kommunens fastleger og tilsynsleger (sykehjemsleger), og ledelse i pleie og omsorg.

- for fastleger, med fokus på kompetanse, sykehjem (kommunikasjon og ansvarsfordeling), hjemmesykepleie (samarbeid), demens, framtidens utvikling
- for sykehjemsleger, med fokus på arbeidsforhold (kontor, utstyr og prosedyrer), kompetanse og personlige interesser, kvalitet (individrettete oppgaver, institusjonsrettete oppgaver).
- for ledelse i pleie- og omsorg, med fokus på organisering og kvalitet (individrettete oppgaver, institusjonsrette oppgaver, framtidens utvikling)

Svarprosenten var 78 % for fastlegene, 100 % for sykehjemsleger (tilsynslegene) og 100 % for ledere i pleie- og omsorg. Det er i tillegg avholdt møte med pleie- og omsorgsledelse i 2 distrikt (Frol-Nesset og Distrikt Sør).

Det er også foretatt en beregning av antall timer etter anbefalte *minimum* normtall fra legeforeningen (herav 40 % avsatt til ubundet tid):

En slik beregning gir følgende legenorm:

- 1 ukelegetime per 4 langtidsplasser
- 1 ukelegetime per 1 korttidsplass for opphold av 3-4 ukers varighet
- 2 ukelegetimer per 1 plass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold
- 2 ukelegetimer per 1 plass spesielt beregnet på terminalomsorg

Normtall brukes på dagens sykehjemsplasser, og er satt inn i modell I.

I modell II brukes både sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjeneste (HDO) i beregningen. Disse boligene er i tilknytning til sykehjem.

Distrikt	Sykehjemsplasser ⁽¹⁾		HelDøgnO HDO	Dagens legetimer	Modell I	Modell II
	Langtid	Korttid ⁽²⁾				
BBT/sentrum	13	13	40	8,5	16	26
Ytterøy	8	1	13	5,0 ⁽³⁾	3	6
Skogn	40	2	0	7	12	12
Åsen	18	2	8	4	6,5	8,5
TOTAL	79	16 ⁽⁴⁾	61	24,5	37,5	52,5

(1) Oppdeling i lang- og korttidsplasser er noe uklar fordi ingen sykehjem kan definere et fast tall på korttidsplasser. Dette vil variere ift behovet.

(2) Korttidsplasser i modell I og II er for tiden alle definert som ”korttidsoffhold av 3-4 ukers varighet” fordi ingen sykehjem har konkret definerte plasser for palliativ omsorg eller aktiv utredning/behandling.

(3) Sykehjemslege (tilsynslege) er til stede i 3,5 timer og tiden brukes både til sykehjemspasienter (1,5 timer) og eldre i omsorgsboliger og hjemmeboende på Ytterøy tilknyttet sykehjemslegens fastlegeliste (2 timer) p.t.

(4) 16 korttidsplasser tilsvarer 10 % av alle sykehjems- og HDO-plasser.

Skal en legge til grunn legeforeningens normtall for anbefalt legedekning, så betyr dette at *dagens* antall legetimer (24.5 t pr uke) minimalt må økes med 53 % (jfr. modell I).

For modell II så må legetimene økes med 114 % *ift i dag*.

Legebehovet til brukere i omsorgsbolig type 3

Et av hovedspørsmålene er om sykehjemslege (tilsynslege) skal ivareta brukere i omsorgsboliger med heldøgns omsorg (type 3) som er tilknyttet sykehjemmet, i tillegg.

Det er åpenbart gode faglige grunner til å diskutere dette ettersom mange av de som er brukere av omsorgsbolig 3 har en helsesituasjon som ikke vesentlig forskjellig fra dem som er i institusjon. Brukere av omsorgsbolig type 3 er ofte like mye funksjonsnedsatt som brukere i sykehjem.

Dette er en gruppe som er karakterisert av både alvorlig funksjonshemming og dårlig helse med høy forekomst av aktiv sykdom. For mange brukere vil være forflytting i seg selv være en betydelig påkjenning (fysisk og/eller mentalt).

Bruk av ambulanse for å komme seg til legekantor er urimelig bruk av disse knappe ressursene, men er et viktig signal om at sykebesøk til disse brukerne er nedprioritert hos flere av fastlegene. Det er samtidig vanskelig å sammenlikne behovene ved Ytterøy/Skogn/Åsen versus sentrum, fordi situasjon i sentrum er mer preget av en lettere fysisk tilgang på flere fastleger i nærheten geografisk til omsorgsboligene.

En annen utfordring i sentrum som kom opp var slik, at mens hjemmesykepleien hadde regelmessige møter med legekantorene (medikamentbestilling, rådgiving vedr. pasienter osv) og sykehjem var dekket med en egen lege, var beboere i HDO-omsorgsboliger i liten grad diskutert på legekantormøter.

Under fastlegeforhandlingene våren 2007, så ønsket kommunen å knytte legesentrene som dekker offentlige tilsynsoppgaver ved sykehjem og omsorgsboliger type 3, enda sterke til institusjonene de fysisk er i nærheten av.

Dette er en fordel for brukerne, legene og for kommunen. I tillegg er det tatt initiativ til at turnuslegene får mulighet til å gjennomføre deler av sin opplæring gjennom å delta i behandlingen av pasientene ved sykehjem. Dette under forutsetning av at turnuslege er sammen med, eller veiledes av erfaren lege.

Det er det statlige myndighetene som har innrettet lovverket slik at de som er i omsorgsbolig skal benytte fastlege som alle andre, mens at de som er på institusjon får dekket sitt legebehov gjennom sykehjemslegetjenesten.

Levanger kommune på administrativt nivå har gitt uttrykk overfor Fylkesmannen-/Helsetilsynet under tilsyn, at denne løsningen ikke er problemfri, og bør tas opp til ny vurdering sentralt ut fra at brukerne av institusjonsplass og omsorgsbolig i mange tilfeller er like syke og har behov for den samme legedekningen.

Det vil heller ikke være problemfritt om kommunen går ut og dekke omsorgsboligene med sykehjemslege. Det må understrekes at alle beboere i omsorgsbolig (uansett type bolig) er å betrakte som hjemmeboende, og de har følgelig krav på å kunne benytte egen fastlege på lik linje med alle andre innbyggere i kommunen. Kommunen vil også måtte dekke et utvidet tilbud for egen regning.

Allmennlegeutvalget i Levanger støtter en endring med at sykehjemlege også dekker brukerne av omsorgsboligene (spesielt BBT), og uttrykker samtidig et sterkt ønske om at det gjennomføres en slik endring. Allmennlegeutvalget ønsker også at ny norm iverksettes så raskt som mulig med en økning av antall legetimer pr uke ved våre institusjoner.

Det kom også fram at ikke alle sykehjemsleger har et eget kontor eller har tilgang til datamaskin, inkl. skriver. Det er en generell misnøye vedr. bruk av Profil som vurderes lite egnet til legens bruk.

Kommunen vil vurdere programbruk i sykehjem. Sykehjemslegens deltagelse i et slikt arbeid vil være sentral fordi legen har en omfattende rolle i videre henvisninger/kommunikasjon med fastleger, sykehus, laboratoria m.m.

Man vil få en bedre kvalitetssikring av samarbeid i forhold til medisiner, rapporter, møter osv med et godt utviklet elektronisk nettverk. Kommunen må i framtiden prioritere elektronisk kommunikasjon slik at systemet blir bedre kvalitativt og mer effektivt.

Dette betyr konkret planlegging og tilrettelegging av følgende faktorer:

- ta i bruk/ forbedre bruk av elektroniske pasientjournaler, inkl. gode rutiner og god kultur knyttet til dokumentasjon
- inngå samarbeidsavtaler med sentrale samarbeidspartnere (bl. a. fastleger og helseforetak)
- tilrettelegge teknisk infrastruktur, sikkerhet og systemer og legge til rette for oppkobling til Norsk Helsenett
- øke tilgjengeligheten for kontakt med fastlegen/tilsynslegen ved de 2 siste kommunale legesentrene via nettløsninger, eller annen elektronisk kommunikasjon

Det er god tilgang til medisinsk utstyr for å kunne undersøke pasienter. Sykehjem ikke direkte tilknyttet legekontor bør ha eget EKG apparat og utstyr til suturering. Tilstedeværelse og bruk av annet utstyr som O₂ måling, IV medisiner, gastroduodenal sonde, o.l. må veies opp imot sykehjemmets spesialisering og kompetanse.

Ved siden av tilstrekkelig arbeidstid og gode arbeidsforhold, så er kvalitet også relatert til

- god ansvarsfordeling
- god kommunikasjon eller informasjonsflyt
- god samhandling
- korrekt prioritering
- god kompetanse

I situasjoner med flere søkere enn kortids/langtidsplasser ledig, kan en tenke seg at den medisinske vurderingen kan være en viktig faktor i endelig avgjørelse.

Fastlegens og sykehjemslegens ansvar må tydeliggjøres sterkere internt i tjenestene, og mellom legene.

Fastlege får oftest ikke automatisk epikrise fra sykehjemslege etter korttidsopphold ved sykehjem, og fastlegen vet da ikke at en pasient har flyttet til sykehjem slik at sykehjemslege ikke har (oppdaterte) medisinske opplysninger på denne pasienten.

Et god utbygd helsenett kan forenkle kommunikasjon, men gode rutiner for å få tilsendt slik info er like viktig.

Tiltak for å bedre legetjenestene for brukere av pleie- og omsorgstjenester

- legedekning ved sykehjem følges opp i tråd med de premisser og vedtak som ble fattet av Driftskomiteen under behandling av sak PS 2007/039, i møte 12.12.07.
- det gjennomføres konkrete tiltak for å bedre sykehjemslegene-/tilsynslegene sine fysiske arbeidsforhold og behov for nødvendig teknisk og medisinteknisk utstyr ved institusjonene, innen utgangen av 2009.
- ansvarsforhold og rutiner mellom fastlegene og tilsynslegene avklares i en prosess med legene, innen utgangen av 2009.
- i løpet av 2010 startes et 3-årig forsøk som det søkes økonomisk støtte til hos Fylkesmannen eller andre eksterne instanser, om en tilsynslegetjeneste på samme måte som sykehjemslegetjenesten for alle brukerne av omsorgsbolig type 3 i kommunen. Viss dette vanskelig lar seg realisere, så prioriteres først og fremst omsorgsbolig type 3 på BBT, i forsøket.

6.7 Institusjonsplasser / omsorgsbolig type 3 (med heldøgns bemanning)

Levanger kommune har 97 institusjonsplasser til sammen ved BBT, Ytterøy, Åsen og Skogn og i tillegg 7 institusjonsplasser Avlastningsboligen for barn og unge i Okkenhaugsvegen.

Det er i tillegg 52 omsorgsboliger type 3. Dette er ikke institusjonsplasser, men boliger med heldøgns bemanning i tilknytning til personellbase/sykehjem.

Distrikt sør: Åsen helsetun 20 inst. plasser + Skogn helsetun 42 inst. plasser

Distrikt Nettet-Frol: BBT 26 inst. plasser + 40 leiligheter omsorgsbolig type 3 på BBT

Distrikt Sentrum-Ytterøy: Ytterøy helsetun 9 inst. plasser + 2 leiligheter omsorgsbolig type 3, LBAS 10 leiligheter omsorgsbolig type 3.

Alderssammensetningen på beboere i institusjon pr.01.10.07

Tabell 15

Type opphold	Distrikt sør				Distrikt Nettet-Frol				Distrikt Sentrum-Ytterøy			
	50-60	60-80	80-90	90+	50-60	60-80	80-90	90+	50-60	60-80	80-90	90+
Langtidsopphold	1	10	22	13		3	7	3		4	3	1
K-opph. utredning		1									1	
K-opph. avlastning		2	2			1	1			2		
K-opph. annet	1	1	4	1	1	5	11	3		1	1	
Samlet	2	14	28	14	1	9	19	6		7	5	1

Som det går fram av tabell 15, så var det et betydelig overbelegg på institusjonene ved kommunens helsetun + BBT pr. 01.01.07. Til sammen 106 personer tilsier et overbelegg på 9 brukere. 33 av brukerne er under 80 år (bare 3 av disse er under 60 år), 52 personer er mellom 80-90 år og 21 personer er over 90 år. En betydelig overvekt av personer 80+ (ca. 70 %)

Formål

Formålet med sykehjem er medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet, avlastning, permanent opphold, spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede, skjernet enhet for senil demente, dagopphold, nattopphold, terminalpleie.

Bemanning

Grunnbemanningen på kommunens institusjoner er meget forskjellig. Fordeles bemanningen gruppevis, uten og ta med spesialenhetene, ser en betydelige forskjeller (fra 4 ansatte pr. 13 brukere til 4 ansatte pr. 18 brukere og videre til 4 ansatte pr. 20 brukere). Det er også forskjeller i bemanning på natt. Det er gjort forsøk på å få tak i forklaringen på dette, da det ikke skal være noe grunnlag for så betydelige forskjeller. En bedre kartlegging av brukernes pleie- og omsorgsbehov for tjenester i nye registreringsystemer, må kunne gi flere svar. En ser heller ikke bort i fra at det også ligger grunner i etablerte kultur hvor kamp om mer bemanning er gitt uttelling over tid, og historiske forskjeller som ikke er etterprøvd tidligere.

Ytterøy helsetun har 2 nattvakter på 9 beboere med hjemmetjeneste (nattpatrulje ikke tilgjengelig), Åsen har 2 nattvakter på 20 beboere, Skogn helsetun har 2 nattvakter på 42 beboere (derav 15 spesialplasser for demente), Breidablikktunet har 3 nattvakter på 26 institusjonsplasser og 40 omsorgsboliger, mens LBAS har 2 nattvakter på 10 omsorgsboliger gruppe 3, i tillegg til at de betjener hele LBAS.

Det er flere årsaker til forskjellene på natt, spesielt er det store bygningsmessige forskjeller. En er også kjent med at nattevaktens oppgaver på natt utenfor institusjonene varierer mye.

Kompetansen er ganske jevnt fordelt mellom institusjonene. Turnuser og arbeidstid er også ganske likt. Det samme er fordelingen av deltidsstillinger.

Tildeling av institusjonsplass

Tildeling av institusjon skjer ved søknad. Ingen tildeles langtidsplass uten at det først har vært korttidsopphold. Korttidsopphold kan variere fra få dager til 3-6 mnd. De mest langvarige korttidsoppholdene skyldes som regel at bruker venter på tilrettelagt leilighet, eller at heimen må tilrettelegges. Flere på korttidsopphold tildeles etter hvert langtidsopphold, mens relativt mange ruller på korttidsopphold over flere år uten at det før det blir nødvendig med langtidsopphold.

Bygningsmessige forhold

Alle institusjonene i kommunen godt vedlikeholdt, selv om vi må kunne si at de som ble bygd på 80-tallet etter hvert trenger til dels store oppdateringer. Spesielt er det behov for oppdeling i mindre grupper for å gi de demente et bedre tilbud. Dagens utforming med lange korridorer er svært uheldig for denne gruppen. Alle institusjonene har godt med tekniske hjelpemidler tilrettelagt for beboerne etter hvert som blir mer hjelpetrengende. Det er ingen grunn til å tro at noen av dagens beboere på langtidsopphold kan bo i egen heim, men omsorgsbolig gruppe 3 med full bemanning kan være et alternativ.

Framtidig behov

Det er flere årsaker til at det er behov for å øke antall plasser (sum institusjon og omsorgsbolig type 3)

- overbelegg i dag
- endret grensesnitt mot helseforetaket, hvor pasientene utskrives raskere
- grupper av demente/mental svikt krever mer skjerming og endra tilbud. Per i dag regner en med nasjonalt at 66 % av brukerne på institusjon har demens.
- demografiutviklingen. Hvis en samkjører dagens frekvens av brukere i institusjon i aldersgruppene over 67 år med folketallprognosen for aldersklasser, så gir dette et godt bilde på behov.
- det er mulig å oppbemanne og tilrettelegge en del av dagens omsorgsboliger klasse 2 til 3. Det gjelder deler av LBAS, 8 leiligheter i 2.etg. på Åsen helsetun, 23 leiligheter på Holmegården og noe (3-5 leiligheter) på Ytterøy helsetun. Dette bør vurderes

løpende, men det vil ikke tilføre nye plasser til demente og tungt pleietrengende i seg sjøl, men det vil avdempe behovet noe en periode.

- avlastnings/korttid/langtidsplasser for demente i tilknytning til dagsenter tilrås i enheter på 8 plasser. Det er i tillegg behov for en mindre enhet på 4 langtidsplasser for brukere med helt spesielle behov (demens), denne bør være med i første byggetrinn. (8+8+4 =20)
- før byggetrinn 2. så må dette evalueres før en beslutter om det skal være 7 eller 8 i hver enhet.

Føringer

De tidligere politiske føringene om at all videre utbygging av heldøgns plasser i Levanger primært skal skje i tilknytning til eksisterende institusjoner-/omsorgsboliger er sterke.

Det bør være handlingsrom til å utrede og foreslå andre løsninger ut fra hva som er økonomisk og kvalitativt gir den beste løsningen, men en bør først vedta planen om at det skal planlegges med nye plasser. Så får en gå inn med mer bygningsfaglig kompetanse for å foreslå aktuelle løsninger i tilknytning til hver enkelt utbyggingssak, både lokalisering og tjenestetype (institusjonsplasser, eller omsorgsbolig type 3).

En må unngå å komme i en situasjon med å velge dårligere faglige løsninger, uten å få billigere drift. For de grupper som er prioritert ved nybygging, gir ikke en påbygging av eksisterende bygningsmasse det beste faglige tilbudet, og det vil utgjøre en kvalitetsheving å kombinere et dagtilbud på Staup med avlastningsplasser/korttidsplasser/langtidsplasser. Nødvendig utbygging av alle plasser i perioden vil gi en så stor enhet i seg selv, at bemanningsmessig er det grunn til å tro at det er mindre å hente ved en "utvidelse" av dagens institusjoner. Dette må dette settes opp grundige modeller for. Kommunen har ikke økonomi til å tillate seg å velge dyrere løsninger enn faglig nødvendig.

Lokaliseringsalternativer

Det er i forbindelse med utarbeidelse av planen vurdert fire tomtealternativer. Skolevegen (ved Frol oppvekstsenter), Åsvegen 26 (Kommunehuset på Skogn), Staup, og område rundt Staupshaugen Verksted (Staupshaugen).

Det er spesielt vektlagt to momenter i vurderingen:

- nærhet til eksisterende institusjoner
- omgivelser som best tjener behovet hos demente.

Et tredje viktig moment er at en i det lengste vil fraråde og rive tjenlige boliger som i dag er i bruk ved institusjonene, men som må vekk viss det skal bygges ut i forhold til å velge bestemte løsninger.

Påbygging på Breidablikktunet og Skogn Helsetun vil mest sannsynligvis kreve riving av eksisterende hus. I tillegg vil det i disse alternativene være krevende å finne gode nok løsninger for målgruppen.

Faglig så er det vurdert at Staup er det beste alternativet for et dagsenter for demente og med avlastningsplasser-/korttidsplasser-/langtidsplasser. Levanger kommune er pr mai 2008 ikke eier av Staup eiendommen, og det er heller ikke kommunen som alene avgjør om dette kan realiseres. Det er i tillegg et betydelig økonomisk spørsmål for kommunen. Det er flere andre aktører som ønsker seg til Staup, som Innherred Seniorbedrift, Sjefsgården m.fl. Dette vil styrke en plassering av et dagsentret og en utbygging på Staup. De usikre momentene med Staup er som sagt nødvendig arealtilgang gjennom erverv, og det påfølgende

reguleringsplanarbeidet, og dermed tiden det tar å realisere en utbygging i forhold til behovet som ikke tar en pause. Spørsmålet knyttet til erverv, vil neppe bli avklart før godt ut i 2008.

Staupshaugen er et godt alternativ. Arealet er nevnt i boligsosial handlingsplan som et aktuelt areal for omsorgsboliger, og vil kreve regulering. Nærheten til Staupshaugen Verksted er et positivt element i dette.

Kostnader ved årlig drift etter 1. byggetrinn

Det er beregnet og anslått (i 2007) ca. kostnader med den årlige driften etter 1. byggetrinn, med dagsenter og 20 plasser. Bemanningsfaktoren er den samme om en velger institusjon eller omsorgsbolig type 3. (Selve utbyggingskostnadene kommer i tillegg).

LØNNSBEREGNING DAGSENTER OG 20 NYE PLASSER:

1 avdelingsleder		
Kostnad kr. 550.000,-		
Bofellesskap 1 / gruppe 1 2 dagvakter + 2 kveldsvakter 8 beboere Kostnad kr. 3.151.000,-	Bofellesskap 2 / gruppe 2 2 dagvakter + 2 kveldsvakter 8 beboere Kostnad kr. 3.151.000,-	
Bofellesskap 3 / gruppe 3 2 dagvakter + 2 kveldsvakter 4 beboere Kostnad kr. 3.151.000,-	Dagsenter Anslag på 3 årsverk inkl sjåfør Kostnad kr 1.770.000	
1 sykepleier hver natt		Kostnader 20 plasser: Kr. 12.347.000
1 hjelpepleier hver natt	Kostnad kr. 1.242.000,-	Dagsenter: 1.770.000
	Kostnad kr. 1.102.000,-	Sum: 14.117.000

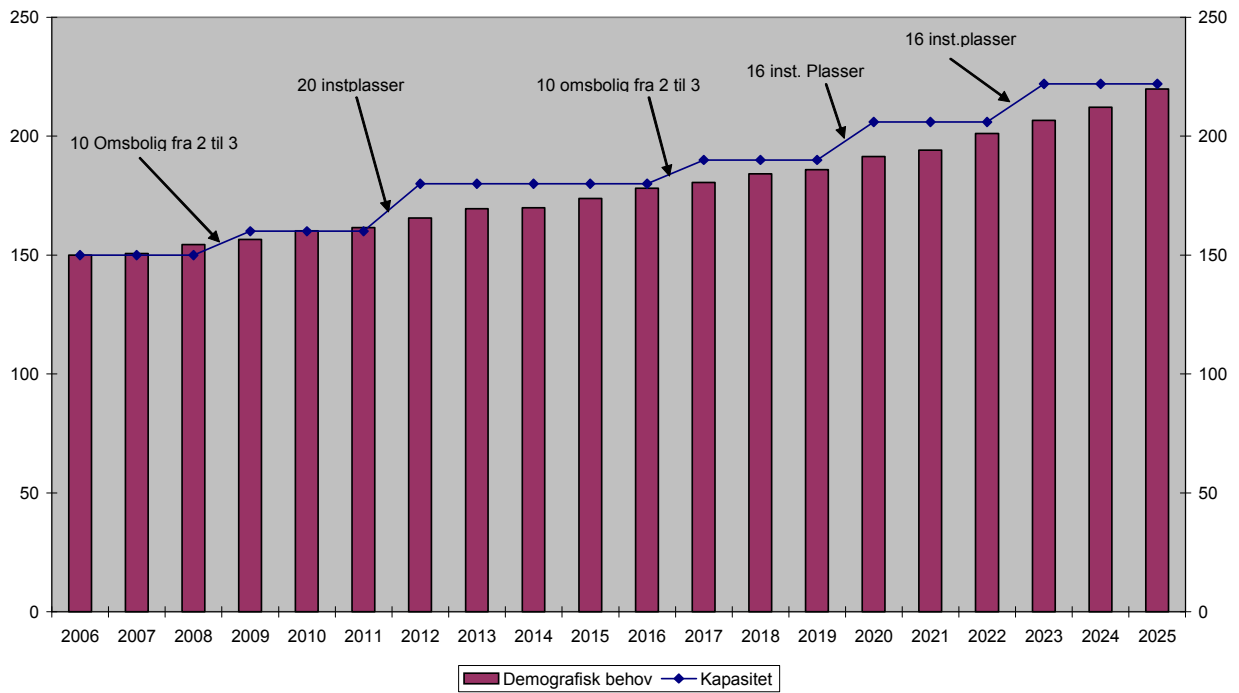
**= her ligger alle lønnsutgifter med fast lønn, sykevikar, ferievikar, tilleggslønn og sosiale utgifter. Andre utgifter som permisjonsvikarer, kompetanseheving, ekstrahjelp (opplæring nyansatte etc) er ikke medregnet.

Erfaringsvis utgjør lønn ca 80% av alle kostnader. Det er ikke tatt med kostnad ved økt merkantil behov, vaktmester, renhold. Ut fra dette vil totalkostnad med dagsenter, eks husleie med 20 plasser bli ca

18.000.000 kr

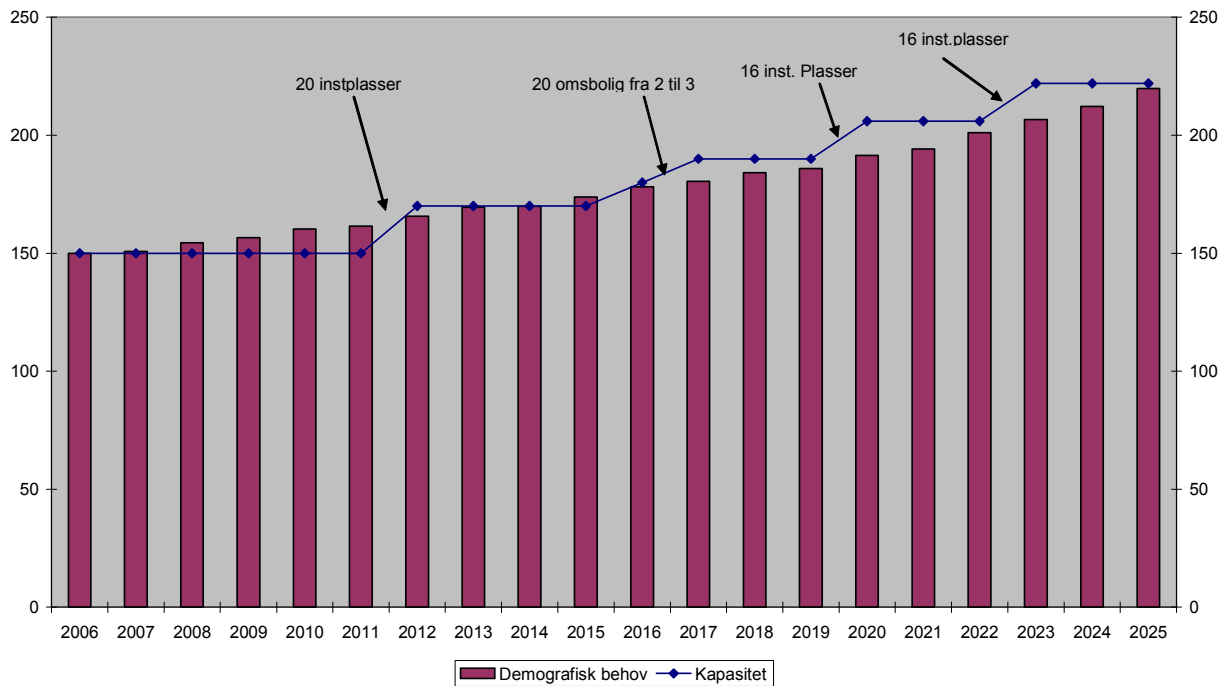
ALTERNATIV 1 – KAPASITETSØKNING - PLASSER

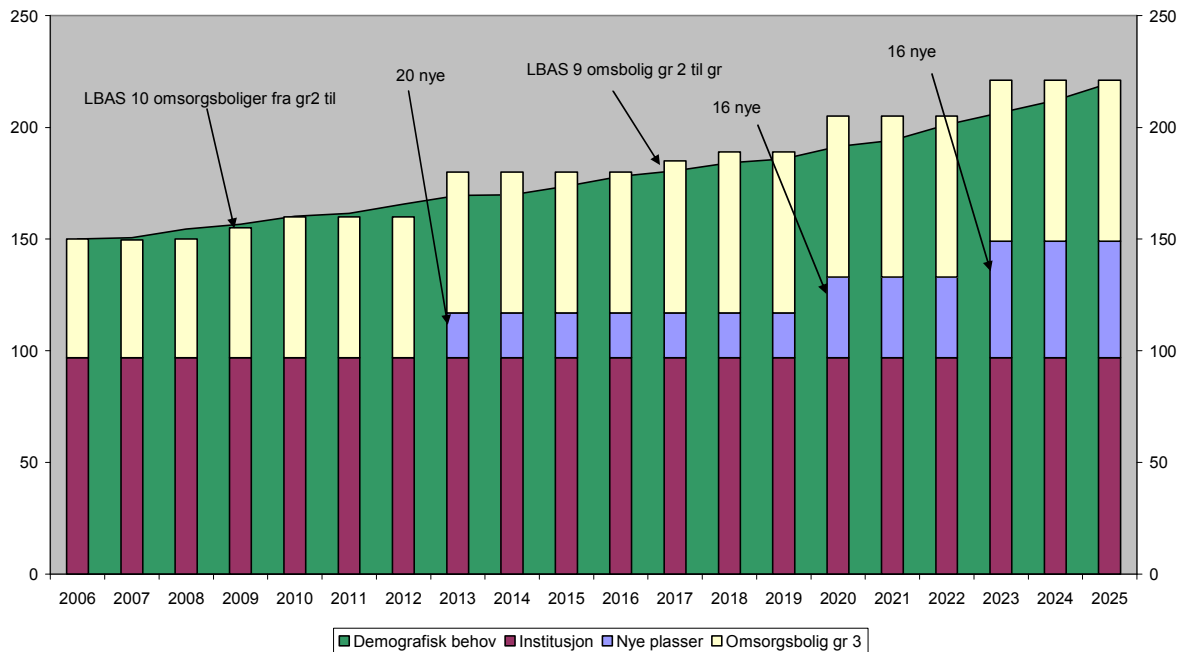
Eksempel på innfasing av heldøgns plasser



ALTERNATIV 2: KAPASITETSØKNING - PLASSER

Eksempel på innfasing av heldøgns plasser



ALTERNATIV 3: KAPASITETSØKNING - PLASSER**Innfasing av kapasitet heldøgns plasser Levanger Kommune****Tiltak for å øke kapasiteten av plasser med heldøgns omsorg / bemanning**

- det planlegges med bygging av 52 nye plasser innen år 2025, gjennom en gradvis opptrapping over 3 byggetrinn. Byggekomitee for 1. byggetrinn nedsettes i løpet av 2008.
 - 20 nye plasser (8x2+4) bygges for demente/mental svikt, senest innen år 2013. 4 av de nye plassene i 1. byggetrinn bygges og organiseres for brukere med helt spesielle behov.
 - 16 nye plasser bygges for demente før år 2020
 - 16 nye plasser bygges for demente før år 2025
- Plassene forbeholdes avlastning, kortidsopphold og langtidsopphold ut fra brukerens behov.
- det legges fram sak om utbyggingen av 1. byggetrinn for politisk behandling i forbindelse med økonomiplan 2010-2013.
- det utarbeides en egen opptrappingsplan for økt bemanning i pleie og omsorg som legges fram for politisk behandling i forbindelse med økonomiplan 2011-2014.

Omsorgsboliger

Først på begynnelsen av 1990 -tallet kom en ny boligreform, som ble starten på en langvarig byggeperiode av omsorgsboliger over hele landet. Omsorgsbolig ble et nytt begrep.

Levanger kommune var svært tidlig ute med å bygge de første omsorgsboligene, og i samarbeid med Levanger Boligbyggelag ble Holsandlia Borettslag v/Skogn helsetun og Ytterøytunet v/Ytterøy helsetun etablert allerede i 1994. For hver leilighet som ble godkjent fikk kommunen utbetalt et statlig tilskudd (tilsvarende dagens kompensasjonstilskudd), den gang på beskjedne 60.000,-, mot dagens ca. 400.000.-

Intensjonen med tilskuddet var den gangen, som nå, å stimulere til å bygge tilrettelagte boliger for mennesker som på grunn av mangel på tilrettelegging i egen bolig ikke kunne bo i eget hjem lenger.

Kravet for og få utbetalt tilskuddet den gangen som nå, var at det måtte foreligge en avtale mellom kommune og utbygger om disponering av leilighetene i et bestemt antall år, og det måtte dokumenteres at det var heldøgns pleie og omsorg i boligene. Fram mot 2003 var ambulerende nattpatrulje og pleie- og omsorg fra hjemmesykepleien ”godt nok” tilbud for å kunne kalle tjenestene heldøgns pleie og omsorg.

For de første boligene var bindingstiden 8 år, for de nyeste boligene er bindingstiden 20 år.

Det statlig utvalget Gjærevoll-utvalget hadde tidligere lagt fram en melding der ”boliggjøring” av eldreomsorgen også ble et begrep. Målet var å sakte, men sikkert bygge ned den gamle, tradisjonelle aldershjemmene og erstatte dem med omsorgsboliger.

De første omsorgsboligene var enkle, små tilrettelagte leiligheter uten fellesareal.

Etter hvert har kravene til omsorgsboligen endret seg betraktelig. De siste omsorgsboligene som er bygd har både fellesarealer, personalbaser, felles bad og skyllerom. Dagens krav for og få utbetalt kompensasjonstilskuddet, er at boligen skal kunne erstatte institusjon viss det er ønskelig.

I en periode på snart 15 år har Levanger bygd ca.125 omsorgsboliger.

Gruppering av omsorgsboligene

En har valgt å gruppere typen av omsorgsbolig i tre forskjellige grupper-/typer ut fra standarden og bemanningen i boligen.

Gruppe 1 er omsorgsboligene fra 1980-90 uten fellesareal og personalrom. Boligene er frittstående, gjerne i rekker, i en etasje og stort sett plassert rundt eller i nærheten av institusjonene på Åsen, Skogn, Nettet og Ytterøy

Gruppe 2 er omsorgsboliger med fellesareal (kanskje med personalrom) med felles inngang, og gjerne i flere etasjer. Det kan være noe fast bemanning i boligen, men ikke døgnbemanning. Eksempler på disse boligene er deler av Levanger Bo og Aktivitetscenter (LBAS), Holmegården på Skogn og Smihaugen på Ekne.

Gruppe 3 er omsorgsboliger med heldøgns bemanning, tilrettelagt slik at beboerne kan bo i omsorgsboligen også med omfattende pleiebehov.

Boligene på nye Breidablikktunet og 3 etg. på LBAS er omsorgsbolig gruppe 3.

De kommunale omsorgsboligene har ”bare” husleie, mens de øvrige har en blanding av innskudd og husleie.

Tildeling av omsorgsbolig

Tildeling av omsorgsbolig skjer på samme måte som tildeling av institusjonsplass eller andre tjenester i pleie og omsorg. Det må foreligge en søknad, og enkeltvedtak fattes. Dette gjelder for alle omsorgsboligene, både de kommunale, de private og de som eies av boligsamvirket.

Det felles Inntaksutvalget for PO i Levanger kommune har et ansvar for tildelingen av plasser, og dette har en viss betydning overfor beboerne med tanke på og skape trygghet, miljø og samhold i alle omsorgsboligene. Men spesielt sårbart blir dette ved tildeling i omsorgsbolig type 1 + 2, der det er lite eller ingen fast bemanning. Alt for stor spredning av alder og behov kan skape utrygghet og uro.

Framtidige behov:

De siste 4-5 årene viser at pågangen for å flytte inn i omsorgsbolig 1, men delvis også 2 avtatt betraktelig. Det kan ha sammenheng med at bostandarden til folk flest øker, og at hus og leiligheter ombygges og tilpasses livsløpstandard, i tillegg har det nok også sammenheng med den omfattende leilighetsbyggingen i kommunen, spesielt i sentrumsområdet av Levanger, men også på Skogn og Åsen.

Store leilighetskompleks fylles opp av middelaldrende, stort sett friske og spreke pensjonister som selger eneboligen og flytter inn i moderen, tilrettelagte leiligheter med heis, garasje i kjelleren og kort veg til butikk og kultur. Det er liten grunn til å tro at disse menneskene tenker å flytte en gang til selv om de får behov for hjelp til daglige gjøremål i huset eller til personlig stell og pleie. Mange av dem velger også å kjøpe seg tjenester i eget hjem, for eksempel renhold.

Det kan med andre ord virke som det private marked mer og mer ”tar over” byggingen av omsorgsbolig gruppe 1, og delvis 2. Det anbefales ikke at det bygges nye omsorgsboliger i gruppe 1 i kommunens regi.

Tiltak for å tilpasse og øke kapasiteten av omsorgsboliger

- boligsosial handlingsplan rulleres før utgangen av 2008, og det utarbeides i den planen en oppdatering av kommunens antatte langsiktige behov for alle typer av boligformer ut fra sosiale forhold innenfor en tidshorisont på ca. 12 år
- omsorgsbolig type 2 tilpasses og bemannes gradvis opp til omsorgsbolig type 3 i tråd med brukernes behov for omsorgsbolig type 3 (LBAS/Holmegården). Konkrete saker om slike endringer legges inn i den årlige rulleringen av økonomiplanen, og det enkelte årsbudsjett.
- 10 omsorgsbolig type 2 omgjøres til type 3 v/LBAS før 2010,
- 9 omsorgsbolig type 2 omgjøres til type 3 v/LBAS før 2017.
- framtidig bygging av omsorgsboliger i kommunal regi, skal være utbygging av omsorgsbolig type 3.

6.8 Ressurskrevende tjenester/brukere

Med ressurskrevende tjenester/brukere menes at den enkelte bruker har så omfattende tjenester i eget hjem at det utløser ekstra tilskudd fra Staten. I mange år har tilskuddet vært langt under det som kunne og burde forventes. Det er som alltid når det skal søkes om refusjon, detaljerte krav til dokumentasjon av de faktiske utgiftene. Regelverket er slik at kommunen søker refusjon for dokumenterte utgifter ut over et bestemt beløp (ca. 800.000,-, og ca 1.175.000,- for utviklingshemmede). Dokumentert merutgift ut over dette beløpet har for Levanger kommune i mange år vært helt ned mot 40%. Sammenlignbare kommuner har oppnådd mellom 60% - 70% refusjon.

En annen utfordring har vært at tilskuddene utbetales året etter at tjenestene iverksettes. I de nye bestemmelsene sikrer staten nå 85 % refusjon av grunnbeløpet over kr. 800.000,- og beløpet skal nå inntekstføres i regnskapet det samme år som tjenestene iverksettes/kan dokumenteres.

Dagens omfang

Pr. i dag er det 10-15 brukere som kommer inn under denne tjenestekategorien. I Levanger har det vært bred enighet om at bruker og pårørendes ønske om å få tjenestene i eget hjem skal etterkommes så langt som mulig.

Det stilles store krav til grundig planlegging, i nært og godt samarbeid med den enkelte bruker, pårørende og ansatte for å lykkes når slike tjenester skal etableres. De faglige utfordringene er ofte krevende, og som regel må tjenestene etableres uten at det er avsatt budsjettmidler.

Til nå har det vært slik at enhetene enten må redusere andre tjenester, eller styre mot et budsjettunderskudd for å gjennomføre slike nødvendige tiltak.

Ved slike etableringer skal det ansettes mange nye medarbeidere på kort varsel, og som får arbeidsplassen tett sammen med bruker, og isolert fra øvrige kollegaer.

Med det omfang vi nå har, og ikke minst kan forvente å komme fortløpende, så er det nødvendig å diskutere om kommunen har faglig og ressursmessig kapasitet til å fortsette på samme måte.

Det understrekes at bruker har sine klare rettigheter til å velge hvor de vil ha tjenestene, men kommunen har ansvar for at tjenestene holder faglige og forsvarlige mål.

Vi kan i den forbindelse vise til Trondheim kommune som har vedtatt at ingen brukere som synes å ha så store behov, får etablere tjenestene i eget hjemm før de har hatt et opphold på institusjon for å utrede de faglige utfordringene. Dette gjelder både for pasienter som skal utskrives fra sykehuset, og hjemmeboende som får slike behov.

Uforutsigbarhet i tjenesteomfang og faglig ressursbehov er hovedårsaken til praksis i Trondheim kommune.

Framtidige behov

Det er vanskelig å spå omfanget av tjenester for denne gruppen, men det er all grunn til å tro at behovet vil øke i årene som kommer. Stortingsmelding 25 har spesielt fokus på gruppen yngre brukere og anbefaler et langt sterkere fokus på å innrette tjenestene i forhold til helhetlige tjenestekjeder som kan bidra til større inkludering og deltagelse i samfunnet.

God dialog med bruker og pårørende er viktig, og det kan i enkelte tilfeller være både riktig og nødvendig å legge frem forslag om tjenester i bofellesskap/bokollektiv i stede for å bygge opp tjenestene i foreldreheimen. Det forutsetter selvfølgelig at det er tilgang på slike leiligheter, eller mulighet for å bygge dem.

Trondheim kommune har også øvrig innført en ordning der pleie og omsorg orienterer Formannskapet når det må opprettes tjenester til en enkelt bruker som overskrider kr. 700.000,-. Det sikrer god samhandling og forståelse mellom politikk og administrasjon i slike faglig krevende økonomisk utfordrende saker.

Tiltak for å tilpasse behovet for ressurskrevende tjenester best mulig

- som hovedregel innføres en ordning der det foretas en faglig vurdering gjennom et utredningsopphold i institusjon før det tas stilling til om tjenester av stort og faglig krevende omfang kan etableres i egen heim hos brukeren. Etableres i løpet av 2009.
- før tjenester av omfang som er større enn kr.800.000,- etableres i egen heim, så skal Formannskapet orienteres om vedtaket.
- det avsettes og øremerkes budsjettmidler til ressurskrevende tjenester som må iverksettes på kort varsel. Ubrukte midler overføres fond, POOL.
- det utredes og reserveres tomteområder til bygging av bofellesskap-/kollektiv for personer med svært omfattende tjenestebehov. Ledig tomt i Marknadsveien kan benyttes til dette formålet. Avklares i løpet av 2009.

6.9 Hjemmetjenester

Hjemmetjenester er betegnelse på tjenester ytt i heimen eller tjenester som innebærer personlig tjenesteyting i forbindelse med aktiviteter eller gjøremål utenfor hjemmet. Tjenestene er i hovedsak hjemlet i Lov om Sosiale tjenester og Kommunehelsetjenesteloven.

Lov om sosiale tjenester har som formål å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte og å bidra til økt likeverd og likestilling og forbygge sosiale problem. Videre skal loven bidra til at den enkelte skal kunne leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

For å fylle lovens krav for tildeling må personen fylle kravet i forhold til § 4-3, Hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv. I forhold til tjenester som er innvilget med hjemmel i Sosialtjenesteloven er det anledning til å kreve egenandel. I forhold til kommunehelsetjenesteloven er kriteriet den som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helsehjelp. Nødvendig helsehjelp organisert som hjemmetjeneste er gratis.

Tjenestene er knyttet til person og ikke i forhold til om vedkommende for eksempel bor i omsorgsbolig. Kommunen har i 2007 etablert omfattende tjenester i hjemmet til personer som har tett bistand gjennom hele døgnet, men også tjenester som innebærer ukentlig kontakt. En tilpasset hjemmetjeneste til den enkelte innbygger gir en god benyttelse av tilgjengelige ressurser og når hjelpen settes inn på riktig tidspunkt vil slik hjelp ofte forebygge og utsette mer omfattende tjenester.

Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA) etter sosialtjenesteloven § 4-2 a til den som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. (hjemmehjelp, miljøarbeider, assistent, trygghetsalarm, matombringing)

Formålet er først og fremst å yte alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, herunder f.eks. innkjøp av varer, snømåking vedhugging m.v.

Videre omfatter bestemmelsen hjelp til egenomsorg og personlig stell. Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål og skiller seg fra opplæring som hører under skolemyndighetene. Praktisk hjelp og opplæring vil ofte kunne kombineres.

Praktisk bistand er en tjeneste som i stor grad handler om hjelp i hjemmet. Tjenesten etableres ved at det fattes et enkeltvedtak som beskriver tjenestene. I Levanger kommune benyttes betegnelsene miljøarbeidertjeneste og hjemmehjelp for å beskrive praktisk bistand. Videre er organisasjonsformen Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) hjemlet under samme paragraf. Etter uttalelser fra Fylkesmannen i 2007, så er også tjenestene matombringing og trygghetsalarm tjenester som ved behandling bygger på en vurdering i forhold til betegnelsen praktisk bistand. I Stortingsmelding 25 samt i Demensplan 2015 er det Sosialtjenesteloven som hjemler den økte aktiviteten kommunene oppfordres til å gjennomføre med hensyn til å gi dagtilbud til personer som har ønske om og behov for dette.

Hjemmehjelp

Hjemmehjelp er en betegnelse på hjelp som har fokus på bistand i forhold til dagliglivets gjøremål. Eksempel på slike gjøremål er tilrettelegging av måltider, alminnelig rengjøring av boligen, vask av tøy og handling. Tjenesten tildeles ofte sammen med annen bistand, men er ofte også en viktig ”inngangsbillett” for andre tjenester. Det krever at sosialtjenesten og helsetjenesten har et tett samarbeid og en god dialog med tjenestemottaker. En godt tilrettelagt tjeneste vil kunne utsette eller forebygge andre omfattende tjenester.

Brukere av hjemmehjelp i forhold til alder

	20-50 år	50-60 år	60-80 år	80-90 år	90+	Sum
Distrikt sør	2	3	12	39	8	64
Distrikt Nasset/Frol	31	15	23	52	10	131
Distrikt Sentrum/Ytterøy	2	1	13	36	14	66
Sum	35	19	48	127	32	261

Tabellen o viser at en stor overvekt av brukerne som får hjemmehjelp er over 80 år. Av 261 som er tildelt hjemmehjelp, er hele 159 personer over 80 år. Dette er tall som man må ta på største alvor og må føre til at ressursen prioriteres i årene framover. Hjemmehjelp blir mer og mer en del av en større sammenheng, og ideelt sett vil nok en mer raus tildelingspolitikk på hjemmehjelp være med å utsette behov for andre tjenester. Behovet for praktisk bistand-/hjemmehjelp vil i pakt med den demografiske utviklingen med andre ord øke i årene framover. Det er også grunn til å anta at også flere vil kjøpe slike tjenester selv hos private tilbydere, så de selv får bestemme hvem de ønsker skal utføre oppgavene.

Miljøarbeidertjeneste

Dette er en tjeneste som har fokus på bistand i dagliglivets gjøremål samt opplæring i disse gjøremål der dette er relevant. Slik opplæring kan være gjennom tilrettelegging å gjøre kjente oppgaver mer tydelig slik at personer med kognitiv svikt selv kan utføre hele eller deler av oppgaver som en tidligere har kunnet utføre. Videre benyttes miljøarbeidertjeneste til personer som alene ikke er i stand til å kunne oppsøke og benytte arenaer hvor en har et ønske om å delta. Tjenesten er organisert som turnusarbeide og kan noen ganger være sammenlignbar med tjenesten støttekontakt. Miljøarbeidertjeneste er benevnelsen på hovedtjenesten i omsorgsbaser/bofellesskap for personer med bistandsbehov. Tjenesten tildeles også til personer som bor utenfor omsorgsbaser/bofellesskap. Miljøarbeider gir et stort spekter av tjenester, de møter tjenestemottaker i mange ulike situasjoner, og det kan til tider være spesielt utfordrende.

Hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og § 1-3-4

Levanger kommune har organisert hjemmesykepleie i arbeidslag/grupper ved de fire sykehjemmene, samt ved Levanger bo og aktivitetssenter (LBAS). Arbeidslagene-/gruppene yter tjeneste med hjemmel i Kommunehelsetjenesteloven, men også i stor grad etter Sosialtjenesteloven. Klassiske helsetjenester er bistand i forhold til stell av sår og bistand i forbindelse med medikamenthåndtering.

Tjenesten ytes i henhold til vedtak fattet på grunnlag av søknad.

Tjenesten har hatt et sterkt økende omfang, og kompleksiteten i tjenestetilbudet har økt, noe som setter store krav til omfang, organisering og til faglig dyktighet.

Endringer i helseforetakenes drift har gjort at kommunen nå må yte tjenester til brukergrupper som tidligere fikk tjenesten fra spesialhelsetjenesten. Helseforetakene skriver ut pasienter som trenger sammensatte tjenester med stort omfang, dette utfordrer kommunen på å ha nok kompetanse til å følge opp. Det blir svært viktig med samarbeid. I forbindelse med kronikerne vil det være 1. linjetjenesten som må følge opp tjenestemottager. 2.linjetjenesten har veiledningsplikt, som også utfordrer samarbeidsrutinene.

Det er utfordrende med dagens samfunn, hvor det er krav om tilrettelagte tjenester døgnet rundt, og hvor helsehjelp er en del av dette. Flere ønsker å bo heime lenger og det krever mer av hjemmesykepleien. Økning i antall eldre fører til at behovet for hjemmesykepleie for eldre vil øke i takt med institusjonsbehovet. Hjemmesykepleie organisert som helsehjelp er gratis.

Tiltak vedrørende tjenester som hjemmehjelp, praktisk bistand, miljøarbeid og hjemmesykepleie

- den demografisk utviklingen fører til behov for å øke bemanningen ved hjemmetjenesten med 3-4 årsverk årlig i planperioden 2008 - 2025, i snitt. Første gang i 2009.
- sammensatte tjenester i hjemmetjenesten vil kreve ytterligere økning, uten at dette kan tallfestes på nåværende tidspunkt
- oppgradering av omsorgsboliger fra gruppe 2 til 3 vil bety økt bemanning. Dette gjelder i første rekke LBAS og Holmegården.
- det må være en løpende vurdering om når økning i bemanning fører til deling av arbeidslag/grupper.
- det er viktig med store stillingsprosenter i hjemmetjenesten for å gi en bedre tjeneste.
- miljøarbeidertjenesten er en viktig tjeneste som må videreføres og videreutvikles.
- nødvendig at miljøarbeider også gir tjenester til personer som bor utenfor omsorgsbasen/bofellesskapet.

Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en organisasjonsform for å gi praktisk bistand. Tjenesten er under evaluering, og myndighetene har signalisert en sterkere lovfesting av organisasjonsformen. BPA tildeles personer som er tildelt omfattende tjenester og som har et ønske om å organisere tjenestene selv. Det kan være den enkelte tjenestemottaker som skal organisere tjenestene (arbeidsleder) eller det kan være at tjenestemottaker har en nærpå person som har rollen som arbeidsleder. Tjenesten kan også tildeles i familier som har funksjonshemmede barn og personer med kognitiv svikt.

Pr. 01.10.07 mottar 20 personer BPA. Dette er for noen en god ordning. Det er ingen nedre grense (timer pr. uke) for omfang av tjenester som kan organiseres som BPA. Staten gir stimuleringsstilskudd ved etablering av tjenesten med kr. 100,000,- første året og kr. 50,000,- de tre påfølgende år. Dette tilskuddet skal i all hovedsak gå til rekruttering og opplæring. Stortingsmelding 25 peker på at ordningen med BPA bidrar til større selvbestemmelse og bedre livskvalitet. Ordningen er fleksibel for arbeidsleder/tjenestemottaker og krever stor fleksibilitet fra assistent og arbeidsgiver.

Et viktig moment i denne tjenesten er at bruker er arbeidsleder, mens kommunen er arbeidsgiver. (Alle assistentene er ansatt i Levanger kommune.) Rekruttering, veiledning og oppfølging av assistentene er kommunens ansvar. Arbeidsleder bestemmer arbeidsoppgavene innenfor vedtak. En stor utfordring framover blir å rekruttere og beholde assistenter. Det kreves egenandel for den delen av tjenesten som er praktisk bistand i heimen.

Det er økende etterspørsel etter denne organisasjonsformen

Tiltak for å klargjøre føringene for BPA tjenestene

- BPA-tjenesten tildeles etter søknad personer med omfattende tjenestebehov.
- arbeidsleder må være helt sentral i utvelgelse av assistent
- Levanger kommune skal fortsatt ha arbeidsgiveransvaret ved BPA ordningen

Trygghetsalarm

Trygghetsalarm tildeles etter søknad.

Noen brukere har kjøpt privat trygghetsalarm.

Pleie og omsorg har mottatt svært mange trygghetsalarmer fra lag og foreninger, gaver som pleie og omsorg setter stor pris på.

Pr. 01.10.07 er det 314 personer som har trygghetsalarm.

Det viktigste kriteriet for og få innvilget søknad om trygghetsalarm, er brukers behov for trygghet ut fra en vurdering av søkers helsetilstand. Trygghetsalarmen er ikke ment å være ”ringeklokke” jfr institusjon, men behovet for å gi akutt hjelp er hovedårsaken til de fleste utrykkingene.

Alle de tre distriktene har egne ansatte som i deler av stillingen har alt praktisk og teknisk ansvar for trygghetsalarmene. De monterer, demonterer og har all service av alarmene. I perioder (spesielt etter tordenvær) kan det bli svært mange oppdrag hvor alarmene må restarteres. Service og batteriskift er også tidkrevende. Det er mange ganger problematisk og følge turnusplan når det blir mange tekniske alarmoppdrag.

Det er for øvrig godt samarbeid om tekniske oppdrag mellom distriktene under ferieavvikling og ved andre fravær.

Turnusansatte på arbeidslagene/gruppene mottar alarmene og rykker ut. Det er tovegs kommunikasjon slik at hjemmesykepleien kan kommunisere med bruker.

Trygghetsalarm er en enkel, effektiv og trygg tjeneste som må videreføres og videreutvikles.

Å ha trygghetsalarm virker også forebyggende. En ser at behovet for flere ansatte for å dekke de praktiske oppgavene med trygghetsalarmer vil komme etter hvert. Behov for flere trygghetsalarmer vil øke i takt med demografisk utvikling, men det er ikke mulig og se for seg flere utplasserte alarmer å vedlikeholde uten at det får konsekvenser for bemanningen. Dette kan løses ved at 1 eller to ansatte har dette som hovedoppgave i hele kommunen, eller det fortsetter som nå, men den ansvarlige i hvert distrikt får færre og til slutt ingen oppgaver i pleien.

Det er også et alternativ at den/de personene som har praktisk/teknisk ansvar for trygghetsalarmene, også får et større ansvar for bilparken, telefon og data i sitt distriktet.

Bil og telefon

Dagens ordning med bil og bilhold er ressurskrevende for den enkelte hjemmesykepleier som er ”bilfadder” når pleieoppdrag skal kombineres med renhold og service av bilene. Det er mange forskjellige personer som kjører bilene, og dessverre er det ulike holdninger og kunnskap om nødvendigheten av å holde bilen i orden. Det er grunn til å tro at en bilansvarlig i hvert distrikt vil ha større mulighet for å følge opp bilene.

Når det gjelder tekniske og praktiske utfordringer med telefon faller dette i dag ofte på avdelingslederne. Det er ekstraarbeid som alltid må prioriteres fordi ”utstyret må fungere”. Også disse oppgavene burde kunne legges til for eksempel trygghetsalarm- og bilansvarlig.

Tiltak for å sikre bedre håndtering av trygghetsalarmer, telefoni og leiebiler

- det settes av midler til innkjøp av nye trygghetsalarmer, og utskifting av gamle modeller
- enhetene fortsetter med egne ansvarlige for trygghetsalarmene, og etter hvert som antall trygghetsalarmer øker frigjøres de tilsvarende for pleieoppdrag.
- ansvarlig for trygghetsalarmene tildeles også et praktisk ansvar for leiebiler og telefoner ved enheten

Matombringning

Matombringning er en viktig, forebyggende og effektiv tjeneste som har funnet sin form.

Fram til nå er dette regnet som en ikke-lovpålagt tjeneste. Presiseringer i rundskriv I-6/2006 fra Sosial og helsedirektoratet gjør at man nå må vurdere denne tjenesten som en del av Lov om sosiale tjenester. Dette ut ifra at matombringning i mange tilfeller ytes som en erstatning for lovpålagte tjenester i brukerens hjem. I slike tilfeller skal tjenesten vurderes etter § 4.3 / § 4.2.a *praktisk bistand* i lov om sosiale tjenester samt at det i beregningen av egenandel skal tas hensyn til skjermingsregelen for de med inntekt under 2G.

Matombringning kan fortsatt ytes som en tjeneste utover behovet for tjeneste etter § 4.3 da etter en egenandel vedtatt av kommunen da med selvkostutgifter som et øvre tak.

En iverksetting av denne presiseringen fører til reduserte inntekter på egenandel til kommunen fra 01.01.08.

Tjenesten innebærer at en kan bestille måltider som en får brakt til heimen. Det alminneligste er varmmat, men det er også anledning til å bestille tørrmat. Personer som selv ikke er i stand til å tilrettelegge måltider vil få denne tjenesten med hjemmel i Sosialtjenesteloven, da betaler tjenestemottaker kostpris. Den som bestiller tjenesten og mottar den uten hjemmel i Sosialtjenesteloven betaler også for produksjon og transport.

Som det går fram av tabell 1, bringes det ut ca.75.200 porsjoner med mat i året fra de 4 produksjonskjøkkenene i kommunen. I tillegg kommer maten til institusjonene og Levanger bo og aktivitetssenter. Det aller meste er varm middag. De fire produksjonskjøkkenene er LBAS – Skogn helsetun – Ytterøy helsetun og Åsen helsetun.

Bortsett fra LBAS er det frivillige, enkeltpersoner og eller representanter fra lag og foreninger som kjører ut maten. Hver enkelt har en godtgjøring på kr.100,- per dag (kr.200,- søn- og helligdag) i tillegg til kjøregodtgjøring etter statens satser.

På LBAS er det Innherred Produkter som har kjøringen. De har en godtgjøring på ca. kr.30,- pr porsjon. Fra alle kjøkkenene bringer også hjemmesykepleien ut en del av maten.

Flere ganger har tjenesten vært evaluert, både internt og eksternt. Antall produksjonskjøkken og varm kontra frosset middag har vært tema. Det er stor enighet blant tjenestemottakere, kjøkkensjefer og ledelse i pleie- og omsorg at varm mat er det beste. Antall produksjonskjøkken er også vurdert, og opprettholdes slik dette er organisert i dag.

Det er også viktig å merke seg at omfanget har økt betydelig de siste årene, og det ser ikke ut til at pris er avgjørende for å benytte seg av tilbudet.

Det kan i perioder være problematisk å rekruttere nye kjørere, og arbeide med dette må prioriteres høyt i årene som kommer. Her kan avtaler med lag og foreninger (gjennom frivillighetsentralen) bli nødvendig. Det er også grunn til å tro at godtgjøringens størrelse bør vurderes.

I desember 2007 kostet tjenesten som følger:

H. Egenandeler for salg av varm middagsmat Stor porsjon	kr. 60,- pr. porsjon
Liten porsjon m/ dessert	kr. 55,- pr. porsjon
Liten porsjon u/ dessert	kr. 50,- pr. porsjon
Middagsmat levert i heimen	kr. 65,- pr. porsjon

Abonnement matsservering alle måltider

Kr. 2.350,- pr. mnd

Tiltak for å utvikle tilbudet om matombringning

- dagens ordning med matombringning fortsetter og videreutvikles i takt med den demografiske utviklingen
- det er viktig å vurdere behovet for, og iverksette tiltak i forhold til praktisk hjelp og tilrettelegging som gjør det mulig for tjenestemottaker å innta måltidene
- det må være kontinuerlig fokus på rekruttering av frivillige transportører til matombringingen

Sosialtjenesteloven § 4-a). Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Formålet med reglene i dette kapittel er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av makt og tvang.

Levanger kommune har i 2007 ikke fattet vedtak etter denne paragrafen i lovverket. Sannsynligheten er stor for at dette er på grunn av at kommunen ikke har hatt stort nok fokus på denne tjenesten. Bakgrunn for denne antakelsen er faktisk kjennskap til etablerte tiltak og statistisk materiale. Det er i 2007 etablert dialog med Fylkesmannen i Nord-Trøndelag i forhold til å bedre saksgangen og utførelse av disse tjenester, og arbeidet vil kreve tett oppfølging i årene fremover.

Fylkesmannen i Nord Trøndelag har i dialogen anbefalt at den enkelte ansvarlige terapeut skal ha kompetanse i forhold til etablering av tjenester til den enkelte tjenestemottaker, og da spesielt med tanke på å vurdere om tjenesten kan innebære bruk av tvang og makt. Videre anbefaler Fylkesmannen at det etableres særlig saksbehandlerkompetanse i forhold til fatte vedtak etter Sosialtjenesteloven § 4-a.

Tiltak for å styrke kunnskapen om rett saksbehandling ved bruk av tvang

- en saksbehandler får særlig kompetanse i forhold til å behandle vedtak etter Sosialtjenesteloven §4-a) om bruk av tvang, dette innen 2008.
- tjenesteytere som yter tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning skal årlig ha gjennomgang av aktuelt lovverk, miljøterapeuter i det enkelte arbeidslag har et særlig ansvar for dette.

6.10 Dag/aktivitetstilbud

Tabell 18 (Oversikt pr.20.10.07)

Distrikt	Transport	Hvor er dagtilbudet	Antall Brukere	Kompetanse	Antall ansatte	Års v	Merknad
Distrikt sør	Distriktet har egen buss	Åsen helsetun 2dager pr. uke Skogn helsetun 3 dager pr. uke	28	1 Sjøfører/miljøarbeider i 100% st 2 Aktivitører med fagkompetanse i 25% st	3	1,5	Sjøføren er også miljøarbeider i dagtilbudet på både Skogn og Åsen Enkeltpersoner kan komme også på dager som ikke har tilbud, men de må skaffe egen skyss. Ikke spesielt tilrettelagte aktiviteter på disse dagene
Distrikt Neset-Frol	Leier transport av Staupshaugen verksted	LBAS 5 dager pr. uke	34				
Distrikt Sentrum-Ytterøy	LBAS: Leier transport av Staupshaugen verksted Ytterøy: Pleiepersonalet i turnus henter brukerne. Brukerne ordner selv skyss tilbake	LBAS 5 dager pr. uke Ytterøy helsetun 3 dager pr. uke	14 5	Ytterøy: Drives av frivillige og pleiepersonalet	5 Noe variabelt	2,47 40%	LBAS: Daglig 19-20 brukere Ytterøy: Ved særlige behov innvilges dagopphold ved institusjonene andre dagene

Aktivitetstilbud

Foruten Staupshaugen verksted, gir Levanger kommune i dag organiserte aktivitetstilbud ved de fire sykehjemmene. I tillegg gis det tilbud ved Levanger bo og aktivitetssenter (LBAS). Videre gis det aktivitetstilbud på timebasis til personer som på grunn av funksjonshemming eller sykdom har behov for dette. Slike tilbud samarbeider også med tilbud i regi av enheten for Helse- rehabilitering, eller er enkeltstående tjenester.

Det er naturlig at Staupshaugen verksted gis i oppgave å utrede og foreslå et kommunalt aktivitetstilbud for en bredere gruppe enn det de i dag gir tilbud til. Dette blir særlig aktuelt viss kommunen erverver og etablerer seg ved Staup. Målgruppen som Staupshaugen verksted

må kunne gi tilbud til, kan være personer med Demens, trafikkskadde og personer som på grunn av rusavhengighet eller psykiske plager har behov for en mer meningsfull hverdag.

Aktivitetstilbudet er gratis, men deltakerne betaler for transport og bespising.

Dagens aktivitetstilbud

Dagens aktivitetstilbud er en ren kommunal tjeneste der over 80 eldre hjemmeboende deltar.

Tjenesten tildeles etter søknad, og det kreves egenandel på kr.110,- pr. dag. Egenandel dekker transport fram og tilbake, middag, kaffe og aktiviteter. Stortingsmelding 25 går langt i å antyde at aktivisering gjennom dagtilbud er å anse som en lovpålagt tjeneste ut fra formålsbestemmelsene i Sosialtjenesteloven. Å anse tjenesten som lovpålagt, vil kunne få økonomiske konsekvenser i forhold til krav til omfang og kvalitet.

Dagtilbudene holder til på Levanger Bo og Aktivitetssenter (LBAS), Åsen helsetun, Skogn helsetun og Ytterøy helsetun.

På LBAS er det tilbud 5 dager i uka, de øvrige har 2-3 dager pr. uke.

Distrikt sør har egen buss med sjåfør som også fungerer som miljøarbeider/aktivitør, mens Distrikt Nettet/Frol og Sentrum kjøper transport fra Staupshaugen verksted. På Ytterøy er det hjemmesykepleien som har ansvaret for transport. Alle dagsentrene har aktivitører.

Dagtilbudet har over lang tid ”gått på sparebluss”. Aktivitørstillingene er redusert til et minimum, noe som selvfølgelig fører til at det faglige innholdet i dagtilbudet også er meget redusert. Det er mange demente hjemmeboende som deltar, men det er ikke spesielle opplegg for disse personene. Det er heller ingen skjerming for demente eller personer med mental svikt.

Dagtilbudene bør fortsetter desentralisert slik det er i dag, men det gradvis gjennomføres tiltak for å heve den faglige kvaliteten.

Det er anses som viktig å etableres dagsenter for demente i tilnytning til 1. byggetrinn, og som har kapasitet til å ta imot de nye brukerne. Det nye dagsentret bør derfor bygges i tilknytning til nye avlastning/korttidsplasser/langtidsplasser for brukere med demens/mental svikt. Også dagens dagsenter må bedre tilpasses brukere med demens/mental svikt

Det er ønskelig å utvikle og utvide videre dagtilbud sammen med frivillige aktører. Planene på Staup er spesielt interessante i denne sammenhengen.

Tiltak for å utvikle dagtilbudene

- dagens desentraliserte dag/aktivitetstilbud opprettholdes
- det utarbeides interne aktivitetsplaner ved alle enhetene der transport, aktiviteter og bespising blir tre hovedtema, innen 2009
- det bygges/etableres nytt dag/aktivitetssenter for mennesker med demens og mental svikt. Staupområdet vurderes som et spesielt godt egnet område.
- det nye dag/aktivitetssentret kombineres med nye plasser for avlastning/korttidsoffhold/langtidsoffhold for mennesker med demens og mental svikt.
- det nye dagsentret spesielt tilrettelagt for demente tas i bruk senest innen 2013.

6.11 Avlastningstiltak (Sosialtjenesteloven § 4-2 b)

Avlastningstiltak er en tjeneste beregnet for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Bestemmelsen gjelder både frivillige omsorgsytere og foreldre med omsorgsplikt. Avlastning skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner og bevare sosiale nettverk. Avlastning skal kunne gi pårørende nødvendig og regelmessig ferie og fritid. Avlastning erstatter ikke, men ytes i tillegg til tjenester til den omsorgstrengende.

Avlastningstiltak vil kunne være organisert som avlastningsopphold i institusjon, besøksfamilie samt avlastning i eget hjem eller en kombinasjon av disse ordningene.

Avlastningstiltak organiseres som opphold i institusjon, besøksfamilie samt avlastning i eget hjem eller en kombinasjon av disse ordningene. Institusjonsopphold ytes ved kommunes 4 sykehjem og ved Avlastningsboligen for barn og unge i Okkenhaugveien (med 7 plasser). Sykehjemmene gir avlastning i forhold til eldre omsorgsmottakere, mens Avlastningsboligen for barn og ungdom gir avlastning i forhold til yngre tjenestemottakere.

Besøksfamilie benyttes i stor grad til små barn eller barn med individuelle krav til tilrettelegging. Avlastning i eget hjem betyr at omsorgsmottaker oppholder seg i hjemmet og tjenesteytingen settes inn her slik at privat omsorgsyter frigjøres til å kunne gjøre andre ting. Omfanget for denne tjenesten kan være timebasert eller gå over døgn, denne formen for avlastning benyttes i alle aldersgrupper.

Avlastningstjenester er gratis.

Det er et økende behov for avlastning for flere typer av tjenester og omsorgsbehov, både for barn, unge og pårørende. Avlastning er en viktig forebyggende tjeneste. .

Levanger kommune har tidligere hatt en barnebolig. Den ble avviklet på slutten av 90-tallet. Det synes rimelig sikkert at det vil bli behov for dette igjen i løpet av kort tid. Jfr Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og § 1-3-6.

En stor utfordring er å gi gode, individuelle avlastningstjenester til voksne og eldre.

Tiltak for å yte gode avlastningstjenester

- innen utgangen av 2010 skal avlastningstilbudet for barn og unge vurderes i eget prosjekt der omfang og ulike tilbud evalueres.
- for å sikre god, koordinert saksbehandling som fører til gode samlevedtak, må tjenestene i kommunen bedre koordineres. Distrikt Sentrum-Ytterøy får ansvar for å starte et koordineringsarbeid, oppstart senest i løpet av utgangen av 2008.
- ved behov må det på nytt opprettes en barnebolig, lokalisert nær en base.

6.12 Støttekontakt Sosialtjenesteloven § 4-2 c

Støttekontakt er en tjeneste beregnet for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer.

Støttekontakt innvilges til personer i alle aldre, men det er en overvekt av yngre tjenestemottakere. Myndighetene har ved et landsomfattende tilsyn i 2007 identifisert at dette går igjen i flere kommuner, og det rettes nå fokus på å gjøre tjenesten mer tilgjengelig for flere.

Kommunen har hatt rekrutteringsproblemer i forhold til å finne tjenesteytere og i den forbindelse vil konkurransedyktig godtgjøring være viktig. Fra og med 01.01.08 er timesatsen økt fra kr 79.90, til kr. 100 i budsjett for 2008.

Videre vil det være viktig at den enkelte tjenesteyter får nødvendig veiledning for å kunne løse oppgaven som støttekontakt. Støttekontakttjenesten sin karakter gjør at tjenesteyter har lite kollegialt fellesskap. Levanger kommune har gjennomgått støttekontakttjenesten på bakgrunn av tidligere tilsyn i 2007, og har rettet opp de mangler som er påpekt i tilsynet, selv om kommunen er utsatt når det er flere som får vedtak om støttekontakttjenester enn det er støttekontakter å fordele oppgavene på.

Støttekontaktens viktigste rolle er som regel å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid. Oppgavene vil kunne innebære sosialt samvær og å følge vedkommende til ulike fritidsaktiviteter. Tyngdepunktet i rollen som støttekontakt skal ligge på kontakt og støtte på tjenestemottakers premisser og etter dennes ønske.

Støttekontakttjeneste er gratis.

Størrelsen på godtgjøringa til støttekontakter er en viktig faktor i rekrutteringen. Skolering og oppfølging/veiledning av støttekontakter er andre viktige momenter. Etter tilsyn 2007 påpeker Fylkesmannen at der kommunen ikke er i stand til å iverksette vedtatt tjeneste, plikter kommunen å etablere alternative tjeneste. Fylkesmannen påpekte også informasjonsplikten for alle ansatte.

Tiltak for å bedre støttekontakttjenestene

- godtgjøringen til støttekontakter må årlig reguleres i tråd med pris- og kostnadsutviklingen, og gapet opp til minstelønn for assistenter bør ikke øke.
- distrikt Sentrum- Ytterøy skal fortsatt ha koordineringsansvaret for tildeling, oppfølging/veiledning av støttekontakter.

6.13 Plass i institusjon utenom kommunen (Sosialtjenesteloven § 4-2 d)

Bestemmelsen gjelder sosialtjenesten sitt ansvar i forhold til å søke plass i fylkeskommunale institusjoner innen rusomsorgen for dem som trenger denne form for hjelp.

Denne bestemmelsen omhandler i dag bare rusinstitusjoner. Kommunen kjøper i dag tjenester ved ulike institusjoner i eget og andre fylker. Disse tjenestene er i dag administrert gjennom enheten for Helse- og rehabilitering, i enkelte tilfeller i samarbeid med et av pleie- og omsorgsdistriktene.

Tiltak for å sikre plass i institusjon utenom kommunen

- dagens praksis innen rusomsorgen videreføres for å sikre plass i institusjon utenfor kommunen, og samarbeid mellom pleie og omsorg og Helse- rehab er viktig for å kunne møte disse utfordringene.

6.14 Omsorgslønn Sosialtjenesteloven § 4-2 e

Omsorgslønn er godtgjøring til personer som tar på seg et særlig tyngende omsorgsarbeid

Bestemmelsen gjelder alle som har særlig tyngende omsorgsarbeid, også foreldre med mindreårige barn som foreldrene har omsorgsplikt overfor. Omsorgslønn er en ordning som skal legge tilrette for privat omsorgsarbeid fra pårørende og andre når dette blir regnet som det beste for tjenestemottaker.

Omsorgslønn er en tjeneste en ikke vil kunne ha rettskrav på slik som andre sosiale tjenester er det noe større rom for kommunalt skjønn når det angår omsorgslønn enn andre tjenester.

Omsorgslønn er den siste av de tjenester som kommunen skal ha som er definert i Sosialtjenesteloven § 4-2 e. Det er imidlertid slik at det er § 4-2 som sier hvilke tjenester som søker kan ha rett til, og det er tjenester som er beskrevet i § 4-3 a til d.

Dette forstås slik at søker ikke i utgangspunktet har rett til omsorgslønn. Imidlertid vil det kunne være slik at etter en individuell vurdering av omsorgsmottakers sitt hjelpebehov og en samlet vurdering av de tiltak som kan etableres kan kommunen komme til at det skal innvilges omsorgslønn.

Omsorgslønn er en godtgjøring av privat omsorgsarbeid og det tildeles i timer pr uke. Myndigheten har anbefalt en godtgjøring pr time som tilsvarer begynnerlønn for assistenter. I 2007 ligger en slik lønn på ca. kr 109,- pr time. Levanger kommune benytter en lavere sats, og denne ligger for året 2008 på kr. 67,- pr time etter vedtak om indeksregulering av beløpet på kr. 60,-.

Ved at Levanger kommune benytter en så lav timesats, så fører dette selvsagt til at flere omsorgsytere kan få en del av de avsatte midlene. En betydelig økning av timesatsen krever en betydelig økning av rammene til omsorgslønn, som igjen vil føre til at færre kan få tilbud om omsorgslønn, eventuelt at kommunen må gå inn og tilbyr andre tjenester. Andre tjenester vil kunne ivareta den private tjenesteytingen til et visst monn, men vil aldri kunne ivareta den stabilitet og trygghetsskapende relasjonen privat tjenesteyting gir. I mange tilfeller forebygger omsorgslønn langt mer omfattende og økonomisk krevende tiltak fra kommunen, som ville vært nødvendig hvis privat tjenesteyting ikke var tilgjengelig.

Målgruppen for omsorgslønn er hele befolkningen, men det er i hovedsak foreldre med krevende omsorgsoppgaver i forhold til barn, ektefeller som bistår ektefelle som er alvorlig syk eller har kognitiv svikt eller er dement eller at det er barn som yter betydelig omsorgsarbeid i forhold til foreldre eller andre nærpersoner.

Tiltak for å sikre at de som tar på seg et særlig tyngende omsorgsarbeid kan få omsorgslønn

- godtgjøringen til omsorgslønn må årlig reguleres i tråd med pris- og kostnadsutviklingen, og gapet opp til minstelønn for assistenter bør ikke øke.
- omfanget av bruken av omsorgslønn bør økes i årene framover for å gi tilbud til dem som ønsker å motta privat tjenesteyting, og for å gi en godtgjøring til de som tar på seg et særlig tyngende omsorgsarbeid
- distrikt sør skal fortsatt ha budsjett- og koordineringsansvaret for omsorgslønn.

6.15 Individuell plan

Individuell plan er en rettighet på bestemte vilkår, et verktøy og en arbeidsmetode. Individuell plan er en prosess som innebærer samarbeid og samhandling mellom tjenesteytere og mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det.

Individuell plan er brukerens plan. Brukeren har rett til og oppfordres til å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for brukeren selv i hverdagen og fremtiden.

Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakten med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren.

Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv, eller fra pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.

Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste som brukeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med Individuell plan igangsettes. Har tjenestemottaker behov for tjenester fra andre tjenesteytere, så har disse også en plikt til å samarbeide.

Individuell plan skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.

Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Videre skal det foretas en vurdering og tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov skal koordineres.

Den skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og forskjellige tjenesteytere innen en enheten, eller mellom enheter i en kommune.

Sosial- og helsedirektoratets veileder til forskrift om individuell plan er justert mot endringer i gjeldende lovverk som er gjort siden 2005 og oppdatert i 2007.

Den retter seg primært til alle tjenesteutøvere som yter tjenester til personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester, men kan også være interessant og nyttig for tjenestemottakere og pårørende.

Det er også utarbeidet en brosjyre som gir en kort innføring om retten til individuell plan som i hovedsak retter seg mot brukerne. §7 i forskriften om individuell plan gir et god oversikt over hva en individuell plan kan inneholde.

Samlevedtak

I forbindelse med forarbeidene til ny Sosialtjenestelov og Kommunehelsetjenestelov er begrepet samlevedtak lansert. Levanger kommune har dette som perspektiv i forbindelse med effektiv saksbehandling og bruk av maler ved utforming av enkeltvedtak. Samlevedtak vil i stor grad være dekkende i forhold til behov den enkelte tjenestemottaker har i forhold til å få en nødvendig oversikt over de tjenester denne er tildelt.

Samlevedtak har derimot ingen ting med individuell plan å gjøre.

Individuell plan vil være særlig aktuelle for unge tjenestemottakere som må planlegge fremtiden i egen bolig, og som må ha bistand fra flere enheter og instanser som 2.linjetjeneste og NAV. Videre vil personer med nyervervet funksjonstap være en aktuell målgruppe for utarbeidelse av individuell plan. Alle ansatte har informasjonsplikt om individuell plan.

Tiltak for å styrke arbeidet og forståelsen for bruk av individuell plan

- den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste som brukeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med Individuell plan igangsettes når vilkårene for dette er tilstede og brukeren ønsker en individuell plan. Har

tjenestemottaker behov for tjenester fra andre tjenesteytere, så har disse også en plikt til å samarbeide.

- individuell plan skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.
- (Koordinator får et særlig ansvar om å koordinere individuelle planer).

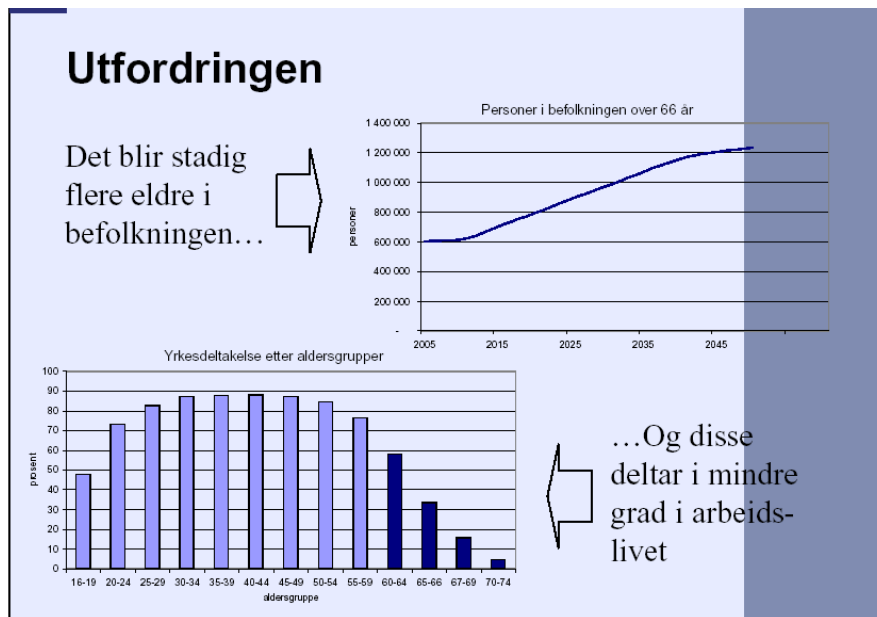
6.16 Kultur - frivillige organisasjoner-/organisert frivillighet

Det er store ulikheter i kultur deltakelse i befolkningen, spesielt liten deltakelse er registrert hos mennesker med psykiske lidelser og mennesker ved institusjonene.

Omsorgsarbeidet i kommunene vil de neste årene stå overfor betydelige omstillingsutfordringer som følge av økende andel av befolkningen med psykiske lidelser, Demografi og befolkningsutvikling. Fra 2010 til 2020 vil antall eldre over 66 år i Norge øke med ca 35%. ca 15-20% av de over 70 år vil utvikle demens.

Lav søkning av helsepersonell til eldreomsorgen - spesielt den ressurskrevende demensomsorgen.

Behov for nye virkemidler for en utvidet og mer helhetlig omsorg med vekt på aktivitet, mestring og kultur. Behov for mer varierte og meningsfulle arbeidsoppgaver for ansatte.



Omfattende forskning viser tydelige sammenhenger mellom kultur deltakelse, mestring og helse. Kulturaktivitet kan bidra til å bekjempe inaktivitet, dempe uro og aggresjon samt redusere depresjon hos eldre og dermed redusere pleiebehovet. Kulturaktivitet bidrar til fellesskap og sosial trening, skaper trivsel og livskvalitet. Kulturaktivitet, ikke minst musikk, har positiv betydning for den psykiske helsen. Helse og kultur kan endre følelser, øke mestring og styrke kreativitet. Forskning viser at systematisk stimulering av eldre med musikk og andre kulturuttrykk kan forsinke utviklingen av sykdom.

Levanger kommune har de siste 10 årene vært en foregangskommune i det nasjonale kultur- og helsearbeidet der kultur benyttes systematisk i det forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeidet for ulike målgrupper, både ungdom og eldre, innenfor psykisk

helsevern og overfor barn og unge med behov for spesiell oppfølging/stimulering. Ulike tiltak i samarbeid mellom kulturenheten, helse- rehabilitering, oppvekst, og pleie- og omsorg. Eksempel: Friluftsgruppen ”Tjuddurn”, (kultur og helse- rehab), ”Mestringsprosjektet” (kultur og skole), allsangkafe (Rådhuset og på institusjonene), ”Musikk og helse i et lokalsamfunn ”Myskjaprojektet” (kultur og pleie- og omsorg). I individualisert musikk som metode i det kliniske arbeidet for en utvidet omsorg for eldre, spesielt demente eldre, så er Levanger kommune en foregangskommune på denne utprøvingen nasjonalt.

I Stortingsmelding 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*, så står det i pkt 2.5.4 (s.13) under Aktiv omsorg: ”En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand. Regjeringen ønsker derfor å legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i enhetlig omsorg”.

I rundskriv I-5/2007 om aktiv omsorg presiseres det at det forventes *større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på kulturtiltak, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.*

Det er en klar forventning om dagaktivitet, og at tilbud om dagaktiviteter defineres som en del av det kommunale omsorgstilbudet, og det påpekes kommunens plikt for å sørge for mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv får en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre jfr. formålsbestemmelsen i sosialtjenestelovens § 1-1 og forskrift om kvalitet i omsorgstjenesten.

Kommunens plikt omfatter derfor også tjenester som skal dekke den enkeltes behov for aktivitet. Det pekes i den forbindelse på dagaktivitet, samt også på støttekontaktordningen, eller et annet passende tilbud.

Det er fremtiden å styrke satsingen på kulturarbeid, og åpne for rekruttering av andre faggrupper inn i omsorgen. Dette vil bidra til økt trivsel og større søkning til omsorgsarbeidet.

Det er viktig å videreutvikle samarbeidet mellom Levanger kommune, Levanger videregående skole, HiNT (helsefag og musikk) i forhold til Myskjaprojektet, vedrørende kompetanseutvikling.

Tiltak for å styrke satsingen på kultur og helse

- kulturtiltakene innen psykisk helsearbeid bør videreføres
- aktivtørbegrepet utvikles til å bli et aktivitets-/kulturbegrep.
- aktivtørene pålegges et langt større ansvar for aktivitet og kultur i institusjonene.
- kultur og helseprosjektene ”Myskja” og ”Askeladden” videreutvikles og får en sentral plass i kultur og aktivitetstiltakene i pleie og omsorg.
- samarbeidet mellom Levanger kommune, Levanger videregående skole, HiNT videreutvikles for å styrke utdanning, videreutdanning og utvikling.
- Levanger kommune tar initiativ mot Nord-Trøndelag fylkeskommune for å søke regjeringen om oppretting av et nasjonalt kompetansesenter for musikk og helse, lokalisert til Levanger.

Frivillighet, den 3-dje sektor

Det er spesielt viktig i pleie og omsorg å holde god kontakt med 3.dje sektor. Enkeltpersoner, lag og foreninger er allerede store bidragsytere, og mange av dem har i mange år bidratt med faste, forpliktende kulturtilbud både på institusjonene, på dagtilbudene og i omsorgsboliger og

bofellesskap. Matombrining basert på frivillig innsats, og mange lag og foreninger yter også stor innsats gjennom Samarbeidsutvalgene.

Stortingsmelding 25 har som nevnt tydelig fokus på aktivisering og retten til kultur. Spesielt viktig er dette for de som bor på institusjon eller omsorgsbolig, og som er helt avhengig av andres hjelp for å delta på kulturaktiviteter. Tidligere brukerundersøkelser sier også med all tydelighet at vi har et forbedringspotensiale på området aktivisering.

Aktivisering må med andre ord få et langt større fokus. Det må utarbeides aktivitetsplaner, og det må utvikles et langt mer forpliktende samarbeid mellom kommunen og de frivillige organisasjonene.

Det bør på alle institusjonene, dagsentrene og lignende oppnevnes en ”kultur/aktivitetsansvarlig” som får ansvaret for å holde kontakt med 3. dje sektor, legge til rette og sørge for at aktiv omsorg blir et begrep, også på institusjonene.

Mange ansatte i pleie og omsorg er selv aktive kulturpersoner, og deres kunnskaper, talent og ferdigheten bør gjøres tilgjengelig for andre ansatte og brukerne ved institusjoner og bofellesskap, omorgsboliger m.v.

Tiltak for å styrke samarbeidet med den 3 sektor - frivilligheten

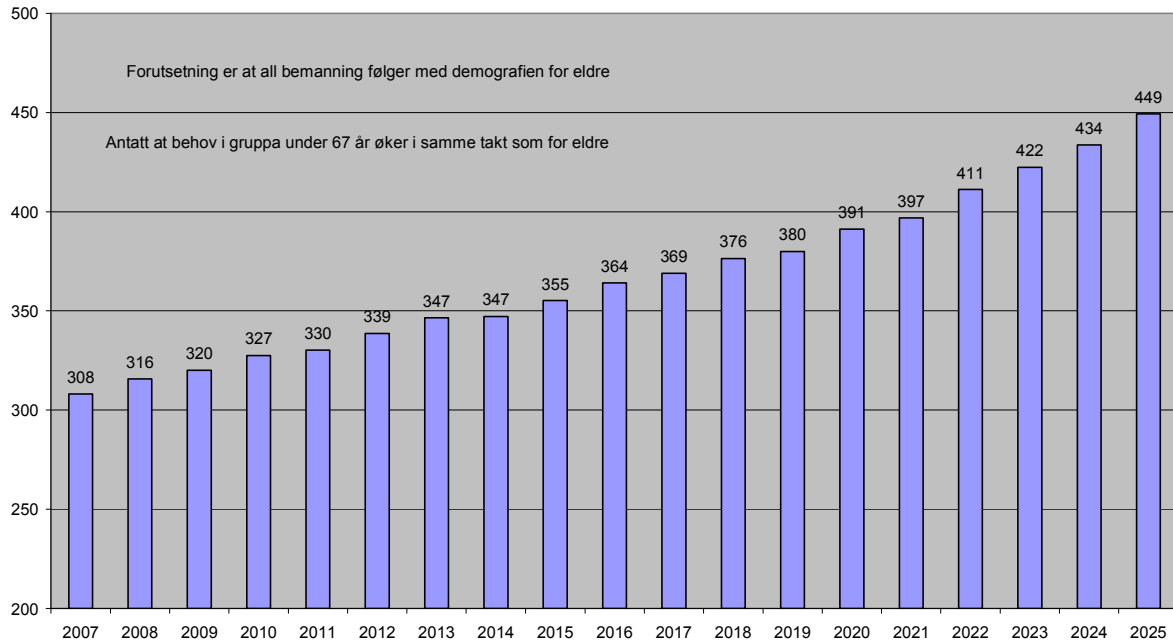
- det utarbeides kulturkalender ved alle enhetene innen 2009. Der er et mål at institusjonene gir et tilbud om kultur og aktivitetstiltak for brukerne hver dag hele uken.
- det oppnevnes kultur/aktivitetsansvarlig ved PO enhetene innen 2008, som får ansvar for å legge til rette for kulturaktiviteter (f eks aktivitørene, eller andre ansatte som er spesielt interessert).
- kultur/aktivitetsansvarlig har ansvar for å holde kontakt med frivillige lag og foreninger, organisasjoner, pårørendeforeninger og enkeltpersoner og sørge for at ansatte tar del i aktivitetene.

7 Kompetansebehov og rekruttering

Utdanning og kompetansebygging skjer over alt i samfunnet og involverer mange aktører.

Grunnlaget for utdanning og kompetansebygging er den basisutdanningen vi har med oss fra grunnskolen og videregående opplæring..

Kommunens behov som organisasjon handler om å ha tilstrekkelig antall ansatte med rett kompetanse i forhold til oppgavene som stadig endrer seg.

Anslag totalt årsverk pleie og omsorg Levanger Kommune i perioden 2007-2025

7.1 Kompetansebehov

Spesielt for pleie og omsorg blir det en stor utfordring å rekruttere nok ansatte med rett kompetanse i årene som kommer. Med den demografiske utviklingen mot 2025+ som bakteppe, vil behovet for å foreta nyrekruttering i nye stillinger, og nyrekruttering som erstatning for ansatte som går av med pensjon være formidabelt.

Bare behovet for nye årsverk som følge av nyoppretting av stillinger mot 2025+, vil ligge på over 140 årsverk. Nyrekruttering for å erstatte de som går av med pensjon fram mot 2022? vil ligge på ca. 130 årsverk, og utgjør over 200 personer.

Det er grunn til å tro at kompetansesammensetningen i pleie og omsorg i planperioden blir i hovedsak lik dagens, men behovet for flere høyt kvalifiserte helsearbeidere vil øke. Å rekruttere og skolere nye ledere blir en stor utfordring framover. Mye negativ fokus på pleie- og omsorg de siste årene gjør mest sannsynlig utfordringene større enn de burde vært, men desto mer utfordrende.

Nødvendig fagkompetanse framover:

- Høgskoleutdannet personell både med og uten spesialkompetanse (sykepleier, vernepleier, ergo- og fysioterapeuter, saksbehandlere)
- Helsefagarbeidere med og uten spesialkompetanse
- Aktivitører/kulturarbeidere
- Kjøkkenarbeidere med og uten fagbrev
- Renholdere
- Leger
- Merkantilt personell med fagutdanning
- Ledere

7.2 Rekruttere og beholde

Den vedtatte opplæringsplanen for felles helse (adm utvalget desember 2007) gir en god oversikt over dagens kompetanse, videre oversikt over kompetansebehov, og ikke minst viser

den hvordan pleie og omsorg planlegger i forhold til intern og ekstern kompetanseheving. Det blir viktig og legge opplæringsplanen til grunn for å sikre kompetanseutvikling.

En av hovedutfordringene blir hvordan pleie- og omsorg klarer å gjøre seg attraktiv, slik at Levanger blir førstevalget for mange av de unge som etter hvert kommer på arbeidsmarkedet. Pleie- og omsorg er en virksomhet med aktivitet hele døgnet og alle dager hele året. Utfordringen er å gi et fleksibelt tilbud om arbeidstid innenfor disse rammene med de fordeler og ulemper turnusarbeid gir.

Rekruttering inneholder to hovedutfordringer:

- å beholde egne ansatte lengst mulig
- å utarbeide planmessige gode tiltak for å rekruttere nye medarbeidere

HiNT sine ressurser og prioriteringer er særdeles viktig for å øke utdanningskapasiteten for spesielt sykepleiere. Et samarbeid mellom HiNT og kommunen om et utvidet tilbud for deltidsutdanning i sykepleie (event. også videreutdanning) vil bli forsøkt utviklet. Dette bør kunne kombineres med en deltidsstilling i kommunen for slike deltidsstudenter. Kommunen vil delta på et møte med HiNT i løpet av våren 2008 for å se hva som er mulig å få til for å styrke utdanningskapasiteten for sykepleiere ved HiNT Levanger.

Tiltak for å styrke muligheten til å beholde, utvikle og rekruttere nye medarbeidere

- livsfaseorientert personalpolitikk, jfr. personalpolitisk plan.
- utarbeide retningslinjer for velkomst, presentasjon og oppfølging av nye medarbeidere
- aktivt bruk av seniorpolitiske tiltak.
- avvikle all uønsket deltid (jfr. ellers K-sak – PS 08/07).
- innen 2011 skal ingen ansatte i turnus uønsket arbeide mer enn hver tredje helg. (for å kunne gjennomføre dette, kan det opprettes faste helgestillinger for studenter og fagarbeidere).
- systematisk satsning på faglige/tverrfaglige nettverksgrupper
- føre en aktiv personalpolitikk
- samarbeide tett med utdanningsinstitusjonene i regionen
- følge opp vedtatt opplæringsplan med internopplæring og kompetanseheving.
- aktiv satsing på lærlinger i tråd med normen i KS
- nye faggrupper inn i pleie- og omsorg
- systematisk kvalifisering av våre nye landsmenn og kvinner
- mulighet for faglig og personlig utvikling
- Medarbeiderskapsprogrammet gjennomføres og utvikles lokalt
- aktiv rekrutteringspolitikk / attraktive arbeidsvilkår
- god ledelse og gode arbeidsplasser
- utprøvende på arbeidstidsorganisering

7.3 Organisering av de framtidige tilbudene

Enheter/distrikt

Organisering av pleie- og omsorg har vært gjenstand for både intern og ekstern utredning de siste årene. Agendarapporten konkluderer med det som er dagens organisasjonsmodell, distrikt sør – distrikt Nesset/Frol – distrikt Sentrum/Ytterøy og Staupshaugen Verksted.

Det er drøftet grundig om det er behov for å endre dagens enhetsstruktur, men en er kommet fram til at det vil være svært uheldig på nåværende tidspunkt. Den nye strukturen må få virke noen flere år før den evalueres, og eventuelt vurderes på nytt. Det har ingen hensikt å endre for å endre, det må ha en mening, et mål, og organiseringen er kun til for så støtte opp under

en hensiktsmessig inndeling av tjenesteproduksjonen, sikre god kontroll, og en effektiv utnyttelse av ressursene.

Samtidig er prosjektgruppen klar på at endring på sikt både kan og vil bli nødvendig, og understreker også hvor viktig det er å bygge en organisasjon som er endringsvillig. Det må hele tiden være en bevisst holdning i alle ledernivåer om at endring skal skje kontinuerlig, og det påligger lederne et stort ansvar å skape en organisasjon med endringsvillige ansatte.

Endringsvilje, tilpassing, samarbeide og samhandling med øvrige enheter i kommunen må også bedres. Felles helse har i 2007 og 2008 kommet lengre i å bedre samhandlingen, og PO enhetene har tatt mange steg i den retning det siste året.

En ressursmessig ”alles kamp mot alle” er forsøkt erstattet med et grunnsyn om at kommunen forvalter en tjeneste med flere innganger, og at ressursene utnyttes best gjennom aktiv deling og fordeling av pluser og minuser.

Oppretting av felles Inntaksnemd for pleie- og omsorg siden i mars 2008 har så langt vært en suksess for å utnytte kapasiteten til beste brukerne, og for tjenestene. Det er behov for å lage kjøreregler og skriftliggjøre prosedyrer og mandat for Inntaksnemda, men den gode holdningen og den planmessige tenkningen er på plass.

Dagens struktur bør også evalueres innen utgangen av 2009.

Integrert modell:

Samarbeid og felles utnytting av personell og kompetanse mellom hjemmetjeneste og institusjon og mellom ulike arbeidslag i hjemmetjenesten har vært praksis i mange år. Enkelte enheter/distrikt/avdelinger praktiserer full integrering, som betyr at alt pleiepersonell arbeider både inne og ute. Andre har gjennomført delvis integrering.

Det er mange årsaker til både å fortsette og å videreutvikle denne ordningen:

- den er ressursbesparende
- kompetansen utnyttes bedre
- brukerne blir kjent med personalet som jobber på institusjon

Samordning mellom distriktene/enhetene

Det er viktig at innbyggerne i Levanger opplever at de bor i en og samme kommune, og at de føler at alle deler av kommunen kan tilby de samme tjenestene.

Tiltak for å bedre samhandling, koordinering og organisering

- dagens organisasjonsmodell evalueres innen utgangen av 2009
- for å utnytte kompetanse og økonomiske ressurser best mulig opprettholdes og videreutvikles integrert modell
- før juni 2008 er tidligere inntaksprosedyrer endret ved at det er opprettet ett inntaksutvalg for hele kommunen, utstyrt med eget mandat, og med avklarte skrevne prosedyrer og kjøreregler for tildelingen av de tjenester for utvalget tas avgjørelser på.
- (Etablere Koordinerende enhet som system innen utgangen av 2010).

Lokalisering

Det er ikke funnet grunner til å sette dagens lokalisering av institusjoner og baser for hjemmetjenester under lupen med tanke på endring, eller flytting. Holdningen er at dette bør opprettholdes som i dag. Utbygging av nye plasser og nye baser må plasseres slik at driften

krever minst mulig ekstra ressurser. Det bør heller ikke føre til alt for mye sanering av omkringliggende bygninger.

Tiltak i forhold til lokalisering av baser, institusjoner og boliger

- dagens institusjoner opprettholdes
- dagens baser/avdelinger for hjemmetjeneste opprettholdes
- nye institusjoner og omsorgsboliger bør etableres så nært eksisterende bygninger som mulig
- det vises til de anbefalte tomteområdene for nybygging av plasser
- i forbindelse med nybygging, så bør det hvis mulig, ikke rives eksisterende boliger nært institusjoner og baser

Saksbehandling:

Pr i dag skjer all saksbehandling i pleie- og omsorg i hver enkelt enhet. Et viktig argument for denne ordningen er individuell vurdering. Enhetene kjenner brukeren godt, og har slik sett gode forutsetninger for å ”skreddersy” tjenestene på en god måte.

Tilsyn våren 2007 avdekket imidlertid noen svakheter med systemet. Det viser seg at saksbehandlingen blir for ulik i kommunen, og ikke minst viser det seg at maler i svarbrev til søker kan bli-/blir forskjellig.

For å unngå dette så må tjenestene og kommunen innføre en ordning som sikrer lik saksbehandling. Dette kan gjøres ved:

- opprette kvalitetsutvalg
- utarbeide felles maler på alle vedtak
- forberede og skolere saksbehandlerne til å utforme samlevedtak der tjenestemottaker mottar flere enn en tjeneste.
 - samlevedtak gir både tjenestemottaker og tjenesteyter bedre oversikt over omfang av tjenestene.
 - gir bedre muligheter til å planlegge tjenestene for gruppene/arbeidslagene.

Tiltak for å sikre lik saksbehandling av samme type saker overfor innbyggerne

- det opprettes eget kvalitetsutvalg for PO enhetene innen utgangen av 2008
- kvalitetsutvalget skal utarbeide felles maler for alle vedtak
- kvalitetsutvalget skal forberede innføring av samlevedtak
- innen utgangen av 2009 gjennomføres nye rutiner i saksbehandlingen ved at det fattes samlevedtak der tjenestemottaker mottar mer enn en tjeneste

Ledelse og lederspenn

Tidligere Distrikt Nord ble delt opp i 2 selvstendige distrikt, gjennom Nettet-Frol og Sentrum – Ytterøy i 2006. Dette ble vurdert som nødvendig da tidligere distrikt Nord ble oppfattet å være for stort for å kunne styre og kontrollere aktiviteten og økonomien, og det ble også akseptert at det var et alt for stort lederspenn for avdelingslederne til å kunne følge opp ansatte og drive med utvikling, slik bemanningen var fordelt.

I tråd med etableringen av flere bofellesskap og flere ressurskrevende tjenester med egne personalbaser, så har presset på enkelte avdelingsledere økt tilsvarende. Fordelingen av ansatte på hver leder ved distrikt Sør visere dette veldig tydelig. Lederspennet er veldig stort.

En avdelingsleder har personalansvar og oppfølgingsansvar for 73 ansatte og 30 vikarer under sitt ansvarsområde, en annen avdelingsleder har 50 ansatte og 20 vikarer, og en 3 avdelingsleder har 53 fast ansatte og 15 vikarer. Arbeidspresset har til tider vært så stort at ledere har hatt en utfordring med selv å holde ut belastningen.

Det er viktig å ikke miste blikket for den belastningen som faller på lederne og støttesystemet i den opptrappingen av tjenesteomfanget som skjer og som vil skje i enda større grad. Uten en trygg, inkluderende, besluttsom og målrettet lokal ledelse, så hjelper det lite selv om alle andre utfordringer blir ivaretatt. God lokal ledelse er helt avgjørende for å kunne skape resultater sammen med de ansatte.

Tiltak for å sikre en akseptabel arbeidsbelastning for lokal ledelse

- lederspennet for avdelingsledere og belastningen for støttesystemet rundt ledelsen må kontinuerlig vurderes ut fra hva som er akseptabel arbeidsbelastning for den enkelte leder og for de ansatte som også skal ha tilgang til ledelse