

KARLSØY KOMMUNE

Pleie- og omsorgsplan

2008 - 2015

Innhold

KARLSØY KOMMUNE	1
1. Innledning	3
2. Aktuelle lover, forskifter og statlige føringer	4
3. Befolkningsstruktur og utvikling:	6
.....	6
4. Ledelse og organisering	7
5. Rekruttering, bemanning og kompetanseutvikling	8
6. Pleie – og omsorgstjenesten	12
6.1 Status og utviklingstrekk:	12
6.2 Nøkkeltall basert på KOSTRA	13
6.3 Omsorgsnivå/omsorgstrappen.....	15
6.4 Samarbeid/Samhandling.....	16
6.5 Forebyggende arbeid.....	17
6.6 Informasjon.....	18
6.7 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.....	18
7. Demensomsorgen	20
8. Brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov	23
9. Hjemmebaserte tjenester	24
9.1 Overordnet målsetning.....	25
9.2 Hjemmesykepleie.....	25
9.3 Hjemmehjelp.....	26
9.4 Hjelpemidler / Trygghetsalarm.....	26
9.5 Støttekontakt.....	27
9.6 Omsorgslønn.....	28
9.7 Avlastning/korttidsplasser.....	28
9.8 Brukerstyrt personlig assistent.....	28
9.9 Omsorgsbolig.....	29
10. Sykehjem	30
10.1 Målsetting.....	30
10.2 Sykehjemmets kapasitet og dekningsgrad.....	32
10.3 Omsorgssenterets rolle og funksjon i kommunen.....	33
11. Oppsummering og prioritering	34
11.1 Tiltak innenfor eget driftsbudsjett på 2008 nivå:.....	34
11.2 Tiltak som krever tilføring av ressurser:.....	34
11.3 Langsiktige tiltak – iverksetting etter år 2015:.....	35

1. Innledning

Kommunestyret vedtok den 071107 at det skal foretas en rullering av kommunens helse- og omsorgsplan. I budsjettvedtaket fra desember 2007 har kommunestyret vedtatt at det skal utarbeides en pleie- og omsorgsplan. Det er ikke fastsatt noe nærmere mandat for arbeidet. Planen avgrenses til pleie- og omsorgstjenester. Det betyr at legekontor, helsestasjon, fysioterapi i liten grad tas med. Psykiatri utelukkes også da kommunen har egen psykiatriplan. Tjenester til psykisk utviklingshemmede (PU-tjenesten) er organisert under pleie- og omsorgstjenesten, men det er likevel valgt å holde denne tjenesten utenfor planen. Mandatet er da tolket slik at det må utarbeides en helt ny plan, da kommunen fra tidligere bare har en eldreomsorgsplan som ble laget på 90-tallet i forbindelse med planene om et nytt omsorgssenter.

Begrepet pleie- og omsorg:

Pleie er sykepleiefaglig bistand og medisinsk behandling. Omsorgsbegrepet kan ha flere dimensjoner. I tillegg til å beskrive selve arbeidet står begrepet for en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen. Begrepet omfatter både hjelpen som blir gitt, men også måten den blir gitt på. Begrepet handler om å være tilstede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt – alt dette omsatt i praksis. Tjenester med god kvalitet må derfor ytes slik at omsorg formidles både gjennom handling og holdning.

En arbeidsgruppe med helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgsleder, avd.leder åpen omsorg, avd.sykepleier Soltind og 2 sykepleiere i hjemmetjenesten har laget utkast til plan. Planen skal drøftes på personalmøter og i helse- og sosialetatens lederforum. Utkastet er sendt på høring til de ansattes og brukernes organisasjoner, samt de politiske partiene. Hovedutvalget for helse- og sosial er styringsgruppe. Utkastet skal fram til endelig behandling i siste kommunestyre før sommerferien 2008.

Det overordnede mål med planen er at brukerne skal få best mulige pleie- og omsorgstjenester ut fra de ressurser som stilles til disposisjon. Planen skal også bidra til mest mulig samsvar mellom de ressurser som bevilges og brukernes behov. Planen skal være et aktivt styringsdokument for administrasjonen, og et grunnlagsdokument for politiske beslutninger.

Planen er laget fram til 2015 da dette er en tidsperiode før den virkelige store "eldrebølgen" kommer, samt at dette samsvarer med statens omsorgsmelding som går til 2015. Det er likevel sett på utvikling fram til 2025 og foreslått langsiktige tiltak vedr. sykehjemsplasser, bemanning og vaktordninger.

2. Aktuelle lover, forskrifter og statlige føringer

Lover:

- Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov om sosiale tjenester
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om smittevern

Forskrifter:

- Forskrift om lovfestet sykepleietjeneste
- Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Forskrift om individuell plan
- Forskrift om individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS.

Statlige føringer:

I dokumentet ”**Omsorgsplan 2015**” , som er stortingsmelding nr. 25, legger staten mange føringer som må hensyntas i en kommunal pleie- og omsorgsplan.

Utfordringer:

- Nye brukergrupper. Flere under 67 år.
- Aldring, krever økt kapasitet og bemanning
- Knapphet på arbeidskraft

- Medisinsk oppfølging

Strategier/tiltak:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging.
Herunder kvalitetsmåling, brukermedvirkning og styrket ledelse.
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn
- 10.000 nye årsverk i perioden 2004-2009. (Tilsvarende forholdsvis 5 i Karlsøy.)
- 12.000 nye plasser sykehjem/omsorgsboliger med heldøgns tilsyn innen 2015. (Tilsvarende forholdsvis 6 i Karlsøy.)
- Innen 2015 skal alle kommuner ha et tilrettelagt dagaktivitetstilbud til mennesker med demens.

De utfordringer som staten beskriver i sin omsorgsplan er absolutt relevante også i Karlsøy. Likeså vil det være behov for å gjennomføre strategiene/tiltakene. Kommunen sliter allerede med å gjennomføre de statlige føringene. Dette er i seg selv en alvorlig utfordring, fordi staten forventer synlig satsing. Dermed øker innbyggernes forventninger. Det oppstår et gap mellom det innbyggerne forventer og det tjenestene er i stand til å yte ut fra at økte ressurser ikke er tilført.

I st.prp. nr. 1 (2007-2008) har staten antydning et behov på 12.000 nye årsverk i perioden 2008 – 2015. Det tilsvarende forholdsvis 6 årsverk i Karlsøy. I økonomiplan fram til 2011 har kommunen pr. 1/1-08 ikke lagt inn noen flere årsverk fast bemanning.

3. Befolkningsstruktur og utvikling:

	1986	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Folkemengden i alt	2965	2599	2496	2465	2464	2463	2406	2372	2369	2344	2404
0-5 år	212	189	173	192	191	188	157	138	123	118	121
6-15 år	466	334	333	321	317	317	301	308	308	288	291
16-66 år	1925	1720	1616	1570	1584	1586	1568	1544	1545	1534	1571
67-79 år	278	255	252	253	254	248	256	260	265	278	291
over 80 år	84	101	122	129	118	124	124	122	128	126	130

Det er pr. 1/1-08 27 innbyggere over 90 år. Antall i denne aldersgruppen er fordoblet siste 10 år. Antall i aldersgruppen har økt med 6 fra forrige år. Stor andel av denne aldersgruppen har sykehjemsplass eller behov for det. Dette betyr betydelig økt press på sykehjemsplasser.

Prognose fram til år 2025.

Basert på SSB sine tall, mellomalternativet. Publisert 080508.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025
0-5 år	121	128	124	124	122	119	113	110
6-15 år	273	259	252	235	228	226	211	208
16-66 år	1547	1532	1518	1513	1492	1479	1407	1325
67-79 år	310	311	321	329	337	347	383	412
over 80 år	122	126	128	131	132	136	151	173
Sum	2373	2356	2343	2332	2311	2307	2265	2228

Folketallet på søndre Reinøy, 51 personer som ble overtatt 010108, er med i tallet for 2008, og er også tatt hensyn til i framskrivningen.

Befolkningsframskrivningen er basert på siste tall som ble laget i mai 2008.

Antall eldre over 80 år vil være ganske stabilt fram til år 2015, deretter sterk økning.

Antall eldre over 67 år vil øke jevnt og betydelig i hele planperioden.

Denne økning vil senere i planen bli brukt som basis for beregning av personalressurser og sykehjemsplasser.

4. Ledelse og organisering

Administrativ organisasjonsplan for helse- og sosialetaten.

Bemanning pr. 1/1-2008: 80 årsverk fast ansatte.
Planen skal bare gjelder pleie- og omsorg, men for oversiktens skyld tas med org.plan for hele etaten.

Helse-og sosialsjef	Pleie-og oms.leder m. 40% stilling til faglig koordinering + fung.v/ etatssjefs fravær.
----------------------------	--

Kommunehelse:	Sykehjem:	Åpen omsorg:	Sosial/barnevern:
Adm.leder: H/S sjef Legekontor. 5,2 årsverk Fysioterapi. 1 årsverk Helsesøster. 1,5 årsverk	Pleie-og oms.leder med 60 % av stillingen. 34,5 årsverk eksl. Plo-leder 3 avdelinger.	Avd.leder. 32,3 årsverk. Psykiatri, oms.boliger/Bosenter PU-tjeneste, sykepleie, praktisk bistand	Adm.leder: H/S sjef 2 årsverk ex.NAV. Barnevern 1,2 SLT 0,3 Sosial 0,5

Etaten har pr. 1/1-08, 3 stillinger som administrative ledere: Helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgsleder og avd.leder åpen omsorg. I tillegg har 2 fagstillinger et administrativt personallederansvar, dette er avd.leder ved Bo og servicesenter i Vannvåg og avd.sykepleier i åpen omsorg. Den største del av disse 2 stillingene brukes til faglig utøvende virksomhet. En nemd bestående av leder åpen omsorg, avd.sykepleiere, PLO-leder, lege og etatssjef behandler ukentlig henvendelser om tjenester/plasser.

Ledelsesressurs/tetthet:

Pleie- og omsorgstjenesten (rubrikkene sykehjem og åpen omsorg) har 67 årsverk faste stillinger. I tillegg brukes 15-20 årsverk til vikar/ekstrahjelp. Svært mange har delstillinger. Dette tilsier at ledelsen har personalansvar for om lag 130 ansatte. En administrativ ledelsesressurs på 2,5 årsverk er for lite i forhold til så mange ansatte. Dette er et generelt trekk ved pleie- og omsorgstjenesten, hvilket Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) har påpekt i en rapport. Statens "omsorgsmelding 2015" har styrket ledelse som et satsingsområde.

SINTEF har i en forskningsrapport påpekt effekter ved en tilstrekkelig, kompetent og nærværende ledelse. Slike effekter er større effektivitet, bedre arbeidsmiljø, lavere sykefravær. Arbeidstilsynet har i tilsynsrapport påpekt at pleie-og omsorgstjenesten har for lav ledelsesressurs.

Tiltak:

- Hovedutvalget for helse- og sosial har omgjort en stilling i åpen omsorg til avd.sykepleier med personalansvar. Dette er gjennomført i 2008.
- Det søkes innarbeidet i økonomiplan at avd.sykepleierne på sykehjemmet får personalansvar for sine avdelinger, jfr. punkt 11.2, tiltak nr. 8.
- Det investeres i en elektronisk personalmodul med turnusprogram, timeliste/lønningsfunksjon, vikaradministrasjon jfr. punkt 11.1 tiltak nr.3.
- Kommunen skal satse på at lederne får anledning å utvikle sin kompetanse innenfor ledelse.

5. Rekruttering, bemanning og kompetanseutvikling

Rekruttering av arbeidskraft blir i framtida en av hovedutfordringene for pleie- og omsorgstjenesten i Karlsøy. Fram til år 2020 forventes antall eldre over 67 år å øke med 27 % mens antall innbyggere i yrkesaktiv alder forventes redusert med 10%. Statistisk er hver 4 eldre over 67 år bruker av pleie- og omsorgstjenester. Dette tilsier 28 flere brukere i 2020. Dette gir behov for økt bemanning. For i videreføre tjenester på 2008 nivå er det i kapittel 11 om tiltak, foreslått økt bemanning med ca. 25 årsverk i perioden 2008-2025. Dette for at bemanning skal øke i takt med økning i antall brukere.

Hvis Karlsøy kommune på lengre sikt lykkes med rekruttering av arbeidskraft vil den viktigste forutsetning for framtidig god kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten være tilstede.

Karlsøy kommune har som hovedmålsetting: ”Brukertilfredshet gjennom ansvarsbevisste medarbeidere.”

Kommunestyret har besluttet følgende satsingsområder for å nå denne målsettingen:

- Kommunikasjon
- Brukeren i sentrum
- Trivsel på arbeidsplassen
- Kompetanse

Kommunestyret har 13/12-07 vedtatt kompetanseplan for 2008 –2011. I denne planen er både den enkelte ansatte, den enkelte leder og kommunestyret pålagt et ansvar for å sikre riktig kompetanse blant ansatte. Det vises til kompetanseplanen for nærmere beskrivelse av satsingsområder og virkemidler.

Andel i brukerrettet tjeneste i %.	Karlsøy	Gj.snitt Troms
Andel årsverk med fagutdanning	58	69
Andel årsverk m/fagutdanning fra videregående	41	39
Andel årsverk m/fagutdanning fra høyskole	16	30

Tabellen over viser hvilken andel fagutdannede vi har i 2007. Vi ser at Karlsøy ligger særlig lavt på andel fagutdannede fra høyskole. Dette skyldes at kommunen har forholdsmessig få sykepleiere, hvilket sammenligninger med kommuner i Troms på vår størrelse også viser.

Utviklingen er at ansatte må yte tjenester til brukere i flere aldergrupper, brukere med mer sammensatte diagnoser og generelt flere med alvorligere sykdommer som betinger økt pleiebehov. Dette stiller krav til økt kompetanse for å kunne yte tjenester med ønsket kvalitet.

Pleie- og omsorgstjenesten i Karlsøy har sammenlignet med andre følgende grunntrekk ved sin bemanning:

- Høy gjennomsnittsalder, 46 % er over 50 år (2007-tall)
- Høy andel ufaglærte

I tillegg kommer høyt sykefravær og ganske høy andel delstillinger som dog ikke er et særtrekk ved Karlsøy. Pleie- og omsorgstjenesten er et fysisk krevende yrke. Mange ansatte med lang tjeneste har muskel og skjelettlidelser.

I planperioden vil kommunen ha mange hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som går av med pensjon. Det må fra 2008 satses på å legge til rette for at interesserte kan gjennomføre utdanning og etter hvert gå inn i disse stillingene. Det må også vurderes tiltak for bedre å rekruttere til hjemmehjelpstillinger.

Tiltak for rekruttering av arbeidskraft og kompetanse:

- Ta mot 2 lærlinger i hver periode (forutsatt tilgang på lærlinger)
- Etablere samarbeidsprosjekt med videregående om fagarbeiderutdanning
- Ta mot studenter for utplassering i praksis
- Informasjon og kontakt med studenter fra Karlsøy i videregående og høgskolenivå.
- Samarbeid med grunnskolen om besøk fra ungdomsskolen og informasjonstiltak
- Bygge et godt omdømme av pleie- og omsorgstjenesten
- Aktiv bruk av statens satsing ”kompetanseløftet”.
- Motivering av ansatte til å vedlikeholde/utvikle sin kompetanse
- Gjennomføre kommunens egen kompetanseplan
- Bruke lyd/bildestudio og IKT-løsninger for å legge til rette for å gjennomføre studier i Karlsøy.
- Nært samarbeid med NAV
- Aktiv oppfølging av ferievikarer
- Motivere deltidsansatte til å øke sine stillinger, og legge til rette for det.
- Etablere/opprettholde tiltak som gir konkurransefortrinn i kampen om arbeidskraften
- Bevisst satsing på redusert sykefravær
- Utvikle ledere som både har tid og kompetanse til å følge opp den enkelte ansatte
- Sterkt satsing på å ha et arbeidsmiljø hvor de ansatte trives
- Fleksible arbeidstidsordninger

- Bruke lønnspolitikken som rekrutteringstiltak
- Aktiv markedsføring av fordelene ved å bo i Karlsøy, herunder statlige virkemidler for Nord-Troms og Finnmark.

Bemanningsutvikling:

Bemanning i åpen omsorg.

	Årsverk	Innbyggere > 67 år
År 2008	32,3	421
År 2015	37	483
År 2020	41	534

Etter bemanningsplan og budsjett har åpen omsorg pr. 1/1-08 totalt 32,3 faste stillingshjemler. I tabellen ovenfor er beregnet behov for forholdsmessig samme bemanningsutvikling som antatt utvikling i antall innbyggere over 67 år. Dette viser at bemanning i sektoren må styrkes med 4,7 årsverk fram til 2015 og deretter ytterligere 4 årsverk til 2020.

Hvis det i tilknytning til Bo- og servicesenteret i Vannvåg eller Karlsøyheimen på Hansnes skal opprettes tilstedeværende nattevaktordning kommer denne bemanningsøkning i tillegg.

Anslaget over bemanningsøkning som er gjort i tabellen er meget forsiktig, fordi det ikke er tatt hensyn til prognosene om at større andel av befolkningen under 67 år vil bli brukere av åpen omsorg.

Hvis kommunen må ta over fullstendig pleie og tilsynsansvar for en sterkt utviklingshemmet, eller multifunksjonshemmet bruker, kan en bruker alene kreve en ekstra bemanning på 4-5 stillinger. Dette er ikke tatt med i forslag til bemanningsøkning fordi tjenesten til psykisk utviklingshemmede i stor grad er holdt utenfor denne plan.

Bemanning i sykehjem:

	Antall plasser	Dekningsgrad %	Innbyggere > 80 år	Faste stillinger
År 2008	28	21,54	130	34,5
År 2015	29	21,33	136	37
År 2020	33	21,86	151	42
År 2025	38	21,97	173	48

Sykehjemmet har pr. 1/1-08 34,5 faste stillinger.

Bemanning styrkes med 2,5 årsverk fram til 2015 ut fra at det forventes mer krevende behandling til pasienter med dårligere helsetilstand, flere som skrives ut fra sykehus til en rekreasjonsfase, flere mer sammensatte diagnoser, samt flere yngre pasienter med alvorlige diagnoser som kreft. Deretter økes bemanning i takt med antall plasser. For å videreføre dagens (2008) personalfaktor må bemanning innen 2025 økes med 14 årsverk.

Tabellen viser behov for økning med 10 sykehjemsplasser innen 2025, for å videreføre samme dekningsgrad som i 2008 i forhold til antall innbyggere over 80 år.

Tabell som sammenligner bemanning med gjennomsnitt for Troms-kommunene:

 Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene pr. 1000 innbyggere > 67 år



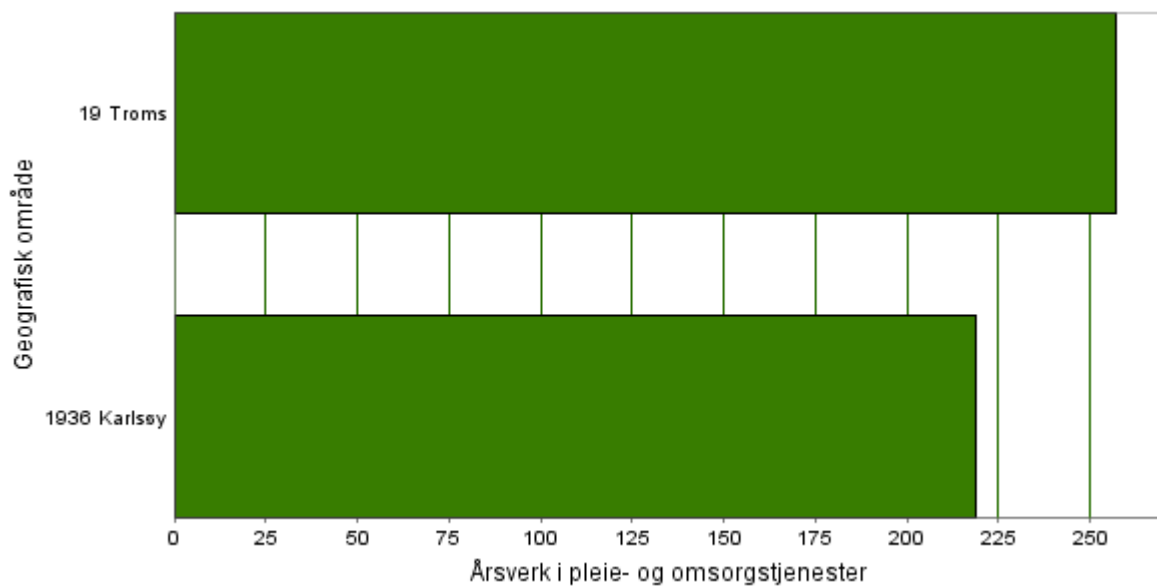


Tall fra SHD - kommunehelseprofiler

År: 2006 (siste tilgjengelige år i statistikken)



Årsverk i pleie- og omsorgstjenester



6. Pleie – og omsorgstjenesten

6.1 Status og utviklingstrekk:

Karlsøy kommune har sykehjem og omsorgsboliger som er av god standard. Sykehjem med 26 rom (plass for 28 beboere). Det er 21 omsorgsboliger på Hansnes, herav 2 beregnet for mennesker med psykiske lidelser. Det er 10 omsorgsboliger ved Bo-og servicesenteret i Vannvåg. Hvorvidt dette på sikt er tilstrekkelig vises til punkt 9.9 og 10.2.

Dimensjonering av sykehjemsplasser og hjemmebaserte tjenester er i dag basert på analyser og utredninger som ble gjort på 90-tallet ved planlegging av nytt sykehjem og omsorgsboliger. Grepet som da ble tatt var å bygge ned sykehjemskapasiteten, bygge ut omsorgsboliger og styrke hjemmebasert omsorg. Bemanning ble skjært ned med 5 årsverk. Status nå er at kapasitet på sykehjemsplasser er sterkt presset (konstant overbelegg). Beboere på omsorgsboliger er mer pleietrengende enn den målgruppe man på 90-tallet så for seg. Stadig oftere trenger beboere på omsorgsbolig heldøgnetlig pleie og tilsyn, og bemanning på omsorgsboliger er ikke dimensjonert ut fra dette. Det er ikke tatt høyde for tilstedeværende nattevaktordninger.

For å kunne planlegge tjenestene er det nødvendig å ta hensyn til noen utviklingstrekk både i kommunen og generelt for samfunnet:

- Flere eldre. Har økt de senere år. Vil fortsatt øke jfr prognose på side 6.
- Sterkt økende antall yngre brukere (under 67 år)
- Flere pasienter med mer sammensatte diagnoser og sterkere pleiebehov.
- Tidligere utskrivning av pasienter fra sykehus som overføres til kommunal pleie
- Flere kreftpasienter og terminale pasienter utskrives fra sykehus til sykehjem
- Økt behov for kommunale tjenester til funksjonshemmede barn og unge
- Sterkere brukerrettigheter
- Økte forventninger til pleie- og omsorgstjenesten. Dette skapes gjennom media, ved politiske løfter og statlige handlingsplaner. Nye forskrifter og pålegg.
- Medisinsk utvikling gjør nye ting mulig
- Økte krav til brukermedvirkning
- Økte krav til kvalitet og dokumentasjon av kvalitet
- Kommende eldre har andre krav. For eksempel vedr. valgfrihet. KS sin rammeplan pålegger kommunene å legge til rette for at brukere kan bytte/velge hjemmehjelp
- Behov for tettere samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Behov for økt satsing på forebyggende arbeid. KS sin rammeplan sier at alle kommuner innen 2012 bør kunne gi forebyggende aktivitetstilbud til alle eldre som har behov for det.
- Det vil i større grad bli stilt krav om at pleie og omsorgstjenesten skal tilrettelegge for at brukerne føler en meningsfylt hverdag med større individuell vektlegging. Framtidas brukere vil stille større krav om dette.

6.2 Nøkkeltall basert på KOSTRA

Informasjon fra KOSTRA sier noe om prioritering, dekningsgrader, produktivitet og kvalitet. IPLOS utfyller med å gi mer opplysninger om brukernes tjenester og behov.

Det er brukt nøkkeltall for driftsåret 2007. Dette er foreløpige tall etter statistikk presentert 150308. Endelige tall kommer først i juni. Det er sammenlignet med kommuner i KOSTRA-gruppe 06, d.v.s. kommuner som ut fra folketall og struktur er sammenlignbare med Karlsøy.

Pleie- og omsorg er forkortet PLO.

	Karlsøy	Kommuner grp.06
Prioritering:		
Netto driftsutgift PLO i % av totale netto driftsutgifter	36 %	36%
Netto driftsutgift PLO pr. innbygger	15834	18649
Netto driftsutgift PLO i sykehjem pr. innbygger	7298	10396
Netto driftsutgift PLO totalt pr. innbygger > 80 år	302911	273266
Netto driftsutgift PLO totalt pr. innbygger > 67 år	91768	99864
Netto driftsutgift hjemmetjenester pr. innbygger	6537	6658
Netto driftsutgift pr. sykehjemsplass	795846	609120
Lønn PLO i % av totale lønnsutgifter	39,9%	38%
Produktivitet:		
Brutto driftsutgift PLO pr. bruker	255933	309632
Årsverk i brukerrettede tjenester pr. bruker	0,44	0,51
Lønn pr. bruker av hjemmetjenester	110971	125002
Brutto driftsutgift pr. bruker i hjemmetjeneste	118825	137262
Dekningsgrader: (i prosent)		
Sykehjemsplass pr. innbygger > 80 år	21,1%	27,1%
Mottaker av hjemmetjenester	5,8%	5,6%
Mottaker av hjemmetjenester i % av innbyggere > 80 år	49,6%	37,7%

Tiltak:

- KOSTRA-tallene og etter hvert som sikker IPLOS informasjon foreligger, skal brukes av administrasjon og politikere som et grunnlag for vurderinger ved årlig budsjettbehandling.

Tabell som sammenligner antall sykehjemsplasser og antall omsorgsboliger med gjennomsnitt for Troms-kommunene:

Statistikken underbygger påstanden i planen om at Karlsøy har forholdsvis få sykehjemsplasser, og forholdsvis mange omsorgsboliger. Statistikken for omsorgsboliger viser bare omsorgsboliger finansiert med tilskudd over statens handlingsplan for eldreomsorg (planen er nå avsluttet).

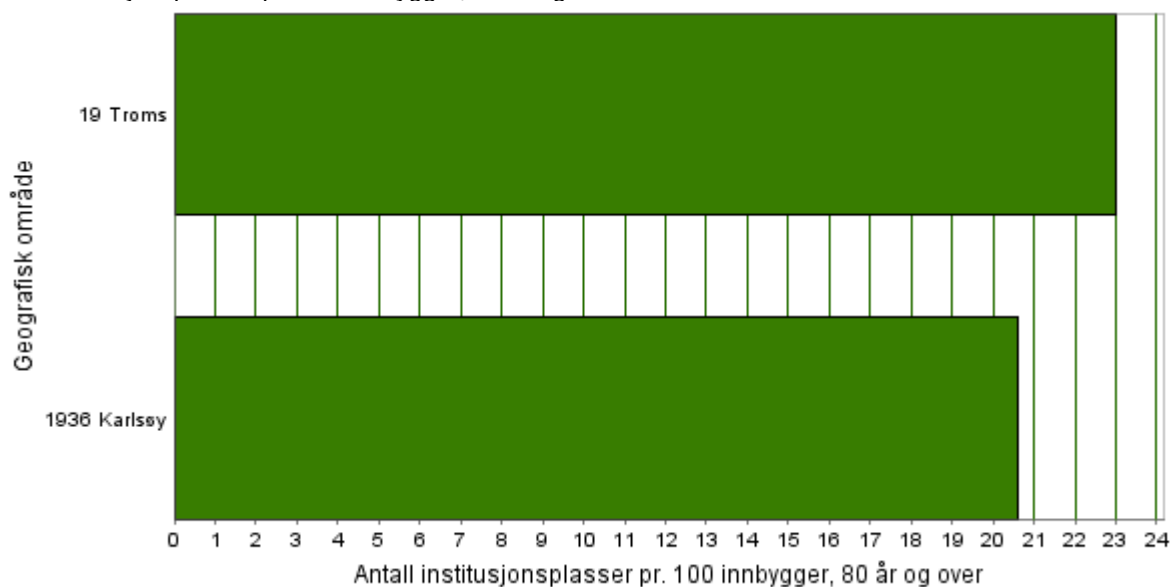
Tall fra SHD - kommunehelseprofiler



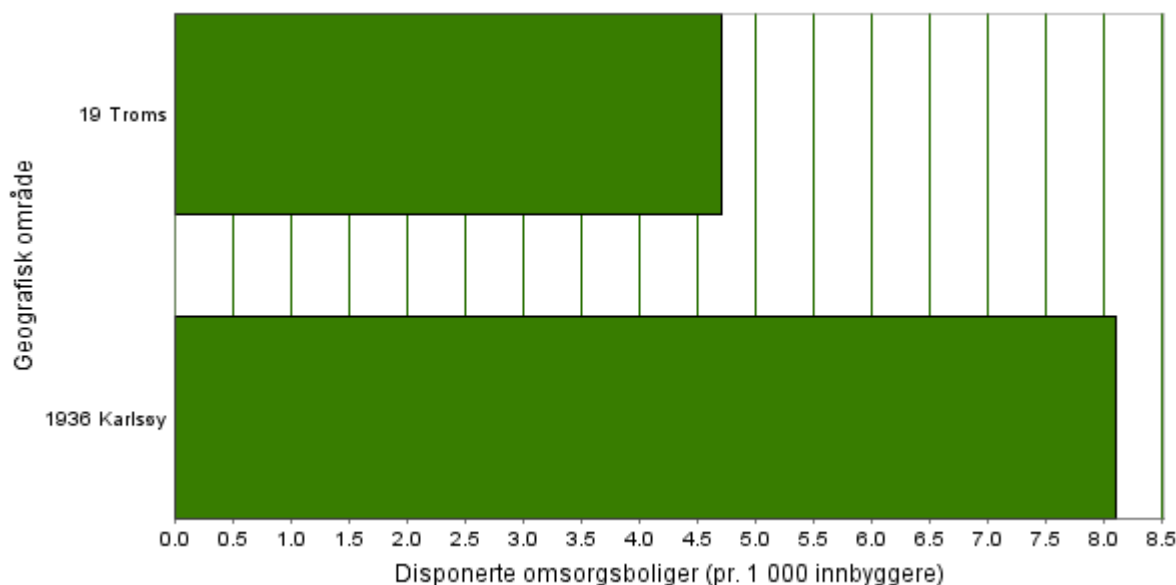
År: 2006 (sist tilgjengelige år i statistikken).



Antall institusjonsplasser pr. 100 innbygger, 80 år og over



Disponerte omsorgsboliger (pr. 1 000 innbyggere)



6.3 Omsorgsnivå/omsorgstrappen.

Her ligger mye av nøkkelen til en pleie- og omsorgstjeneste som skal drives kostnadseffektivt og med riktig kvalitet for brukerne. Karlsøy kommune skal tilstrebe å gi tjenester på Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON-prinsippet). Det høyeste omsorgsnivå i denne trappa er sykehjem og det laveste er forebyggende tiltak. I mellom disse nivåer ligger, regnet fra bunnen, trygghetsalarm, hjelpemidler, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, assistentordninger, omsorgsboliger/omsorgslønn, avlastning, korttidsopphold/utredning.

Dette prinsippet innebærer at kommunen skal legge til rette for at brukerne skal kunne fungere lengst mulig i eget hjem og utnytte sine ressurser optimalt. Kommunen skal bygge opp under den enkeltes evne til egenomsorg. Dette vil forebygge for tidlig innleggelse på sykehjem, hvilket ikke er ønskelig for brukeren og heller ikke for kommunen som har knapphet på sykehjems plasser. Kommunen har langt på vei fulgt en slik strategi etter at nytt omsorgssenter ble tatt i bruk. Dette har også medført at kommunen jfr. KOSTRA tallene har en forholdsmessig rimelig pleie- og omsorgstjeneste. Dette prinsippet i pleie- og omsorgsplanen vil falle sammen med brukernes ønske om å kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Det som er utfordringen er at i nedskjæringstider så vil det kuttes i enkelte av de tjenester som ligger på lavere eller middels nivå i omsorgstrappen. Både omsorgslønn og hjemmehjelp er for eksempel de senere år skjært ned. En fortsatt slik utvikling vil kunne ødelegge denne strategien, fordi at hvis kommunen skal kunne tilby tjenester på lavest mulig omsorgsnivå, så betinger dette at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for det.

Jo flere tjenester i omsorgstrappa som reduseres, jo mer press blir det på det høyeste og mest kostbare nivået (sykehjem). Samtidig vil det øke presset på å gjøre omsorgsboliger om til ”minisykehjem” med heldøgnetlig tilstedeværende bemanning.

Tiltak:

- Videreføre og forsterke prinsippet om tjenester på laveste effektive omsorgsnivå . Ved å gi et tilpasset omsorgstilbud ut fra spesifikke hjelpebehov i egen bolig, vil man gjøre det mulig å utsette økning av antall sykehjemsplasser til etter 2015. Dette betyr hjemmebaserte tjenester gradvis må styrkes ressursmessig fram mot 2015.

6.4 Samarbeid/Samhandling

Samfunnet står ovenfor store omsorgsutfordringer fram mot år 2025. Disse kan jfr. Stortingsmelding nr. 25 ikke løses av helse- og sosialtjenestene alene. De må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer flere samfunnssektorer, gjennom utvikling av frivillig engasjement fra familie og lokalsamfunn samt organisasjoner.

Det er viktig å videreføre en organisering som tar sikte på nært samarbeid mellom sykehjem, åpen omsorg inkludert psykiatri, legetjeneste, fysioterapi, sosiale tjenester. Tjenester skal planlegges i fellesskap basert på innspill fra alle berørte tjenester. Det skal sikres kommunikasjon som gir innspill fra brukerorganisasjoner, eldreråd, råd for funksjonshemmede og pensjonistforeninger.

Brukere med sammensatte lidelser og behov for koordinerte tjenester skal gis tilbud om individuell plan som skal sikre optimal samhandling mellom aktuelle tjenester.

Samhandling med spesialisthelsetjenesten skal utvides. Nye brukergrupper, brukere med mer kompliserte lidelser, medisinsk utvikling og utviklingen i spesialisthelsetjenesten tilsier at dette blir helt nødvendig. For å gi gode tjenester til brukere med diagnoser innenfor demens, kreft, psykiatri og brukere med sammensatte lidelser er det nødvendig med nærmere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Flere tiltak må vurderes, herunder:

- Kompetanseutvikling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Bruke aktivt mobile spesialistteam
- Ta i bruk ny teknologi som gir mulighet for betydelig bedre samhandling

Fra våren 2008 opprettes NAV Karlsøy. Etter dette er økonomisk sosialhjelp inkludert rådgivning og veiledning slått sammen med statlige velferdstjenester som trygd og arbeid. Det

blir viktig å etablere et nært samarbeid mellom NAV og de kommunale tjenester som omfatter for eksempel rehabilitering, rus, psykiatri og de omsorgstjenester som er hjemlet i lov om sosiale tjenester.

6.5 Forebyggende arbeid

Iflg. stortingsmelding nr. 25 har forebyggende arbeid vært nedprioritert i forhold til kurative oppgaver. Etter denne omsorgsmeldingen er det store gevinster å hente, også for kommunene ved å satse mer på forebygging. Forebyggende arbeid kan kutte noe av toppen av framtidig ressurskrevende omsorgsbehov.

Forebyggende arbeid kan deles inn i følgende kategorier:

- Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid
- Ta hensyn til konsekvenser av nedsatt funksjonsevne, ved planlegging av investeringer i all infrastruktur.
- Sosiale og kulturelle tiltak
- Ulykkesforebyggende arbeid

Kommunen bør øke fokus på forebyggende arbeid i forhold til rus og tobakkskader. Bidra med informasjon og motivering i forhold til riktig og sunt kosthold. Det er både nødvendig og lovpålagt å satse på tiltak som bidrar til å gi den enkelte opplevelse av en meningsfylt hverdag. Sosiale tiltak for de som opplever ensomhet. Ulykkesforebyggende tiltak, for eksempel sandstrøing o.l for å redusere forekomst av beinbrudd, har i forsøksprosjekter andre steder vist seg særdeles effektivt som forebyggende tiltak.

Fysisk aktivitet: Voksne trenger 30 minutter moderat fysisk aktivitet daglig. Det gir bl.a. betydelig redusert fare for hjerte og karsykdommer, kreft, sukkersyke og høyt blodtrykk. I en rekke tilfeller kan medikamentell behandling erstattes med bruk av moderat fysisk aktivitet. Medikamenter som blodtrykksmedisin, kolesterolsenkende midler, antidepressiva og

sovemedisin kan reduseres med bruk av fysisk aktivitet. Det er derfor viktig at kommunen informerer og motiverer folk i alle aldre til en liten økning av fysisk aktivitet.

6.6 Informasjon

Staten varsler i omsorgsplan 2015 at brukerne skal få sterkere innflytelse. Det blir enda viktigere at kommunen gir befolkningen god informasjon om tjenester og rettigheter. Staten vil gi ut en håndbok (veileder) for brukere, familie og pårørende. Her vil gis orientering om de viktigste tjenestetilbud i kommunens omsorgstjeneste. Her vil gis veiledning om hvordan brukere skal forholde seg til søknader, vedtak og klagebehandling. Dette vil styrke brukernes stilling, men også medføre større press på kommunens ressurser og tjenester.

Kommunen skal aktivt sørge for å meddele informasjon. Dette gjøres bl.a ved:

- Ajourført informasjon om tjenestene på hjemmesida.
- Aktiv bruk av media.
- Formidling av statlige veiledninger.
- Deltagelse i møter hos brukerråd, brukerorganisasjoner, pensjonistforeninger m.v.
- Direkte informasjon fra de ansatte.

6.7 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

I statlige dokumenter nevnt under slås det fast at dagens tjenester ikke vil dekke morgendagens utfordringer og behov. Måten vi organiserer og leverer tjenester på må forbedres og utvikles. De som skal lede denne prosessen må skaffe seg kunnskap om kontinuerlig forbedringsarbeid.

Kvalitetskrav:

- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten
- Statlig veileder om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Statlig strategidokument ("og bedre skal det bli") om forbedret kvalitet.
- Stortingsmelding nr. 45 om forbedret kvalitet.
- Stortingsmelding nr. 25 ("omsorgsplan 2015")
- Statlige kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten

- Avtale mellom KS og regjeringen om kvalitetsutvikling

Det er her nevnt meget omfattende krav til kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Iflg. den statlige strategi for kvalitet defineres tjenester av god kvalitet som:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Gir mulighet for brukermedvirkning
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Kommunen vil måle/vurdere kvaliteten ved:

- Brukerundersøkelser
- Bruke de utviklede kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorg
- Bruke klager/tilbakemeldinger/avviksregistrering til kvalitetsforbedring
- Faglig skjønn
- Faste møter med erfaringsutveksling og refleksjon over egen praksis
- Utvikle kompetansen i bruk av IT som verktøy for å måle kvalitet

Det er en lederoppgave å fremme systematisk forbedringsarbeid, og motivere medarbeidere til dette. Ledere skal kjenne de verktøy som finnes på nettstedet www.ogbedreskaldetbli.no og kunne bruke dem til forbedringsarbeid. Mange ansatte melder at tiden knapt rekker til de daglige gjøremål i forhold til brukernes behov, og at det ikke blir tid til prosesser som er nevnt i punktene ovenfor. Det blir viktig at ledelsen kan organisere tjenesten slik at det også kan settes av noe tid til slike prosesser, fordi også slikt arbeid er tjenlig for brukerne.

Det skal rapporteres også på kvalitet både til administrativt og politisk nivå. Det vil si at i tertialrapporter og årsmeldinger skal det ikke bare rapporteres på kroner, men også på kvalitet i tjenestene.

7. Demensomsorgen

Hva er demens ?

For å kunne gi et tilrettelagt tilbud til personer med demens så må vi som skal planlegge framover og hjelpe den enkelte, forstå hva det innebærer å ha en slik sykdom. Det er viktig at den som rammes kommer til lege og blir skikkelig utredet og får en diagnose slik at hjelpeapparatet kan iverksette nødvendige tiltak.

Demenssykdommene er fortsatt preget av uvitenhet, skyld og tabubelagte forestillinger. Det er manglende kunnskap om demens både blant fagfolk og i samfunnet for øvrig. Av alle med demens så har omtrent 60-70 % Alzheimers sykdom. Den nest hyppigste formen er vaskulær demens, etter hjerneslag, og den rammer 15-20 %. Utover dette kan demens oppstå ved en rekke mer eller mindre hyppig forekommende hjernesykdommer. Det viktigste symptomet på demens er nedsatt hukommelse. Det medfører også svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personene får vansker med å utløse innlærte ferdigheter eller å mestre hverdagssysler. En del utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft, hemningsløshet, aggressivitet og mangel på empati. Andre symptomer er angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig atferd. For de menneskene som rammes av en slik sykdom vil de etter hvert fungere dårligere og dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp.

Antall personer med demens

For helse- og omsorgstjenesten i kommunen innebærer det store utfordringer framover for å gi tilrettelagt tilbud til denne gruppen. Vi vet at det blir flere og flere med demenssykdom, ikke fordi vi blir sykere, men fordi vi lever lengre og frekvensen av sykdommen øker med stigende alder.

Generell statistikk viser følgende hyppighet av demens:

- 80 % av de som bor på sykehjem
- 10 % av de som er over 70 år
- 20 % av de som er over 80 år
- 30 % av de som er over 90 år

I virkeligheten vil de mellom 65 - 70 år ha en litt mindre prosent og de over 90 år ha en litt større prosentandel.

Hva har så disse tallene å si for Karlsøy kommune? Per 1/1 2008 er det 291 mellom 67-79 år. Basert på tommelfingerregelen vil 29 av disse personene utvikle demens. I aldersgruppen 80-90 år er det 103 eldre, 20 av disse vil være personer med demens. I aldersgruppen over 90 år er det 27 innbyggere, av disse vil 8 personer ha en demenssykdom. Dette vil være alle former for demens, fra personer med nyoppdaget diagnose til de med langt framskreden sykdom.

Oppsummert tilsier ovennevnte om lag 60 demente i Karlsøy. Skjermet avdeling på sykehjem har plass til 12. Totalt er det et snitt på 21 demente på sykehjemmet etter disse tallene. Det er altså ved starten av planperioden rundt 40 demente utenfor sykehjem, av disse fordeles halvparten på omsorgsboliger og halvparten bor hjemme. Dette tallet vil på sikt stige vesentlig.

Fram til 2015 vil gruppen 67 til 79 år og gruppen over 90 år øke vesentlig. I gruppen over 90 år finner vi òg den største forekomsten av demens. Etter 2015 vil antallet eldre øke spesielt kraftig i gruppen over 80 år.

I Norge i dag er det om lag 66 000 personer med demens. I 2040 anslås den gruppen til å være 135 000 dersom forekomsten holder seg på dagens nivå, altså en fordobling av antall personer med demens. Det er all grunn til å regne med at det samme tallet (fordoblingen) vil være gjeldende i vår kommune fra dagens tall og framover.

Pårørende

Hvis vi regner med at hver person som utvikler demens har fire pårørende, vil det i Karlsøy være over 200 personer som er berørt av demenssykdommene. Pårørende til personer med demens er en viktig støttespiller. De er med i dag og tar en stor del av omsorgstyngden, og de vil ikke bli mindre viktig i tiden framover. Gode tilbud om avlastning i hjemmet eller andre dagtilbud (dagsenter og lignende) vil kunne føre til at pårørende blir bedre i stand til å ta vare på egen helse i en krevende hverdag. Avlastning og faglig tilbakemelding fra helsepersonell medfører at de holder lenger ut med å ta vare på sine nærmeste. Slike tilbud vil også kunne føre til økt livskvalitet for den som er rammet av demens og vil være et viktig element for å utsette institusjonsinnleggelse. Dessverre viste en nasjonal undersøkelse i 2004-2005 at bare 4 % av de med demenssykdom har et tilrettelagt dagtilbud. Iflg. statens omsorgsmelding er målet at alle skal ha det innen 2015.

For de personene som ikke har nære pårørende rundt seg må hjemmesykepleien komme inn tidlig med omfattende hjelp i hjemmet. Det kan fort bli behov for høyere omsorgsnivå som omsorgsbolig eller sykehjem.

Hvordan er situasjonen nå ?

Hjemmetjenesten er første instans for å oppdage demens og gi et lavterskeltilbud for den det gjelder. Som tidligere nevnt er samarbeidet og avlastning for de pårørende svært viktig for å redusere tidlig institusjonsinnleggelse.

Omsorgsbolig er i dag fast bopel for mange med demens, og det kan fungere fint veldig lenge. Et tilrettelagt bofellesskap er et bra alternativ til sykehjem. Problemet med denne typen bolig starter så snart en får utstrakt behov for nattilsyn.

I Karlsøy kommune har vi med det nye sykehjemmet bygd skjermet avdeling for demente og i tillegg to andre små avdelinger. Boligmessig er det dette som er satsingsområdet framover

iflg. stortingsmelding nr. 25. Mange sykehjem sliter med store avdelinger og lange korridorer som ikke innfrir å møte en god demensomsorg og omsorg ellers. "Smått og godt" er den nasjonale demensplanens satsing på tilpassede boliger for personer med demens. En anbefaler bare 6-8 personer på hver gruppe for at den enkelte beboer skal ha mulighet for oversikt og makte å orientere seg i sitt eget bomiljø. Heller ikke for mye bråk og støy. En slik organisering med små enheter er mer brukervennlig, men krever mer personellressurser enn hva store avdelinger fordrer.

Utfordringene framover for demensomsorgen:

- Tilstrekkelig og stabilt personell i hjemmetjeneste og sykehjem
- Videreutdanning i demens og alderspsykiatri for sykepleiere og hjelpe- og omsorgsarbeidere
- Utvidelse av hjemmetjeneste for å møte manglende institusjonsplasser
- Flere tilpassede sykehjemsplasser
- Dagtilbud og avlastning for hjemmeboende med demens
- Samarbeid med familie og lokalsamfunn om aktivitet i hverdagen

Staten har i "Demensplan 2015" sagt at innen 2015 bør alle kommuner kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsentertilbud. Etter anslaget bor ca. 2/3 av de demente ved Karlsøy omsorgssenter. Deres behov vil kunne dekkes ved å etablere et dagaktivitetstilbud i tilknytning til senteret. Transport og store avstander vil medføre en betydelig utfordring i forhold til å kunne gi et dagaktivitetstilbud til de øvrige som bor spredt i kommunen.

Demensavdeling:

Soltind er ei avdeling i 2. etasje på sykehjemmet med 10 pasientrom. Rommene er fordelt på to pasientgrupper med egen stue og kjøkken til hver gruppe. I praksis har det vært 6 pasienter på hver gruppe siden sykehjemmet åpnet. I en periode har det vært 7 pasienter på grunn av sterkt press for sykehjemsplass. Avdelingen har utgang på oversiden til hage som er flittig brukt om sommeren. Felles for alle pasienter er at de skal ha en demensdiagnose ved innleggelse eller få en diagnose under oppholdet.

8. Brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov

En sentral utfordring vil være å finne en god balanse mellom hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem. Dette er avgjørende for å få mest og best mulige helsetjenester ut av hver anvendte krone – altså en kostnadsoptimal drift.

Kommunen har 2404 innbyggere pr. 1/1-08, med bosetning på 5 øyer. Det vil ikke være mulig å etablere likt tilbud på alle øyer. Flere viktige momenter må sees på i denne sammenheng:

- Faglig god tjeneste
- Tilgjengelig helsepersonell
- Økonomi
- Sårbar for konkurranse om helsepersonell
- Løpende oppfølging av medisinske behandlingsopplegg for de sykeste
- Utredning og diagnostikk (nærhet til legetjeneste)

I årene framover forventes mer avansert medisinsk oppfølging. Det er da viktig å sørge for at man har disponert de ressurser man har, både personellmessige og økonomiske, på en måte som blir forsvarlig for våre innbyggere. Kommunen har etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven plikt til å yte nødvendig helsetjenester og faglig forsvarlige sosialtjenester til de som har behov for det. Den enkelte har imidlertid i dag ikke rett til å selv å velge hvor tjenestetilbudet skal gis, eller hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Om en bruker trenger heldøgns hjelp kan man organisere det i brukerens hjem, i omsorgsbolig eller på sykehjemmet. Lovkravet om at tjenesten skal være forsvarlig i forhold til hjelpebehovet må overgå brukerens ønsker i forhold til hvor hjelpen blir gitt.

Karlsøy kommune har 1 sykehjem, der de med størst pleie og omsorgsbehov får tilbud. Her er det kontinuerlig sykepleier på vakt, samt at man har fast legetjeneste 2 dager pr. uke og ellers ved behov. Man har kompetanse og utstyr til noe diagnostisering, samt å ivareta medisinsk oppfølging på en forsvarlig måte. I fremtiden bør det fortsatt satses på ett sykehjem i kommunen (ett senter for de med behov for pleie på sykehjemsnivå), og utvide kapasiteten i forhold til forventet behov. Dette begrunnes først og fremst i forhold til å opprettholde faglig forsvarlige tjenester, samt å utvikle bedre/ny kompetanse. Det vil heller ikke være økonomisk tilrådelig å bygge opp tjenester på sykehjemsnivå flere steder. En sykehjemsplass har årlig

netto driftskostnad ca. kr. 650.000,-. Ved etablering av flere avdelinger vil enhetskostnaden øke. Omsorgsboligene er heller ikke fysisk tilrettelagt for å drive sykehjemspleie.

I enkeltsaker kan det tilbys midlertidig høydøgnet hjelp i hjemmet eller på omsorgsbolig/bosenter, men dette tilbys ikke som fast ordning. I perioder hvor man har kapasitetsproblem på sykehjemmet, vil det være aktuelt å bemanne ekstra på omsorgsbolig/bosenter. I noen tilfeller ønsker folk å bo hjemme med alvorlig sykdom eller de ønsker å avslutte livet hjemme. Det er helst i tilfeller hvor den syke har pårørende som stiller opp i tillegg til at kommunen stiller med personale. Slike situasjoner må planlegges nøye og man må ha personale som har faglig tyngde til å håndtere de utfordringer som følger slike situasjoner. Det å være alene om medisinske vurderinger og øvrig ansvar er meget krevende, du må stole 100 % på deg selv og de handlinger som skal utføres.

Når hjelpen gis i institusjon/sykehus, vil det være et teamarbeid rundt pasienten, noe som øker trygghetsfølelsen i arbeidet med alvorlig syke.

Det er normal helsepolitikk å prioritere de sykeste med størst hjelpebehov først. Det bør derfor ha høyere prioritet å sikre heldøgns pleietjeneste til de som har behov for det, enn å bygge nye omsorgsboliger til mer selvhjulpne mennesker.

9. Hjemmebaserte tjenester

Definisjoner:

Åpen omsorg: All pleie- og omsorgstjeneste som gis utenfor sykehjemmet.

Hjemmesykepleie: Sykepleiefaglig bistand i hjemmet.

Hjemmehjelp: Hjelp med dagliglivets gjøremål i hjemmet.

Tabell over antall brukere:

Tjeneste	Antall brukere pr. 1/1-2008
Hjemmesykepleie	100
Hjemmehjelp	89
Åpen omsorg totalt utenom psykiatri	126
Trygghetsalarmer	35
Brukerstyrt assistent	2
Omsorgslønn	14
Støttekontakter	21

9.1 Overordnet målsetning

Vår målsetning er at eldre- og unge, skal kunne bo lengst mulig hjemme, med et godt tilrettelagt tilbud, hvor de skal bli sett, føle at de har en verdi, samt ha medvirkning i beslutninger som tas angående deres liv. Oppsummert ønsker vi at brukerne skal ha en trygghet for at de får det de har krav på, uansett alder, kjønn og kultur. Dette er verdier som vi ønsker skal ligge til grunn for utformingen av fremtidens omsorgstjeneste.

9.2 Hjemmesykepleie

Av totalt antall brukere er ca 35 % under 67 år, og 65% over 67 år. Per i dag har vi 16 årsverk i bruk i hjemmesykepleien, ikke medregnet psykiatritjenesten.

Vi vet at behovet for tjenester i fremtiden vil øke, både fordi befolkningen over 67 år vil øke drastisk mot 2020, men også fordi yngre brukere er fordoblet i løpet av de siste 10 årene. Det er stor sannsynlighet for at denne brukergruppen fortsatt vil øke, slik at ca. halvparten av brukerne vil være under 67 år i 2020.

Hjemmetjenesten i kommunen er delt i to avdelinger, med distrikt Vannøya og distrikt Ringvassøy, som favner Rebbenes, Reinøya og Karlsøya. Hjemmetjenesten har også ansvar for omsorgsboligene.

Kommunen må finne den rette balansen mellom ulike tjenester, og gi de rette tjenestene til rett tid.

Utviklingstrekk er:

- Avinstitusjonalisering
- Desentralisering
- Integrering

Dette betyr at tilbud om institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten har blitt trappet ned. Alle tjenester brukeren har behov for skal samordnes, og gis så langt mulig på brukerens hjemsted.

Det har vært en utvikling at tjenester som før ble gitt av pårørende og private nå må ytes av det offentlige. Hvis denne utvikling fortsetter, samtidig som det blir flere eldre vil dette gi betydelig økt press på hjemmetjenestene. Kommunen må satse på samarbeid med pårørende og legge til rette gjennom ordninger som omsorgslønn, støttekontakt, avlastning, assistentordninger m.m. Det blir viktig å stimulere de frivillige omsorgskrefter.

Utviklingen viser at pleie og omsorg i hjemmet til brukerne blir mer og mer kompleks, både i forhold til medisiner og behandling. Sykehusene skriver ut pasientene tidligere enn før, og poliklinisk virksomhet er vanlig. Kommunene pålegges

behandling som før ble utført på sykehusene, som sondeernæring, antibiotikabehandling intravenøst, avansert kreftomsorg osv. Dette legger press på hjemmesykepleien, og hever kravene til kompetanse og effektivitet i tjenesten.

Hjemmesykepleien skal behandle og følge opp kronisk syke, men må også ha ressurser til å drive forebygging. Tilbud om avlastning, hjelp etter behov, tilrettelegging, hjelpemidler, trygghetsalarm, samarbeid med pårørende vil bidra til lavest mulig omsorgsnivå og dempe presset på sykehjems plasser.

1/3 av hjemmetjenestens brukere er under 67 år, og bruker 2/3 av ressursene på landsbasis. (RO 2007). Dette bør få konsekvenser når en tenker ressurser og kompetanse fremover. Det vil bli flere faglige komplekse tilstander som er mer faglig krevende. Det vil også bli behov for heldøgnsstilbud, også i hjemmetjenesten. Endringer i samfunnet, endringer i brukernes behov og rettigheter, samt teknologisk utvikling vil i framtida medføre store endringer i tjenesten.

9.3 Hjemmehjelp

I dag er det som hovedregel syke og eldre som mottar hjemmehjelp. I lov om sosiale tjenester kalles hjemmehjelp for praktisk bistand, men det er mange eldre som ikke er fortrolig med dette begrepet. Formålet med praktisk bistand er først og fremst å yte hjelp til oppgaver som er knyttet til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet. Hjemmehjelpen kan også bidra til opplæring, i kombinasjon med praktisk bistand, i dagliglivets gjøremål for å bli mer selvhjulpen, eller for å vedlikeholde de ferdigheter en allerede har.

22% av befolkningen over 67 år har hjemmehjelp i Karlsøy kommune. Totalt har vi 6,5 årsverk som utøver service til disse brukerne, fra flere gang per uke til 2 ganger per måned. De siste budsjettbehandlinger har skjært ned på ressurser til hjemmehjelp. Dette har medført at standard for husrengjøring er redusert fra 1 gang pr. uke til 1 gang pr. 14 dager. Hvis bemanningen framover holdes uendret, samtidig som det blir betydelig flere eldre betyr det at kvalitetsstandard vil senkes ytterligere.

9.4 Hjelpemidler / Trygghetsalarm

Hjelpemidler er grunnleggende for at brukerne skal kunne bo lengst mulig hjemme. Når brukerens funksjoner begynner å svikte, kan hjelpemidler bidra til at han/hun klarer å løse daglige gjøremål uten videre assistanse. Etter hvert kan det bli nødvendig med flere hjelpemidler, eller at hjemmesykepleien må komme innom jevnlig. Dette samsvarer med LEON-prinsippet om å yte tjenester på lavest mulig omsorgsnivå. Hjelpemidler og trygghetsalarm kommer først inn som et forebyggende tiltak.

Åpen omsorg i Karlsøy kommune satser mye på hjelpemidler. Vi har per i dag ansatt en vaktmester i 50% stilling som har hovedansvaret for utkjøring og tilpassing av hjelpemidler. I tillegg har vi 2 ansvarlige i hjemmesykepleien, som deler på en dag per uke for å behandle søknader, dra på kartlegging, og å være et bindeledd mellom bruker og hjelpemiddellager. Kommunen har et eget hjelpemiddellager for korttidsutlån,

lokalisert i kjelleren på Karlsøyheimen. I utgangspunktet skal kommunen selv kjøpe inn hjelpemidler for å fylle opp med nødvendig utstyr. Dette er dyrt utstyr, som det i starten av planperioden er satt av lite penger til i budsjettet. Vi har i dag en god avtale med hjelpemiddelsentralen om å overta lite brukt utstyr som de ikke kan låne ut på nytt.

Nesten alle brukerne av hjemmetjenester i Karlsøy har ett eller flere hjelpemidler. I forhold til den forventede økningen av eldre, ser vi for oss også her, at behovet for hjelpemidler vil øke.

Vaktmester for hjelpemidler disponerer pr. 1/1-08 for dårlige lokaler. Det er planlagt å tilrettelegge nye lokaler med kontor, lager og vedlikeholdsrom totalt ca. 40 m².

I dag har åpen omsorg 35 trygghetsalarmer i bruk i hele kommunen, dette utgjør 8 % av befolkningen over 67 år i Karlsøy kommune. Frem mot 2015 vil dette tallet øke til 39, og mot 2020 vil dette tallet øke til 45 alarmer. Kommunen har en avtale med Trygg vakt om ivaretagelse av trygghetsalarmene.

Dette betyr at utløste alarmer går direkte til Trygg vakt sin vaktentral, hvorpå Trygg vakt kobler seg inn på brukers høyttaler for å høre om bruker trenger hjelp, evt. ringer de til innmeldt kontaktperson. Dette er en døgnbemannet tjeneste, som brukeren betaler en månedlig egenandel på.

Utfordringer i forhold til trygghetsalarmer er å få personer i brukers nærmiljø, til å stå som kontaktpersoner dersom alarm utløses. På Bosenteret i Vannvåg har vi i dag problemer med å få kontaktpersoner, da en stor del av de eldre som bor der ikke har pårørende i nærheten. Kommunen må søke å finne løsning på dette, det vises til kap. 9.9.

9.5 Støttekontakt

Alle mennesker har grunnleggende behov for kontakt med andre, for fritid, aktivitet, hvile, samhandling med andre osv. Det å ha et annet menneske som kommer på besøk når ingen andre gjør det, kan være med på å heve livskvaliteten, og gi mening til hverdagen.

Støttekontaktordningen skal bidra til dette. Pleie- og omsorgstjenesten er god på det rent faglige som stell og pleie, medisinsk behandling og oppfølging. Det satses mindre på aktivitet, kultur og opplevelser, både på grunn av økonomi/personell, og på grunn av tanken om at god helse kommer i form av medisiner og god pleie. Det er imidlertid mye god helse i livsglede og mestring av dagliglivet. Ved å satse på støttekontakter vil vi kunne avhjelpe pleietjenesten.

Med budsjettmessig knapphet på ressurser har støttekontaktordningen blitt prioritert til brukere med rusproblemer og/eller psykiske lidelser. Det er i liten grad brukt støttekontakt innen ordinær eldreomsorg.

Det må satses på å skaffe flere som ønsker å være støttekontakt. Kommunen må sørge for opplæring og oppfølging av støttekontaktene. Det må også ses på muligheten til å endre organiseringen slik at støttekontakttjenesten organiseres i en aktivitetsgruppe med flere typer tilbud.

9.6 Omsorgslønn

I 2007 brukte kommunen ca. 1 million på omsorgslønn fordelt på 16 brukere. Det er politisk vedtatt egne retningslinjer for omsorgslønn. Tjenesten er viktig og kan bidra til at brukeren kan fungere lengre i sitt hjem, samtidig som det avlastar den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Kommunen har etter lov om sosiale tjenester plikt til å ha en ordning med omsorgslønn til de som har **særlig tyngende** omsorgsarbeid. Likevel er omsorgslønn en ytelse man ikke har et lovbestemt krav på. Det er ikke en rettighet på linje med andre sosialtjenester, og gir dermed kommunen større rom for bruk av skjønn. Framtidas omsorgsutfordringer med blant annet problemer med å rekruttere nok helsepersonell, tilsier at kommunen på sikt bør vurdere enda mer aktiv bruk av omsorgslønn.

9.7 Avlastning/korttidsplasser

Pleie- og omsorgstjenesten har ikke avsatt avlastnings/korttidsplasser. Avdelingen på sykehjemmet som var planlagt til avlastnings og korttidsplasser blir hovedsakelig brukt til langtidsplasser. Flere eldre samt at flere pasienter skrives ut fra sykehus til en rehabiliteringsfase tilsier behov for oppretting av flere korttidsplasser ved sykehjemmet. Dette gir også bedre grunnlag for samarbeid med hjemmetjenesten og med pårørende slik at flere kan bo hjemme uten å behøve en fast sykehjemsplass. Det må planlegges for at det etter 2015 opprettes flere korttidsplasser på sykehjemmet.

9.8 Brukerstyrt personlig assistent

Mange brukere ønsker mer individuell tilrettelegging og mer direkte innflytelse og styring med tjenestene. De ønsker selv å styre sin assistent med hensyn til arbeidsoppgaver og arbeidstid. Brukernes juridiske rettigheter har også blitt mer tilpasset disse ønskene. Pr. 2008 har kommunen 2 brukere med denne ordning. Staten arbeider med å lovfeste denne rettigheten, noe som evt. vil gi flere brukere. Innbyggerne kan søke kommunen om denne ordningen. Kommunen gjør da et vedtak og hvis tjenesten innvilges fastsettes hvor mange timer pr. uke som skal gis. Ordningen kan bidra til at brukeren kan fungere godt i sitt eget hjem, og kan delvis avlaste pleie- og omsorgstjenesten. Assistenten skal kunne yte flere typer tjenester til brukeren, men ikke tjenester som krever medisinsk faglig kompetanse.

I en slik ordning må det være en arbeidsgiver, en assistent og en bruker. Dersom brukeren ikke er i stand til å styre assistenten kan det opprettes en arbeidsleder som bistår brukeren med dette. Det har blitt mer vanlig at kommunene selv ikke tar arbeidsgiveransvaret men overlater dette til et andelslag som brukerne har opprettet. Kommunens rolle blir da å vurdere søknaden samt å finansiere det antall timer som er innvilget. Staten setter hvert år av tilskuddsmidler til ordningen som kommunen kan søke på.

9.9 Omsorgsbolig

Karlsøy kommune har til sammen 31 omsorgsboliger. Disse er fordelt slik:

- Karlsøyheimen. 14 leiligheter på 2 etasjer med fellesareal.
- Helgøyheimen. 5 selvstendige leiligheter.
- Vannvåg bo- og servicesenter. 10 leiligheter. Ikke heldøgnet tilsyn.
- Reinskarheimen. 2 leiligheter. Målgruppe innenfor psykiatri.

Statistikk fra SHD viser at kommunen har forholdsvis mange omsorgsboliger sammenlignet med andre kommuner. De fleste som bor på omsorgsboligene kommer fra områder i kommunen med svært spredt bosetning.

Med unntak av i Vannvåg hvor det har vært noe ledighet, er alle omsorgsboligene utleid. Det har jevnt over vært noe venteliste til omsorgsboligene på Hansnes.

Hjemmesykepleien yter tjenester til beboerne. Alle beboerne benytter seg av tilbud om full kost servert på spisestuen. På Bo- og servicesenteret i Vannvåg er det eget kjøkkenpersonale som lager måltider til beboerne.

Omsorgsboligene var opprinnelig planlagt til mennesker som i nokså stor grad klarte seg selv. Nå er helsetilstanden til beboerne så mye dårligere at denne forutsetningen ikke holder. Dette kommer av knapphet på sykehjemsplasser. Utskrivningsklare pasienter fra sykehus får sykehjemsplass foran de som bor på omsorgsbolig og som venter på sykehjemsplass. Denne utviklingen har medført at hjemmesykepleien må gi pleie tilsvarende sykehjemsnivå i omsorgsboligene.

Vaktordninger i tilknytning til omsorgsboliger:

Det er bemanning tilstede på Karlsøyheimen fra kl. 0800 til kl. 2200. Nattevakt på sykehjemmet har tilsyn fra kl. 2200 til kl. 0800. Ved Bo- og servicesenteret er det normalt ikke nattevakt. Praksis har vært at nattevakt settes inn ved behov i en begrenset periode. Senteret har stadig oftere beboere med behov for heldøgnet tilsyn. I tillegg tilsier brannforskrifter at det skal være nattevakt tilstede hvis noen beboere ikke kan forlate egen leilighet uten betydelig grad av hjelp. Jfr. kap. 8 tilrås ikke å opprette flere enheter med heldøgnet tilstedeværende pleie og omsorg for mennesker med svært omfattende pleiebehov. Hensynet til kvalitet, kompetansekrav og økonomi tilsier ikke at dette tilrådes. Planen må imidlertid gi anledning til å etablere en bakvaktordning på natt i tilknytning til Bosenteret, evt. tilstedeværende nattevaktordning i perioder hvor man har svært pleietrengede pasienter som ikke kan få plass ved Karlsøy omsorgssenter.

10. Sykehjem

10.1 Målsetting.

Målsetting

Karlsøy omsorgssenter har som målsetting å yte best mulig tilrettelagt omsorg for den enkelte beboer innenfor de rammer vi har. Kommunen ønsker et best mulig samarbeid med pårørende, foreninger og andre samarbeidspartnere der kontakten kjennetegnes med gjensidighet og respekt.

Beboere skal ha et trygt og meningsfylt liv ut fra egne forutsetninger.

De som går mot livets slutt skal sikres en verdig og respektfull avslutning på livet.

Karlsøy omsorgssenter har til sammen 28 sykehjemsplasser fordelt på 3 avdelinger, samt 19 omsorgsboliger. De 3 avdelingene fordeler seg slik:

- Soltind har 12 plasser og er skjermet avdeling for mennesker med demensdiagnoser
- Vanntind har 8 plasser for langtidsopphold
- Stortind har 8 plasser for langtidsopphold

Omsorgsboliger er fordelt med:

- Karlsøyheimen. 14 leiligheter + fellesareal.
- Helgøyheimen. 5 leiligheter uten fellesareal.

Langtid:

Vanntind er ei avdeling med 8 pasientrom i sykehjemmets 2. etasje med utsikt over Langsund. I utgangspunktet var dette avdelingen for alle pasienter som hadde et framskredet hjelpebehov. I praksis har denne avdeling hatt alle typer pasienter, men er den eneste avdeling

som tar imot kreftpasienter fra UNN. Dette for å bli god på kreftomsorg. I tillegg har personalet legetelefonen på ettermiddag og i helger.

Rehabilitering:

Stortind er ei avdeling for 8 pasienter i sykehjemmets 1. etasje med utsikt over Langsund. Avdelingen var i utgangspunktet tenkt som rehabiliteringsavdeling med noen korttidsplasser for å avlaste de som bodde hjemme. I praksis har det ikke blitt slik ut fra problemet med å finne nok sykehjemsplasser til beboere med behov for permanent plass. Ved akutt behov for avlastning har det blitt til at man har flyttet sammen avlastingspasienter med de som bor fast for en periode. Avdelingen har i hovedsak hatt pasienter med hjerneslag, men også andre typer langtidspasienter.

Organiseringen med små enheter viser seg å være vellykket. Beboerne gir uttrykk for å trives godt i avdelinger der man har egne rom og stue/kjøkken på hver avdeling. Faglig sett ser man også fordeler, for eksempel er det mindre smittespredning nå kontra det gamle sykehjemmet der hele sykehjemmet delte korridor.

Pr. 1/1-08 fordeler plassene seg slik:

Karlsøya	0
Reinøya	3,40 %
Ringvassøya	41,40 %
Rebbenes	0 %
Vannøya	55,20 %

Sykehjemmets oppgaver er i hovedsak å gi tilbud om:

- Langtidsopphold til pleietrengende og aldersdemente
- Korttidsopphold, avlastning og rehabilitering
- Omsorg ved livets slutt

De forskjellige avdelingene har til en viss grad fokus på forskjellige forhold, dette ut fra beboersammensetning/diagnoser. Felles for avdelingene er at de skal yte god behandling og pleie, samt tilstrebe å lage et trivelig miljø for dem som må tilbringe kortere eller lengre tid på sykehjem.

Sentralkjøkkenet produserer middag til både sykehjemmet og hjemmeboende, samt leverer ut tørrmat til hele omsorgssentret.

Sykehjemmet har eget vaskeri for pasientenes privattøy, og for arbeidstøy/sengklær.

Vaktmestertjeneste besørjes av teknisk etat.

10.2 Sykehjemmets kapasitet og dekningsgrad

	Innbyggere > 80 år	Antall plasser	Dekningsgrad i %
År 1996	101	36	35,6
År 2003	124	26	21,0
År 2008	130	28	21,5
År 2015	136	29	21,3
År 2020	151	33	21,9
År 2025	173	38	21,9

Tabellen viser dekningsgrad fra perioden før nytt sykehjem ble bygd, dekningsgrad i 2003 etter innflytting i nytt sykehjem, dekningsgrad i 2008 samt hvor mange plasser som må være framover for å videreføre dekningsgrad på 2008 nivå.

Dekningsgrad regnes normalt i % av antall innbyggere over 80 år. For å holde denne dekningsgrad uendret framover er det i 2025 beregnet et behov på 10 nye sykehjemsplasser. Ut fra at alle har krav på enkeltrom og sykehjemmet i dag har 26 beboerrom vil tabellen over vise et behov for 12 nye beboerrom innen 2025. Dette er et meget nøkternt anslag. En slik utbygging vil ikke bedre sykehjemsdekningen, men bare videreføre dagens dekningsgrad som iflg. KOSTA-tallene er meget lav sammenlignet med andre kommuner. I regjeringens omsorgsmelding samt KS sin rammeplan for bedre eldreomsorg skisseres et behov på 60.000 nye sykehjemsplasser/omsorgsboliger de neste 20 årene, hvilket er nesten en fordobling.

Uten at det er gjort noen kostnadsberegning kan et grovt anslag antyde at utbygging av 12 nye plasser betyr en brutto investering på 10 mill. i 2008 priser. Ut fra statens tilskudsregler pr. 2008 vil kommunen kunne få investeringstilskudd på 3 mill.

Selv om det vil bli en stor utfordring tas sikte på å drive med dagens antall sykehjemsplasser til over 2015. KOSTRA-tall viser at kommunen i perioden 2003 til 2008 har hatt lav dekningsgrad på sykehjemsplasser. Tendensen er og vil fortsatt være at sykehusene skriver ut pasienter til avsluttende behandling og rehabilitering og forventer sykehjemsplass

Med det antall eldre som antas i 2020 vil det ikke være mulig å ivareta brukernes behov og rettigheter med 28 sykehjemsplasser. Alternativet vil være sykehjemsdrift i tilknytning til omsorgsboliger som vil bli driftsøkonomisk og kvalitetsmessig dårligere tjeneste. Nye plasser bør dermed etableres som tilbygg til dagens sykehjem.

10.3 Omsorgssenterets rolle og funksjon i kommunen

Sykehjemmet på Karlsøy omsorgssenter brukes i hovedsak til langtidsopphold for sterkt hjelpetrengende eldre, og bare en liten del til korttidsopphold.

I planleggingen av omsorgssentret ønsket man at sykehjemmet skulle plasseres sentralt i forhold til fergeforbindelser til Vannøya, Reinøya og Karlsøya. Det skulle være lett tilgjengelighet for besøkende fra alle deler av kommunen.

Vinterhagen på Karlsøy omsorgssenter var planlagt til bruk for ulike formål, ikke bare arrangementer for de som bor på sykehjemmet og omsorgsboligene.

Diakontjenesten har faste samlinger 1 gang pr. mnd. Da er det underholdning, kaffe og kaker til mennesker som ønsker et sosialt fellesskap. Hver mnd. samles ca. 100 mennesker, fra alle øyene i kommunen, til hyggelig samvær.

Vannøyforeningen og Karlsøyforeningen lager fest for beboerne 1 gang pr. år. Da er det musikk, servering og den gode samtalen som er hovedtema. Dette er veldig populært blant beboerne.

Skolen og barnehagene på Hansnes er innom 1-2 ganger pr. år, da har de øvd inn sanger og underholdning.

Funksjon

Karlsøy omsorgssenter er eneste institusjon i kommunen. 28 sykehjemsplasser skal fordeles etter behov, og mange hensyn må taes i betraktning i denne forbindelse. Det er ikke tilstrekkelig å bare se på behov for medisinsk oppfølging når sykehjemsplasser fordeles. En like viktig faktor er å vurdere muligheten for å gi forsvarlig tjeneste der vedkommende bor. Tilgjengelighet til helsepersonell og kompetanse blir her en viktig faktor.

I hovedsak brukes sykehjemmet til eldre med stort hjelpebehov. De siste årene ser man at en rekke oppgaver er overført til kommunen fra statlig og fylkeskommunalt forvaltningsnivå. Kreftomsorg er en ny utfordring for kommunen, de siste 3-4 årene har man hatt yngre personer med kreftdiagnose på sykehjemmet. Det gir store utfordringer, både faglig og

bemanningsmessig. Utfordringene krever løsninger knyttet til både økning av kapasitet og en heving av kompetansen.

Det må planlegges ut fra at dette utviklingstrekket vil forsterkes. SINTEF helse sier: ” Det er liten tvil om at oppgavemengden i kommunene har økt og at dette delvis skyldes at sykehusene i langt sterkere grad har rendyrket sin rolle som behandlingsinstitusjon og at siste behandlingsfase og rekreasjonsfasen tas hånd om av kommunen.”.

11. Oppsummering og prioritering

11.1 Tiltak innenfor eget driftsbudsjett på 2008 nivå:

	Tiltak	Kostnad	Tidspunkt
1.	Rekrutteringstiltak jfr. planens kap. 5		Kontinuerlig
2.	Kompetanseutvikling. Egen kompetanseplan og ”Kompetanseløftet”.		Kontinuerlig
3.	Ny elektronisk personalmodul. Turnus, lønn, vikarer m.m. Se kap. 4.	90000	2008/2009
4.	Yte tjenester på laveste effektive omsorgsnivå jfr. kap. 6.3		Kontinuerlig
5.	Styrket samarbeid med spesialisthelsetjeneste		
6.	Pleie på sykehjemsnivå gis på Karlsøy oms.senter jfr. kap. 8		
7.	Satsing på positivt arbeidsmiljø, trivsel og redusert sykefravær.		

11.2 Tiltak som krever tilføring av ressurser:

	Tiltak	Kostnad	Tidspunkt
8.	Avd.sykepleier(e) ved sykehjem får personalansvar. 60% økt stilling. Se kap. 4.	200.000	2009
9.	Øke bemanning sykehjem 2,5 årsverk. Se kap. 5.	750.000	2009-2015
10.	Øke bemanning åpen omsorg 5 årsverk. Se kap. 5.	1.700.000	2009-2015
11.	Styrke aktivitetstilbudet til eldre. Opprette aktivitetsleder. Se kap. 9.9.	400.000	innen 2012
12.	Styrke dagtilbud og avlastning for hjemmeboende m/demens. Kap.7.		innen 2012
13.	Ta i bruk ny teknologi		
14.	Styrket periodevis nattevaktordning ved behov. Se kap. 8 og 9.9.	300.000	2009

11.3 Langsiktige tiltak – iverksetting etter år 2015:

	Tiltak	Kostnad	Tidspunkt
15.	Øke bemanning åpen omsorg ytterligere 4 årsverk. Se kap. 5.	1.400.000	2015-2020
16.	Øke bemanning sykehjem ytterligere 5 årsverk. Se kap. 5.	1.700.000	2015-2020
17.	Øke bemanning sykehjem ytterligere 6 årsverk. Se kap. 5.	2.000.000	2020-2025
18.	Bygge 12 nye sykehjems plasser. Videreføre dagens dekningsgrad. Se kap. 10.2. Prisanslag i 2008-kroneverdi.	Netto 7 mill.	2015-2025