

# OMSORGSPLANEN 2015 - 2019



## Plan for eldre

VEDTATT 16.06.2011  
REVIDERT 20.11.2014

## Innhald

1	Innleiing.....	2
2	Samandrag.....	2
3	Statlege mål og styringssignal .....	6
3.1	Statlege mål .....	6
3.2	Lokale mål Hå kommune .....	6
4	Befolkningsframskriving - endringar i demografi .....	7
5	Dagens tenestetilbod .....	8
5.1	Omsorgsbustader med heildøgns bemanning og sjukeheims plassar.....	8
5.2	Omsorgsbustader knytt til Bu- og velferds senter utan heildøgns bemanning .....	10
5.3	Heimebaserte tenester .....	12
6	Hå kommune samanlikna med andre kommunar .....	14
6.1	Samanlikning av folkemengd.....	14
6.2	Samanlikning av bebuarar på institusjon .....	14
6.3	Samanlikning av bebuarar i bustad til pleie- og omsorgsføremål.....	14
6.4	Mottakarar av heimetenester .....	15
6.5	Oppsummering samanlikning med andre kommunar .....	15
7	Framskrivning av behov og alternative forslag til tiltak.....	16
7.1	Institusjonsplassar framskrive med dagens krav til plassar .....	16
7.2	Moglegheiter for nye institusjonsplasser .....	18
7.3	Omsorgsbustader tilknytt Bu- og velferdssentre utan heildøgns bemanning .....	20
7.4	Heimebaserte tenester .....	21
7.5	Ein verdig alderdom .....	24
7.6	Drøfting og anbefaling av alternativ .....	25
8	Tiltaksliste .....	27
8.1	Sjukeheims plasser .....	27
8.2	Heimebaserte tenester .....	28

## 1 Innleiing

Helselovgevinga har fokus på forsvarlegheit og verdigheit. Det å kunna bestemma i eige liv lengst mogleg er ein verdi i seg sjølv. Opplevd tryggleik og at eigne ynskjer vert sett ut i livet er ein viktig del av god omsorg.

Den største sosialpolitiske utfordringa i Noreg, samt Europa dei komande tiår, er å sikre det store, og sterkt aukande talet på gamle, ei verdig, siste levetid.

Fram til år 2050 vil talet på eldre øve 65 år auke med 70 % i Norge, talet på 80-åringar med 100 %, og talet på 90-åringar med langt over 1000 %. (*Tala er henta frå «verdighetscenteret»*). Det vil krevje at kommunen satsar breidt på ulike løysingar for å imøtekomma behova, samt å disponere ressursane i samsvar til vedtatt økonomiplan for å sikre bærekraft.

Eldreplanen har fokus på kommunale tenester til personar som er over 67 år og personar med demens.

Eldreomsorga i Hå er basert på to hovudtankar - ei distriktstenking og ei omsorgstrappetenking. Distriktstenkinga har fokus på at tenestar vert gitt nær brukarane. Omsorgstrappetenkinga legg vekt på at helse- og omsorgstilbodet til eldre er delt inn i nivå, eller som ei trapp med fleire trinn. Tanken er at omsorgstenestane skal ytast etter LEON (Lågast Effektive Omsorgs Nivå) – prinsippet. Hovudmålet med dette prinsippet er at den einskilde skal få hjelp slik at han eller ho kan bu lengst mogleg i eigen heim og vera mest mogleg sjølvhjulpen.

## 2 Samandrag

Når me nærmar oss år 2020 - 2030 vil utfordringane innanfor området helse og omsorgssektoren auke på og forsterkas. Me står ovanfor store oppgåver som må løysas dei neste tiår. Helse og omsorg sektoren vil ikkje kunne løyse desse oppgåvene åleine og i den form me nå byggjer tenestene våre på. Dette krev nytenking og involvering av andre sektorar, nye former for engasjement både frå frivillige lag, lokalsamfunn, pårørande og andre offentlige etatar.

Utfordringane som kjem i omsorgssektoren vil etter kvart krevja endringar i korleis ein yt omsorga. Ein sjukeheimplass kostar om lag 1 mill. pr. år pr. seng i driftskostnadar (2012). Dette gjer at ein bør leggja til rette for at fleire eldre skal kunna bu heime lengst mogleg.

Sidan 2011 har det vore ei gradvis innstraming av kriteria for tildeling av sjukeheimplass. Statistikken syner ei auke i talet på avslag på søknadar om sjukeheimplass. Per 31.12.2013 vart 8 personar tildelt sjukeheimplass utan at det var ledig rom.

Samanlikna med andre kommunar i Rogaland har Hå den høgaste andelen av eldre med sjukeheimplass, omsorgsbustad og heimetenester.

Ein ser føre seg innsparingar i økonomiplanen fordi den sterke veksten legger eit stort press på kommunens økonomi.

### Sjukeheims plassar

Kriteria for tildeling av langtids plass er utarbeida etter lovkrav om fagleg forsvarlegheit. Det er også teke omsyn til den enkelte søkar sine ynskjer og behov for tenesta. Mange behov kan dekkast gjennom å gje tenester i heimen eller ved bu- og velferdssenter vert dette gjort. Samtidig er tidlige praksis og forventningar også styrande for kva tilbod den enkelte får. Framtidige prioriteringar knytt til nivået for tildeling av sjukeheims plass er derfor eit politisk val der ein må avgjera om ein vil fortsetja med dagens nivå til tross for det auka forventa talet på eldre, eller om ein vil starta ei innstraming av tildeling av langtids plass i sjukeheim

Planen inneheld vurdering av fylgjande alternative sjukeheimutbyggingar:

<b>Alternativ</b>	<b>Beskriving</b>	<b>Ant. nye plasser</b>	<b>Frå tidlegast</b>	<b>Inv. Kostnad</b>	<b>Årlege netto auka driftskostnader</b>
<b>1a</b>	2 nye etasjar Hå sjukeheim	38	2018	136,8 mill	28 mill. kr
<b>1b</b>	2 nye etasjar Hå sjukeheim, Heimtun flyttas inn	17 - 38	2018	136,8 mill	14 – 28 mill. kr
<b>2</b>	Halv ny etasje Klokkarhagen	12	2018	55 mill	10 mill. kr
<b>3</b>	Hel ny etasje Klokkarhagen	24	2018	100 mill	19 mill. kr

Vedtekne investeringar

	2015	2016	2017	2018
2 nye etasjar Hå sjukeheim	4 mill.	50 mill.	71 mill.	

Tilleggsinvesteringar

	2015	2016	2017	2018
2 nye etasjar Hå sjukeheim Kostnadsjustering opprinnelig anslag	10 mill	0,8 mill		

Nye driftsmidlar i økonomiplan med anbefalt alternativ 1b:

Alternativ	2015	2016	2017	2018
<b>1b</b> 2 nye etasjar Hå sjukeheim				14 mill.
Kostnader flytting Hå sjukeheim		0,5 mill	0,5 mill	

Det vert anbefalt at ein går for ei forsiktig innstraming av talet på sjukeheims plassar kombinert med kvardagsrehabilitering og velferdsteknologi. Difor vert alternativ 1b anbefalt.

## Heimetenesta

Basert på tal frå 2013 fekk 23% av personane i kommunen over 67 år heimesjukepleie. Om same talet på brukarar vert lagt til grunn for 2025 vil ein ha 650 brukarar av tenesta heimesjukepleie på dette tidspunktet. Dette er ei auke i talet på brukarar på 55% dei neste ti åra. Denne auka vil åleine gje behov for 18 nye stillingar dei neste 10 åra og i snitt 1,8 stilling per år til heimesjukepleie. Frå 2010 – 2013 har ein auka heimesjukepleie med 9 stillingar. Dette er i samsvar med behovet ein ser for dei neste 10 åra.

Når det gjeld praktisk bistand syner tala frå 2013 at 19,5 % fekk denne tenesta. Justerer ein for befolkningsprognose gjev dette ein forventa auke på 11,7 årsverk. Når ein samanliknar med det ein har auka frå 2010 – 2014 ser ein ei auke på berre 1,2 årsverk totalt. Det tyder på at det er ein lågare vekst i tenesta enn det auka i talet på eldre skulle tilseia. Det vert tilrådd at ein legg inn ein auke på 0,5 årsverk per år i økonomiplanen.

Heimetenesta har og element av trening, men ikkje systematisk nok til å kunne passa inn i omgrepet kvardagsrehabilitering. Ved innføring av kvardagsrehabilitering i heimetenestane vert det normalt oppretta eit tverrfagleg team bestående av ergoterapeutar, fysioterapeutar, sosionomar og sjukepleiarar med kompetanse innan rehabilitering. Dette teamet gjer vurderingar knytt til rehabiliteringspotensial hjå den enkelte tenestebukar, samarbeider om å læra opp og rettleia tilsette i heimetenesta slik at dei kan stå for oppfølging og trening i brukaren sin heim og nærmiljø. Det vert tilrådd å oppretta eit slikt team med fokus på kvardagsrehabilitering bestående av fire årsverk som prøveprosjekt i 2 år. Etter den tid vert resultatene evaluert før ein kjem med tilråding og avgjerse om ordninga skal gjerast permanent.

Talet på demente aukar i takt med talet på eldre. Ein føresetnad for å kunne gje føremålstenleg behandling og omsorg er at pasienten er tilstrekkelig utreda. Ein diagnose gjer både pasienten, pårørende og hjelpeapparatet ei realistisk moglegheit for planlegging og iverksetting av naudsynte tiltak. Ved tidleg diagnose kan ein nytta seg av medikamentell behandling som kan forseinka sjukdomsutviklinga til den med demens. For å sikra diagnose, utredning og medisinsk oppfølging, vert det rådt til å oppretta eit tverrfagleg demensteam bestående av lege, sjukepleiar og ergoterapeut som skal:

- Hjelpa fastlegane med utredningsarbeidet som grunnlag for diagnose
- Hjelpa i vedtaksprosessen ved vurdering av behov og tildeling av tenester
- Bidra med undervisning og orientera personell og pårørende

Eit slikt utredningsteam i Hå kommune er anslått til kr. 350.000 årleg.

Velferdsteknologi kan vera ulike elektroniske komponentar, og intelligente hus. Bruk av teknologi kan verta ei viktig brikke i det store puslespelet om morgondagens omsorg. Velferdsteknologi gjev det einskilde mennesket høve til å meistra sitt eige liv og helse og hjelp til å kunna bu lenger i eigen heim på tross av nedsett funksjonsevne. I tillegg kan bruk av velferdsteknologi bidra til å førebyggja eller utsetja behovet for innlegging i institusjon. Teknologi som skaper tryggleik hjå brukarane kan også avlasta pårørende for bekymringer og omsorgsoppgåver. Det vert tilrådd å setta av midlar i økonomiplanen til å kunna prøva ut ulik velferdsteknologi.

Vedtekne driftskostnader Heimetenester

<b>Tiltak</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
0,5 årsverk auking per år.	250'	500'	750'	1 mill.

Forslag i tillegg i driftskostnader heimetenesta til vedteken økonomiplan

<b>Alternativ</b>	<b>Beskriving</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Alle alternativ</b>	1,3 økte årsverk heimesjukepleia	900'	1,8 mill	2,7 mill	3,6 mill
<b>19 % dekning</b>	Kvardagsrehabilitering <sup>1</sup>		1,5 mill	1,5 mill	
<b>19 % dekning</b>	Velferdsteknologi	300'			
	Tverrfaglig demensteam <sup>2</sup>				
	Praktisk bistand	250'	500'	750'	1 mill

<sup>1</sup> Halvparten foreslås dekket av eiga ramme.

<sup>2</sup> Heile beløpet dekkes av eiga ramme

Dette må samordnas med andre behov i kommunen og vedtakas i økonomiplanen.

## 3 Statlege mål og styringssignal

### 3.1 Statlege mål

Eldreplanen er skriven ut i frå dei utfordringane som er skisserte i offentlege utgreiingar, føringar og lovar. Dette gjeld spesielt når fokus er den eldre delen av befolkninga. Planen har fokus op tenester knytt til pleie- og omsorg som skal ytast etter krav frå styringsmakta. Den nye lova om kommunale helse- og omsorgstenester var gjeldande frå 1.1.2012 og erstatta Kommunehelsetenestelova og Sosialtenestelova. Lova skildrar kommunen sine plikter til å yta helse og omsorgstenester og fylgjer tankane som vart skissert i St.meld. 47 «Samhandlingsreforma». Samhandlingsreforma hadde som hensikt å vera ein endringsreform som skulle sikra tiltak knytt til framtidige utfordringar med stor utgiftsvekst i sektoren.

I førre nasjonale helse- og omsorgsplan - St. meld. nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening» - vart det identifisert 5 framtidutfordringar på omsorgsfeltet:

- Nye brukargrupper
- Auka levealder
- Knapphet på omsorgsytarar
- Medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg

Desse utfordringane er fylgde opp i Omsorgsplan 2011- 2015. Føringane i Omsorgsplan 2011- 2015 har fokus på:

- Ein ny og sterkare brukarrolle og medverking med ny lov om pasient og brukarrettar
- Heilskaplege og koordinerte tenester med saumlause pasient løp – reduksjon i auka bruk av sjukehusstenester og ein kommune som har større del i tenesteproduksjonen
- Auka livskvalitet gjennom førebygging og helsefremmande arbeid

Regjeringas Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreforma er saman grunnlaget for NOU 2011: 11 «Innovasjon i omsorg» som har eit lengre tidsperspektiv og som legg spesiell vekt på teknologi, alternative bu- og organisasjonsformer, forskning og innovasjon.

### 3.2 Lokale mål Hå kommune

Kommuneplan Hå kommune ( 2013-2028) har definert hovudmål for den eldre delen av befolkninga:

- Sikra dei eldre ein trygg og meningsfull livssituasjon der dei eldre sjølv, familien og nærmiljøet er ressursar.

Delmål eldre:

- Dei eldre skal ha ein trygg og meningsfull livssituasjon
- Den eldre sjølv, familien og nærmiljøet skal involveras

Det er gitt føringar i gjeldende økonomiplan 2014 – 2017 og i Omsorgsplanen 2011 - 2015

## 4 Befolkningsframskriving – endringar i demografi

Her vert prognosar frå Omsorgsplan 2011-2015 (SSB2010) samanlikna med nyare prognosar – SSB2012 og Kompas 2013. Kompas 2013 er lagt til grunn for Kommuneplanen 2013 -2028.

### Val av modell for framskriving av folkemengd

Tabellen under syner utvikling av folkemengd for dei eldste aldersgruppene.

*Folkemengd 1. januar, etter alder og tid*

01.jan	2010	2011	2012	2013	2014
67-79 år	1068	1131	1171	1235	1285
80-89 år	466	474	462	456	446
90+ år	103	108	120	137	143
<b>Totalsum</b>	<b>1637</b>	<b>1713</b>	<b>1753</b>	<b>1828</b>	<b>1874</b>

Kjelde: SSB

Tabellen nedanfor viser framskriving av folkemengd for dei eldste aldersgruppene.

*Framskrive folkemengd etter alder og tid basert på omsorgsplan 2011-15, SSB og Kompas*

01.jan	2014			2015			2020			2025		
	SSB 2010	SSB 2012	Kompas 2013	SSB 2010	SSB 2012	Kompas 2013	SSB 2010	SSB 2012	Kompas 2013	SSB 2010	SSB 2012	Kompas 2013
67-79 år	1225	1303	1305	1293	1369	1373	1704	1707	1712	2025	2043	2040
80-89 år	443	440	454	447	441	458	482	487	509	594	630	661
90+ år	130	134	137	126	130	135	124	115	129	120	120	128
<b>Totalsum</b>	<b>1798</b>	<b>1877</b>	<b>1896</b>	<b>1942</b>	<b>1940</b>	<b>1965</b>	<b>2310</b>	<b>2309</b>	<b>2349</b>	<b>2739</b>	<b>2793</b>	<b>2829</b>

Både Omsorgsplanen 2011 – 2015 og Økonomiplanen 2014 – 2017 er basert på SSB si framskriving av folkemengd. Denne framskrivinga nyttar Lee-Carter modellen for framskriving av dødelegheit. Resultata av metoden er svært sensitive i forhold til val av observasjonsperiode og dette er ei klart svak side ved metoden. For analysane i 2010 vart observasjonar for alle år sidan 1900 nytta. Bruken av data frå 1900 ser ut til å undervurdere at nedgangen ein har sett i dødelegheit for eldre personar har vore betydeleg større i andre del av hundreåret samalikna med fyrste del.

Framskrivingane i Kompas 2013 ligg nærare den faktiske utviklinga når det gjeld dei eldste aldersgruppene då denne metoden nyttar seg av nyare data (31.12.12 mot SSB sine tal frå juni 2011).

Begge metodane nyttar sannsynlegheit for død på fylkesnivå. Men Kompas tek i tillegg omsyn til sannsynlegheit i kommunane (nivåfaktor for døde, estimeringsperioden for nivåfaktor døde er 2009 – 2011). Dette kan vera ein av forklaringane på forskjellane i framskrivingane etter dei to ulike framskrivingsmetodane.

I denne planen nyttar ein Kompas for framskriving av befolkningstal då denne metoden vert sett på som meir solid.



## Befolkningsframskriving differanse mellom omsorgsplanen 2011-2015 og Kompas modellen.

Talet på personer over 80 år per 1.1.2014 etter Kompas modellen utgjør 591 personer.

Samanliknar me befolkningsutviklinga 80+ i Omsorgsplanen 2011-2015 med Kompas prognosane per 1.1.2014, finn me at ifylgje SSB sine 2010 prognoser skulle ein i utgangen av 2015 ha 573 personer over 80 år. Det vil seie at det er fleire 80+ i Hå kommune i dag enn det som låg til grunn i Omsorgsplanen 2011-2015.

Også framover gjer Kompasmodellen eit høgare anslag på talet eldre, enn det SSB modellen nytta i Omsorgsplanen 2011-2015, la til grunn, særleg i gruppa 80-89 år.

## 5 Dagens tenestetilbod

### 5.1 Omsorgsbustader med heildøgns bemanning og sjukeheimplassar

Kriterier for registrering av heildøgns omsorgsbustader for eldre er endra i KOSTRA. For å kvalifisera til å kallast heildøgns omsorgsbustad må det vera nattpersonell direkte knytt til bustadkomplekset og ikkje vera delt med nærliggande sjukeheim eller bufellesskap. Dette gjer at Hå kommune står utan heildøgns omsorgsbustader for eldre som nå tilfredstill dei nye kriteria i SSB register KOSTRA.

Kommunen har i dag tre institusjonar med heildøgns omsorg for eldre – Hå Sjukeheim, Heimtun sjukeheimsdel og Klokkarhagen. Hå Sjukeheim har 80 plassar kor 2 rom er reservert tilbod om øyeblikkeleg hjelp. Sjukeheimsdelen på Heimtun har 21 plassar og Klokkarhagen sjukeheim har 25 plassar. Totalt er det 126 institusjonsplassar for eldre i kommunen. 13 av desse plassane er i dag nytta av vertskommunebebuarar.

Institusjonsplassane er for eldre og sjuke med så stort omsorgsbehov at dei ikkje kan få dette dekkja i heimen med heimebaserte tenester. Gjennom institusjonsopphald får pasientane dekkja daglege behov i tillegg til lege-, fysio- og ergoterapitenester. Det er eigenbetaling for alle institusjonsplassane med unntak av innleggingar knytt til avlastning med omsyn til pårørande. Desse innleggingane kan ein ikkje krevja eigenbetaling for etter forskrift.

Tabellen under syner budsjett for institusjonar for 2014.

2014 budsjett	Antall plasser	Antall Årsverk	KNOK Drifts-kostnader	KNOK Drifts-inntekter	KNOK Netto Driftskostnader	KNOK per plass
Hå sjukeheim	78	79,29	70 936	-16051	54886	704
Heimtun	21	19,37	15731	-2947	12784	609
Klokkarhagen sjukeheim	25	25,65	22192	-4563	17629	706

Drifts- og vedlikehaldskostnader kjem i tillegg.

#### Hå Sjukeheim

Sjukeheimen er i dag organisert med 5 avdelingar med kvar sin leiar og kvart sitt budsjett. Leiaren for rehabiliteringsavdelinga har i tillegg eit overordna leiaransvar for heile sjukeheimen.

Dei fem avdelingane er organisert på denne måten:

- Rehabiliteringsavdeling med avlastningsplassar og «Øyeblikkelig hjelp» har totalt 16 rom, men det ligg ofte fleire på kvart rom.
- 1., 2. og 3. etasje bu avdelingar med 16 plassar kvar
- avdeling for psykisk utviklingshemma i 4. etasje med 16 plassar.

Sjukeheimen gjev tilbod om korttidsopphald og langtidsopphald.

Rehabiliteringsavdelinga har som mål å gje tidsavgrensa opphald for å hjelpa pasientane til å verta sjølvhjelpne etter for eksempel lårhalsbrot, operasjonar, slag m.m. slik at dei igjen kan bu i eigen heim.

Det er definert 4 «øyeblikkelig hjelp» sengeplassar på rehabiliteringsavdelinga. Kva diagnosar kommunen har forplikta seg til å behandla er nedfelt i avtale med Helse Stavanger.

### **Heimtun - sjukeheims del**

Heimtun er organisert med eigen avdelingsleiar som har ansvar for både sjukeheimdelen og for tenestene i omsorgsbustadene rundt. Heimtun har pasientar med noko lågare behov for pleie enn Sjukeheimen og har difor lågare bemanningsnorm enn Hå sjukeheim. I tillegg til dei 21 langtidsplassane gjev Heimtun tenester til Heimtun 32 trygde- og omsorgsbustader.

### **Klokkekarhagen sjukeheim**

Klokkekarhagen sjukeheim er ein spesialsjukeheim for demente. For å få plass ved institusjonen må den enkelte kunna gjere seg nytte av tilbodet. Dersom pasienten får store somatiske pleiebehov vert det aktuelt med overføring til ordinær sjukeheims plass.

Sjukeheimsbygget er tilrettelagd slik at det kan drivast to avdelingar med 12 rom i kvar avdeling. Det er forsterka skjerma eining/ eigne rom for dei yngste demente. Bygget kan ved behov delast opp for å ivareta bebuarar med stor grad av uro/ åtferdsavvik som krev tett oppfølging, eventuelt yngre demente med særskilde behov.

### **Klokkekarhagen sjukeheim - langtids plass forsterka skjerma eining**

Dette er eit tilbod for søkjarar som har vedvarande alvorlege åtferds- eller psykiske symptom knytt til sin demenssjukdom som gjer at det er naudsynt med særskilt oppfølging eller utredning.

Dersom bebuaren si åtferd eller psykiske symptom knytt til demenssjukdommen vert redusert, kan det bli aktuelt med utskriving til anna omsorgstilbod.

### **Klokkekarhagen sjukeheim - tidsavgrensa opphald og avlastningsopphald**

Dette tilbodet krev at søkjaren er forholdsvis frisk fysisk. Tilbodet er meint å dekkja behov for opphald i institusjon i for start/gjennomføring av forskjellige behandlingar og som ei avlastning for omsorgsgjevar.

### **Oversikt institusjonsplassar for eldre i kommunen**

Tabellen under syner fordeling av institusjonsplassar på dei ulike sjukeheimane.

31.12.2013				
Institusjonsplasser for eldre inklusiv korttidsplasser				
	Ant. Boliger	ledig 31/12	overbelegg 31/12	
Hå sjukeheimlangtidsplasser	48			
Hå sjukeheim PU (ikke vertskommune)	3			
Hå sjukeheim korttidsplasser	16	0	8	
Klokkarhagen langtid	24	1		
Klokkarhagen korttid	1	1		
Heimtun sykehjem	21	0	2	
SUM	113	2	10	

Hå sjukeheims 4.etg er det tre plasser finansiert av Hå kommune. Det er lagt inn i økonomiplanen ei opp justering på 700.000 kr årleg for å finansiere bortfall av vertskommunebebuarar.

Tabellen under syner aldersfordeling på dei ulike sjukeheimane pr.31.12.2013.

	67 - 79 år	80-89 år	over 90 år	SUM
Hå sjukeheim langtidssavdeling	9	23	16	48
Hå sjukeheim PU (ikke vertskommune)	3			3
Langtidsbeboere i 2.etg rehab. Hå sjukeheim	3	3	2	8
Klokkarhagen	5	15	3	23
Heimtun	3	11	9	23
Totalt antall personer	23	52	30	105

## ***5.2 Omsorgsbustader knytt til Bu- og velferdssenter utan heildøgns bemanning***

Kommunen har eldre personar som bur i trygde-/omsorgsbustader. Det vert gitt heimetenester i desse bustadene. Eit mellomsteg i omsorgstrappa er trygde/omsorgsbustadar som er knytt til ei nærliggjande eining som kan gje tenester heile døgnet, også på natt. Kommunen har slike tilbod rundt Heimtun og Olsvoll bu - og velferdssenter. Det har synt seg at dette er eit effektivt mellomsteg mellom det å bu i eigen heim og rein institusjonsplass som er det neste steget i trappa.

Kommunen har 88 bustader som er knytt til ein pleiebase. Pleie- og omsorg disponerer desse bustadane til personar som av ulike grunnar har behov for bustad og tenester frå etaten. Ein del av bygningsmassen er i ferd med å verta eldre men vert vedlikehaldt fortløpande etterkvart som bebuarane flyttar ut. Tenestene som vert gitt i desse bustadene er svært varierende, frå ingen tenester til svært omfattande tenester.

### **Ogna distrikt (19 bustader)**

Ogna distrikt er bygd opp kring Olsvoll bu- og velferdssenter. Det er 13 bebuarrom inne på senteret. Olsvoll bu- og velferdssenter består også av ei dagavdeling for bebuarar og heimebuande i distriktet. Heimetenesta for distriktet er også lokalisert her. Det er døgnbemanning i bufellesskapet for psykisk

utviklingshemma ved senteret, noko som gjer at det er mogleg å ha pasientar med høgare tenestebehov buande enn det ein kan ved dei andre sentra. Distriktet har totalt 19 bustader som vert nytta som trygde/omsorgsbustadar for eldre.

### **Vigrestad distrikt (18 bustader)**

Tenestane i dette distriktet er organisert ut frå Vigrestad bu- og velferdssenter. Heimetenesta har sin base her saman med dagavdelinga som gjev tilbod 3 dagar i veka. 2 dagar i veka er det tilbod om andre aktivitetar på senteret og det er frukost- og middagservering 6 dagar i veka. Vigrestad bu- og velferdssenter er ikkje døgnbemanna. I dag dekker nattpatrulja dei eldre sitt behov for nattevakt.

### **Varhaug distrikt (19 bustader)**

Heimetenesta i dette distriktet har sin base ved Varhaug bu – og velferdssenter. Senteret har dagavdeling som er open 5 dagar i veka og 4 bustader er integrerte i senteret. I tillegg er det 19 trygde/omsorgsbustader i direkte nærleik til senteret. Velferdssenteret er bemanna til kl 21.30 kvar dag. Om natta er det nattpatrulja som yt tenester.

### **Nærbø distrikt (32 bustader)**

Det er 32 bustader i tilknytning til Heimtun som vert nytta til trygde- og omsorgsbustader for eldre med behov for heimetenester. Heimetenestene på Nærbø har sin base på Heimtun. Dagsenteret for eldre på Nærbø ligg i fyrste etasje på Hå Sjukeheimen.

Det var 12 trygdebustader i distriktet på Motland, dei fleste er overført til sosiale bustadføremål. Bustadane treng oppgradering for å møte dei eldre sine forventningar til standard. Det å flytta i omsorgsbustad løysar ikkje utfordringane til eldre med store hjelpebehov då det tilsvarer å bu i eigen heim med tenester.

Tildeling av bustad eller institusjonsplass er lagt til fagteam. Dette for å sikra ein eins inntakspolitikk. Utvalet består av omsorgsleiar og leiarane av dei tre sjukeheimane.

Tabellen under gjev ei oversikt over bebuarar i dei ulike distrikta:

<b>Langtidsbeboere omsorgsboliger og aldersboliger</b>						
<b>Per 31.12.2013</b>						
	67 - 79 år	80-89 år	over 90 år	SUM	Ant. Plasser	Ledig
Ogna	8	4	4	16	19	3
Vigrestad	3	5	5	13	18	5
Varhaug	5	8	4	17	19	2
Heimtun omsorgsboliger	11	9	6	26	32	6
SUM	16	17	13	46	88	16

Dei ledige omsorgsbustadane på Heimtun skuldast at ein i 2013 flytta Hå sjukeheim sine bebuarar ut frå Heimtun til den ferdig rehabiliterte sjukeheimen. Ein ynskjer ikkje å flytta personar som ikkje

oppfyller kriteria inn i desse leilegheitene. Av dei ledige omsorgsbustadane på Heimtun er ein av bustadane nytta til sjukeheimsvedtak og to mellombels utleiga til legar.

I Omsorgsplanen 2011-2015 er dei fire ledige omsorgsbustadane på Vigrestad planlagde som moglege barne og ungdomsbustader. Dette er framleis eit behov, og om forslaget vert oppretthaldt, vert talet på ledige bustader redusert med 4.

Kommunen tildel bustader etter LEON - prinsippet (Lågaste effektive omsorgsnivå). Dette vil seia at etter kvart som eigenfunksjonen vert så dårleg at det ikkje lengre er forsvarleg å gje naudsynt helsehjelp i eigen heim, så vert det tildelt bustader i nærleiken av bu og velferdssentera. Når pasienten sitt behov for omsorgstenester er så omfattande at det krev kontinuerleg oppfølging og tenester eller spesiell kompetanse så vert tenestetilbodet gitt ved sjukeheimane.

Ein kan sjå ei utvikling i dag der eldre i kommunen flyttar frå einebustaden sin til ein meir lettstelt leilegheit nær ein tettstad. Dette gjer at ein forventar mindre press på omsorgsbustader framover enn det utviklinga i folketalet tilseier.

### **5.3 Heimebaserte tenester**

Dei heimebaserte tenestane tilbyr eit breitt og fleksibelt tilbod til heimebuande eldre i kommunen. Tenestane som vert nytta er:

#### **5.3.1 Heimesjukepleie**

Tenesta gjev innbyggjarane i kommunen eit godt, raskt og fleksibelt helsetilbod levert i heimen. Det er ikkje eigenbetaling for denne tenesta. Tildeling av tenesta vert heimla gjennom enkeltvedtak fatta etter Lov om kommunale helse- og omsorgstenester § 3-2.

Hå kommune har lindrande omsorg organisert under heimebaserte tenester. Ved å tenkja heilskap i tenestene er det mogleg å gje smertelindring og god omsorg i heimen til den det gjeld. Gjennom å integrera medisinsk kompetanse, gode pleie- og omsorgstenester og fokus på psykologiske og eksistensielle prinsipp oppnår ein ei god teneste til denne brukargruppa.

#### **5.3.2 Praktisk bistand**

Denne tenesta sikrar hjelp til praktiske gjeremål i dagleglivet, eigenomsorg og personleg stell. Det er eigenbetaling for tenesta. Tildeling vert heimla gjennom enkeltvedtak fatta etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2.

#### **Tryggleiksalarmar**

Alarmane består av ein sendar som den som har alarmen ber med seg, og som kan utløysast slik at ein får kontakt med sjukeheimen i tilfelle fall eller sjukdom og anna. Hjelpet behovet vert så vidareformidla til heimesjukepleia som reiser heim til den aktuelle brukaren. Tildeling av tenesta er ikkje avhengig av at ein får andre ytingar frå kommunen. Det er eigenbetaling for denne tenesta.

#### **5.3.3 Matombringning**

Tenesta gjer at brukarar som har behov for det kan få middag frå kjøkkenet på Hå sjukeheim køyrd heim til seg. Det er eigenbetaling for tenesta.

### 5.3.4 Omsorgsløn og brukarstyrt personleg assistent (BPA)

Omsorgsløn er ikkje ein rett for den enkelte, men likevel ei yting kommunen pliktar å tilby. Ein kan difor ikkje avslå ein søknad fordi kommunen vel å ikkje ha ordninga. BPA er ei teneste etter Lov om kommunale helse- og omsorgstenester kan gjevast til personar med eit stabilt sjukdomsbilete eller stabil funksjonshemming. Brukaren knyter til seg ein eller fleire assistentar som hjelper med daglege gjeremål.

Det er nylig framlagt en proposisjon til Stortinget (prop. 86 L 2013-2014) med forslag til endring i pasient- og brukarrettighetslova om rett til brukarstyrt personleg assistanse.

### 5.3.5 Tal på brukarar av heimebaserte tenester

Tabellen under syner talet på personar som har fått tenester frå kommunen si heimeteneste dei siste 4 åra.

	2010	2011	2012	2013
Heimesjukepleie	337	408	418	420
Praktisk bistand	341	370	366	357

*\*tenester til psykisk utviklingshemma er ikkje med her då dei får tenester av eige personell i omsorgsbustadane.*

Av dei som fekk heimesjukepleie i 2013 var 169 menn og 251 kvinner. Talet på brukarar av heimebaserte tenester held seg stabilt både for heimesjukepleie og praktisk bistand. Ein ser at pasientar vert skrivne raskare ut i frå sjukehus og difor får ein heimebuande pasientar som er dårlegare enn før. Dette fører til at heimetenesta no utfører meir kompliserte sjukepleiefaglege oppgåver i heimen enn tidlegare. Ressursinnsatsen i heimetenesta er auka, men det er vanskeleg å få kvalifisert arbeidskraft.

Talet på brukara i heimesjukepleia har auka med 24,6 % frå 2010 ti 2013.

### 5.3.6 Ressursinnsats heimebaserte tenester

Tala under syner årsverk i heimetenesta i Hå kommune per 31.12 for alle aldersgrupper, med unntak av bebuarar i bufellesskap og institusjon:

	2010	2011	2012	2013
Heimesjukepleie	24,2075	26,7748	29,8474	33,1012
Praktisk bistand	20,1931	21,1765	21,3702	21,3664
sum	44,4006	47,9513	51,2176	54,4676

Som ein ser har det vore ei markant auke i årsverk i heimetenesta de siste åra. Ressursinnsatsen er auka med 36,7 prosent frå 2010 til 2013. Ei større auke i stillingsheimlar enn auka i talet på brukarar skuldast at brukarane er vorte meir pleietrengande i perioden.

Auka i praktisk bistand har vore låg dei siste 4 åra med berre 5,8 prosent. Etter ei auke i eigenandelen for denne tenesta nokre år tilbake har ein hatt ei lågare vekst i tenesta enn det befolkningsutviklinga tilseier.

## 6 Hå kommune samanlikna med andre kommunar

### 6.1 Samanlikning av folkemengd

Tabell 4. Folkemengd 1. januar 2013, etter alder, prosent av befolkning og kommune

01.jan	Sandnes		Klepp		Hå		Time		Randaberg	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
Under 67 år	63295	90,4	16498	90,5	15807	89,6	15641	89,7	9287	89,3
67-79 år	4651	6,6	1275	7,0	1235	7,0	1268	7,3	845	8,1
80-89 år	1709	2,4	366	2,0	456	2,6	443	2,5	218	2,1
90+ år	391	0,6	88	0,5	137	0,8	85	0,5	47	0,5
<b>Sum</b>	<b>70046</b>	<b>100</b>	<b>18227</b>	<b>100</b>	<b>17635</b>	<b>100</b>	<b>17437</b>	<b>100</b>	<b>10397</b>	<b>100</b>

Tabellen syner at Randaberg har den høgaste delen av 67-79 åringar medan Sandnes har den lågaste. Hå har den høgaste andelen 80-89 åringar og dei over 90 år mens Klepp har den lågaste.

### 6.2 Samanlikning av bebuarar på institusjon

Tabell 5. Bebuarar på institusjon (KOSTRA 2012) etter alder, prosent av aldersgruppe

Bebuarar i institusjon	Sandnes		Klepp		Hå		Time		Randaberg	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
67 – 79 år	64	1,4	18	1,4	19 <sup>1</sup>	1,5	23	1,8	1 <sup>2</sup>	0,1
80 år og over	216	10,2	58	12,7	81 <sup>1</sup>	13,7	66	12,5	6 <sup>2</sup>	2,3
<b>I alt</b>	<b>280</b>	<b>0,4</b>	<b>76</b>	<b>0,4</b>	<b>100</b>	<b>0,6</b>	<b>89</b>	<b>0,5</b>	<b>7</b>	<b>0,1</b>

<sup>1</sup>Vertskommunebebuarar trekt frå, desse utgjer 15 personer under 67 år, 8 personer mellom 67 – 79 år og 4 personer på 80 år og over.

<sup>2</sup>Mangler data i KOSTRA rapportering, tall oppgitt av Randaberg kommune.

Tabellen syner at Hå kommune har den høgaste andelen av befolkninga på institusjon medan Randaberg har den lågaste andelen.

### 6.3 Samanlikning av bebuarar i bustad til pleie- og omsorgsføremål

Tabell 6. Bebuarar i bustad til pleie- og omsorgsf. (KOSTRA 2012) etter alder, prosent av aldersgruppe

Pleie- og omsorgsform	Sandnes		Klepp		Hå		Time		Randaberg	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
67 – 79 år	39	0,8	13	1,0	21	1,7	6	0,5	17	2,0
80 år og over	181	8,6	38	8,3	57	9,6	7	1,3	34	12,8
<b>I alt</b>	<b>220</b>	<b>3,3</b>	<b>51</b>	<b>2,9</b>	<b>78</b>	<b>4,3</b>	<b>13</b>	<b>0,7</b>	<b>51</b>	<b>4,6</b>

Tabellen syner at Hå og Randaberg kommune har den høgaste andelen bebuarar i bustader til pleie- og omsorgsføremål medan Time, Sandnes og Klepp har noko mindre. Randaberg kommune har den høgaste andelen bebuarar over 80 år i bustader til pleie- og omsorgsføremål medan Time har den lågaste andelen.

## 6.4 Mottakarar av heimetenester

Tabell 7. Mottakarar av heimetenestar (KOSTRA 2012) etter alder, prosent av aldersgruppe

Mottakarar av heimet.	Sandnes		Klepp		Hå		Time		Randaberg	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
67 – 79 år	270	5,8	94	7,4	85	6,2	89	7,0	44	5,2
80 år og over	657	31,2	146	32,2	223	37,6	173	32,8	85	32,0
<b>I alt</b>	<b>927</b>	<b>13,7</b>	<b>240</b>	<b>13,9</b>	<b>308</b>	<b>16,8</b>	<b>262</b>	<b>14,6</b>	<b>129</b>	<b>11,6</b>

Kommunane har tilnærma lik del mottakarar av heimetenester. Hå kommune har den høgaste andelen mottakarar på 80 år og over, medan Sandnes har den lågaste andelen mottakarar av heimetenester.

## 6.5 Oppsummering samanlikning med andre kommunar

### 6.5.1 Oppsummering av bebuarar på institusjon og i bustad til pleie- og omsorgsføremål

Tabell 8. Bebuarar på institusjon og bebuarar i bustad til pleie- og omsorgsføremål (KOSTRA 2012)

Institusjon og bustad	Sandnes		Klepp		Hå		Time		Randaberg	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
67 – 79 år	103	2,2	31	2,4	40 <sup>1</sup>	3,2	29	2,3	18	2,1
80 år og over	397	18,9	96	21,1	138 <sup>1</sup>	23,3	73	13,8	40	15,1
<b>I alt</b>	<b>500</b>	<b>7,4</b>	<b>127</b>	<b>7,3</b>	<b>178</b>	<b>9,7</b>	<b>102</b>	<b>5,7</b>	<b>58<sup>2</sup></b>	<b>5,2</b>

<sup>1</sup>Vertskommunebebuarar trekt frå, desse utgjer 15 personer under 67 år, 8 personer mellom 67 – 79 år og 4 personer på 80 år og over.

<sup>2</sup> Manglar data i KOSTRA rapportering, tall oppgitt av Randaberg kommune.

Hå kommune har den høgaste andelen av bebuarar på institusjon og i bustad til pleie- og omsorgsføremål medan Sandnes har den lågaste andelen.

### 6.5.2 Oppsummering av institusjon, bustad til pleie- og omsorgsføremål og heimetenester

Tabell 9. Bebuarar på institusjon, bustad til pleie- og omsorgsføremål og heimetenester (KOSTRA 2012)

	Sandnes		Klepp		Hå		Time		Randaberg	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
67 – 79 år	373	8,0	125	9,8	125 <sup>1</sup>	10,1	118	9,3	62	7,3
80 år og over	1054	50,2	242	53,3	361 <sup>1</sup>	60,1	246	46,6	125	47,1
<b>I alt</b>	<b>1427</b>	<b>21,1</b>	<b>367</b>	<b>21,2</b>	<b>486</b>	<b>26,6</b>	<b>364</b>	<b>20,3</b>	<b>187<sup>2</sup></b>	<b>16,8</b>



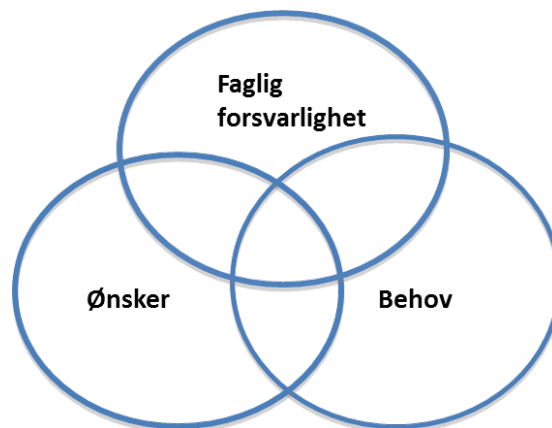
<sup>1</sup>Vertskommunebebuarar trekt frå, desse utgjer 15 personer under 67 år, 8 personer mellom 67 – 79 år og 4 personer på 80 år og over.

<sup>2</sup> Manglar data i KOSTRA rapportering, tall oppgitt av Randaberg kommune.

Hå kommune har den høgaste andelen bebuarar på institusjon, i bustad til pleie- og omsorgsføremål og mottakarar av heimetenester medan Time kommune har den lågaste andelen.

## 7 Framskriving av behov og alternative forslag til tiltak

Kriterier for tildeling av langtidsplass ved sjukeheim er utarbeida etter krav i lova om fagleg forsvarlighet. Samtidig vert det teke omsyn til forholdet mellom den enkelte sine ynskjer og behov for tenesta. Behova kan ofte dekkast gjennom ulike tiltak i heimen eller ved dei ulike bu- og velferdssentra. Ynskjer frå pasient og pårørnde er ofte styrde av tidlegare praksis og forventningar til kommen sine tenestetilbod. Ved å avslå søknadar om langtidsplass og/eller organisera tenester på andre måtar risikerer ein ei auke i klager og ei reduksjon i tilliten mellom bebuarane og kommunen si leiing. For å sikra fleksibilitet i tenestetilbodet må det vera stor grad av samsvar mellom dei ulike vurderingane samtidig som det er viktig å sikra ei utvikling som er økonomisk forsvarleg for kommunen.



### 7.1 Institusjonsplassar framskrive med dagens krav til plassar

Hå kommune har til saman 113 sjukeheimplassar, 96 er for langtidsbuande. De 113 plassane utgjer 19 % av dei eldre per 1.1.2014 over 80 år. Omsorgsplanen 2011-2015 la 24% til grunn for sitt behovsanslag. Det nye er at ingen av omsorgsbustadane for eldre i Hå nå reknas som heildøgns omsorgsbustader. Det vil sei at summen sjukeheimplasser har auka med 13 plasser, medan 37 omsorgsbustader har ved endring av definisjon falle ut av statistikken.

I dette kapitlet vert det sett opp ulike behov for nye plasser med utgangspunkt i Omsorgsplanen 2011 -2015 og med justeringar etter befolkningsutviklinga ved Kompas modellen. For samanlikninga si skuld vert tala relatert til 142 plassar som er inklusiv dei tidlegare heildøgns omsorgsbustadane.

Ein annan metode for å kalkulera framtidige behov på, er å ta utgangspunkt i langtidsbebuarane per 31.12.2013, sjå på aldersfordelinga og framskriva behovet i samsvar til befolkningsutviklinga innanfor dei enkelte aldersgruppene.

<b>Langtidsbeboere sjukeheim</b>				
<b>Per 31.12.2013</b>				
	67 - 79 år	80-89 år	over 90 år	SUM
Hå sjukeheim langtidsavdeling	9	22	17	48
Hå sjukeheim PU (ikke vertskommune)	3			3
Langtidsbeboere i 2.etg rehab. Hå sjukeheim	3	3	2	8
Klokkarhagen	5	15	3	23
Heimtun	3	11	9	23
<b>Totalt antall personer</b>	<b>23</b>	<b>51</b>	<b>31</b>	<b>105</b>
Antall eldre pr 01.01.2014	1285	446	143	1874
% av aldersgrupper sjukehjemsplass	1,8	11,4	21,7	
Prognose 2020 ant. eldre	1712	509	129	2350
Prognose sjukeheimsplass	31	58	28	117
Differanse ant. langtidsplasser 1.1.2014				21
Prognose 2025 ant. eldre	2040	661	128	2829
Prognose sjukeheimsplass	37	76	28	141
Differanse ant. langtidsplasser 1.1.2014				45

Om den same prosentvise auka i dei 17 korttidsplassane som ein ser av langtidsplassane, vil behovet i 2020 væra ei auke på 21 + 2 = 23 plassar og behovet i 2025 vera ei auke på 45 + 5 = 50 plassar. Det vil seie eit behov på 136 sjukeheimsplasser eller heildøgns omsorgsplassar i 2020 og 163 sjukeheimsplassar eller heildøgns omsorgsplassar i 2025. Då er korttidsplassane lagt til igjen.

Antall sjukeheimsplasser heldøgns omsorgsboliger	Dekningsprosent	År 2014	År 2015	År 2020	År 2025	Merknad
Omsorgsplan 2011-2015	24 %		141	149	175	4 pl øhj og utskr.klar
Manglende antall plasser			0	7	33	ift 142 plasser
Beregnet Kompas 2013 modell	24 %	146	146	157	193	4 pl øhj og utskr.klar
Manglende antall plasser		4	4	15	51	ift 142 plasser
Beregnet Kompas 2013 modell	20 %	122	123	132	162	4 pl øhj og utskr.klar
Manglende antall plasser		9	10	19	49	ift 113 plasser
Beregnet ut fra belegg 31.12.13		121		136	163	framskrevet ift folketallet
Manglende antall plasser		8		23	50	ift 113 plasser
Beregnet Kompas 2013 modell	19 %	116	117	125	154	4 pl øhj og utskr.klar
Manglende antall plasser		3	4	12	41	ift 113 plasser

Samanliknar ein Omsorgsplanen 2011-2015 med behovet utrekna på same måte som Kompas 2013 modellen, gjev dei oppdaterte befolkningsprognosane nå eit langt høgare behov for sjukeheimplassar eller heildøgns omsorgsplasser. Differansen er 5 plasser meir i 2015, 8 plasser meir i 2020 og 18 plassar meir i 2025.

Det at det nå er fleire innbyggjarar i Hå kommune over 80 år enn det prognosen frå 2010 la til grunn, er blitt løyst gjennom ei innstramming av kriteriene for å tildela sjukeheimplass i Hå kommune.

Om ein samanliknar det framskrivne behovet sett i befolkningsutviklinga med dekningsprosent på 20% stemmer dette godt overeins. Det vil seie at ein dekningsprosent på 20% gjev eit ganske godt bilete av behovet i framtida om ein fortsett med dagens nivå i kriteriene for tildeling av sjukeheimplass.

Samanliknar ein Hå kommune med kommunane rundt, har Hå kommune den høgaste andelen av eldre over 67 år buande på institusjon. Korleis skal ein klare å skape økonomisk handlingsrom for at Hå kommune skal møte behovet frå mange fleire eldre framover? Anbefalinga er å auka kravet for institusjonsplasser til befolkninga. Det vil føra til eit større gap mellom folks forventningar og det tilbodet som ein gjev, men bør likevel vurderast. Eit godt bilete på dette er talet på avslag langtidsplass som er gitt per år.

	2011	2012	2013
Langtid søknadar	91	98	110
Avlastning søknadar	12	5	16
Avslag søknadar langtidsplass	3	6	16
Klagar avslag søknad om langtidsplass	0	1	1

Som det kjem fram av tabellen har det dei siste åra allereie vore ei innstraming i forhold til tidlegare. Ut frå talet på klagar ser det likevel ut som om det tilbodet som vert gitt er tilstrekkeleg sjølv om det er søkt om sjukeheimplass.

Ein kan vurderer ein reduksjon i talet på sjukeheimplasser ved å styrka dei heimebaserte tenestene, innføra kvardagsrehabilitering og ta i bruk velferdsteknologi. Under desse føresetnadane er det rekna på at ein reduksjon i dekningsgraden frå 20 % til 19 % vil føra til sju færre plassar i 2020 og 8 færre plassar i 2025.

## **7.2 Moglegheiter for nye institusjonsplasser**

Det vert frigjort plasser i 4. etg på Hå sjukeheim etter kvart som vertskommunebebuvarane fell ifrå. Det er knyt noko usikkerhet til dette då det i tillegg er 14 vertskommune bebuvararar med tilbod i omsorgsbustader i kommunen. Fleire av desse vil med tida ha behov for tenester organisert med tettare medisinsk kompetanse gitt i form av sjukeheimstilbod. Ein kan anslå at det kan leggas til grunn at ein sjukeheimplass kan frigjeras annan kvart år i planperioden. Då får ein frigjort 3 plassar til år 2020 og 5 plasser til år 2025. Dette forutsetter at ein er villig til å blanda utvikingshemma og andre eldre i same avdeling.

Det er da behov for 9 plasser til 2020 og 36 plasser til 2025 viss man nyttar 19% dekningsgrad.

### **7.2.1 Alternativ 1. To nye etasjar på Hå sjukeheim**

To nye etasjar på Hå sjukeheim gjev 38 nye sjukeheims plassar.

Kostnadane ved å drifta to nye etasjar vil vera ca. 28 mill. årleg. Det må leggjas vekt på at det kan vera vanskelig å kjøra med redusert dekningsgrad (les ledige rom) då det vil kunna skapa forventingar om å få tilbod om plass før kriterier for tildeling er oppfylde.

#### **Alternativ 1a. Ei langtidsavdeling og ei korttidsavdeling**

Dette alternativet vil gje 38 nye sjukeheims plassar frå den dagen etasjane er ferdige. Organisert som 19 plasser fordelt på tenestene: Avlastning i institusjon, rullerande korttidsopphold, rehabilitering og utredning, samt 19 langtids plasser.

Langtidsavdelinga kan delast opp i mindre einingar for å møte behov for eksempelvis skjerma postar for demente, eldre pleietrengande med rusproblematikk eller yngre funksjonshemma.

Korttidsavdelinga vil kunne romma inntil 80 pasientar ved bruk av ein 1:4 syklus. Fire veker heime og ei veke på sjukeheimen. Tenesta kan organiseras ved bruk av ulike syklusar. Ei slik organisering vil kunna oppretthalda moglegheitene for eldre å bu heime lengre då dei kan ha tilbod i periodar med sjukdom eller periodar kor pleiebehovet er større osv. Dette vil også gje moglegheit for kvile eller ferie for pårørande som ynskjer å ha sine nære buande heime lengst mogleg

#### **Alternativ 1b. Dei nye etasjane vert fylde med 21 sjukeheimsbebuarar frå Heimtun og gjev 17 nye langtids eller korttids plassar.**

Dette alternativet vil gje 17 sjukeheims plassar frå ferdigdato og ta imot bebuarar med bemanning frå sjukeheimsdelen til Heimtun. Det betyr lågare driftsutgifter dei fyrste åra. Kostnadane ved å drifta dei 17 plassane vil vera ca. 14 mill. årleg. Ei utviding vil også rusta oss i åra etter 2025.

Dette alternativet vil krevja ei investering i heimebaserte tenester, teknologi og kvardagsrehabilitering slik at ein kan skjerpa inn kriteriene for tildeling av sjukeheims plass ved å tilby tenester i eigen bustad. Det vil seia at forskjellen mellom den enkelte sitt ynskje om sjukeheims plass og kommunen si vurdering av det reelle behovet vert større.

### **7.2.2 Alternativ 2. Ein halv etasje til på Klokkarhagen sjukeheim**

Ein halv etasje til på Klokkarhagen sjukeheim gjev 12 nye plassar. Ein full ny etasje vil ta vekk sola frå store deler av sansehagen etter at bygget blei snudd i forhold til opphavleg plan. Bygget er klargjort fundamentert for ein etasje til, men bustadane vil ikkje få direkte tilgang til sansehagen som dei andre leilegheitene. Kostnadane ved å drifta dei 12 plassane vil vera ca. 10 mill. årleg.

### **7.2.3 Alternativ 3. Ein heil etasje til på Klokkarhagen sjukeheim.**

Dette vil gje 24 nye plassar og ei meir effektiv drift enn berre ein halv ny etasje. Ulempa er at ein mister sollys inn i sansehagen. Kostnadane ved å drifta dei 24 plassane vil vera ca. 19 mill. årleg.

### **7.2.4 Framtidige alternativ**

Ogna har 13 omsorgsbustader på Olsvoll og 6 i Langaberget 9. Bu- og velferdssenteret på Olsvoll er i svært dårleg bygningsteknisk stand. Det gjeld til dels og bufellesskapet for PU i Langaberget 13. Det

vert tilrådd at denne bygningsmassa på lengre sikt vert rive og at ein bygg opp et nytt bu -og velferdssenter med nye heildøgns omsorgsbustader.

Når Stokkelandsmarka er fullt utbygd er det sett av plass til ein ny sjukeheim som kan tena den sørlege delen av kommunen. Det vert tilrådd at denne løysninga vert utsett til Stokkelandsmarka er ferdig utbygd, og at bebuarane som har flytta inn, byrjar å koma i sjukeheimsalder.

### **7.3 Omsorgsbustader tilknytt Bu- og velferdssentre utan heildøgns bemanning**

Behovet for framtidige omsorgsbustader som ikkje treng heildøgns bemanning er framskrive ut frå aldersfordeling av bebuarane per 31.12.2013.

<b>Langtidsbeboere omsorgsboliger og aldersboliger</b>						
<b>Per 31.12.2013</b>						
	67 - 79 år	80-89 år	over 90 år	SUM	Ant. Plasser	Ledig
Ogna	8	4	4	16	19	3
Vigrestad	3	5	5	13	18	5
Varhaug	5	8	4	17	19	2
Heimtun omsorgsboliger	11	9	6	26	32	6
SUM	27	26	19	72	88	16
Prognose tall eldre pr 01.01.2014	1305	454	137	1896		
% av aldersgruppene	2,1	5,7	13,9			
Prognose 2020 ant. eldre	1712	509	129	2350		
Prognose behov	35	29	18	82		
Prognose 2025 ant. eldre	2040	661	128	2829		
Prognose behov	42	38	18	98		
Heimtun omsorgsboiger. En av boligene er benyttet til sykehjemsvedtak. To midlertidig utleid til leger.						

Nedtrappingsplanen for PU førde til at ein la ned bufellesskapet i Gjegnet 30 på Vigrestad. Her er det nå flytta inn eldre som oppfyller kriteria for tildeling av pleie og omsorgsbustad. Dei fire øvste leilegheitene i Gjegnet 3 er også frigjorte.

Med 16 ledige leilegheiter totalt sett per 31.12.13 ynskjer ein å ta øvste etasje i Gjegnet 3 i bruk som barn og ungdomsbustad, eller som bustad for sjølvstendige psykiske utviklingshemma med tenester organisert som miljøtenester. Sjølv då tilseier prognosen at ein har dekket behovet for slike bustader forbi år 2020. Det vil difor ikkje vera behov for ytterlegare bustader før etter 2020 med mindre ein gjer om ein del av desse bustadane til heildøgns bemanna bustader for å møte behovet for heildøgns omsorgsplasser. Det er ikkje krav til kommunen å ha slike bustader tilgjengelige, og det vert knytt knytes forventningar til at slike leilegheiter inneheld eit minimum av tenester. Tidlegare er bustadane tildelt eldre med ynskje om bustad. I dag er kriteriene knytt til at bustadane er for eldre med tenestebehov som ikkje kan leverast i bustaden dei allereie har. Dette gjer at slike bustadar må ligga i nærleik av bemanna bu- og velferdssenter.

Det vert rådd til at kommunen ikkje bygg fleire aldersbustader utanom Bu- og velferdssentra. Dette då tenestane kan leverast i den einskilde brukar sin heim.

## 7.4 Heimebaserte tenester

Regjeringa har i St meld nr 25 (2005-2006) skissert framtidens omsorgsutfordringar og peikt på fleire problemstillingar. Ei av desse problemstillingane er at det vert fleire eldre og demente med hjelpebehov.

Når me nærmar oss år 2020 til 2030 vil utfordringane innan helse og omsorgssektoren auka og forsterkast. Sektoren vil møte store oppgåver som må løysas dei neste tiåra. Helse og omsorgssektoren vil ikkje kunne løyse desse oppgåvene åleine og i den form ein nå byggjer tenestene på. Det krev nytenking og involvering av andre sektorer, nye former engasjement både frå frivillige lag, lokalsamfunn, pårørande og andre offentlige etatar.

### 7.4.1 Framtidig behov for heimetenester

I tidlegare generasjonar vert omsorg til eldre gitt i familien. Grunna samfunnsutviklinga vil familien ikkje lenger kunne sikra desse gamle den nødvendige omsorg. I Norge dør i dag 40 % av befolkninga på sjukeheim og talet er aukande. Ferske data frå SINTEF syner at pasientane på sjukeheim i snitt har 4-7 alvorlege eller kroniske diagnosar. Det er i denne gruppa ein finn dei med behov som ligg mellom heimetenester og institusjonsomsorg. Kommunen ynskjer at innbyggjarane skal ha tilbod om å bu heime lengst mogleg. Dette sikras gjennom å ha kompetanse i dei heimebaserte tenestene.

Prognosen for talet på eldre:

Innbyggjarar	2014	2015	2020	2025
67-79	1305	1373	1712	2040
80-89	454	458	509	661
90+	137	135	129	128
80+	591	593	638	789
67+	1896	1966	2350	2829

Tabellen over syner at talet på eldre over 67 år vil auka med over 55% dei neste ti åra. Talet på eldre over 80 år vil auka med 33 % i same tidsrommet. Det er forventa at det aukande talet på eldre vil skapa større etterspurnad etter kommunale omsorgstenester. Auka vil vera avhengig av i kva grad auka levealder fører til fleire år med sjukdom og nedsett helse. Verken norsk eller internasjonal forskning gjev eit eins bilete av samanhengen mellom levealder, funksjonstap og behov for omsorg. I planlegginga av omsorga til eldre i kommunen kan det vera hensiktsmessig å leggja til grunn at sjukdom på slutten av livet vil verta utsett, men at lengda på slike periodar vil halda seg forholdsvis uendra. Det er også naturleg å tenka seg at behovet for heimetenester vil auka meir når talet på institusjonsplassar relativt sett vert redusert.

Ein ser at det i dag er fleire alvorleg sjuke som ynskjer å vera heime. Det å sikra gode heimebaserte tenester til desse gruppene vil verta ei utfordring framover som stiller krav til kompetanse, kapasitet og organisering av dei heimebaserte tenestene. Det kan også redusera framtidig behov for tradisjonelle institusjonsplassar. Hå kommune ønsker at alle hjemmeboende eldre i kommunen skal besøkes det året de fyller 85 år for å gjennomgå behov for eventuell tilrettelegging.

Basert på prognosane for auke i talet på eldre må dette speglast i ei auke i dei heimebaserte tenestene for eldre i åra framover. Basert på 2013 tala ser ein at talet på brukara av heimesjukepleie utgjorde 23 % av alle over 67 år. Om same forhold av brukarar ligg til grunn i år 2025 vil ein ha 650 brukara. Det er ei auke på 55 % dei neste ti åra. Denne auka vil åleine krevja 18 stillingar dei neste 10 åra og i gjennomsnitt 1,8 stilling per år til heimebaserte tenester. Ser ein på auka frå 2010 – 2013 syner dette ei auke i stillingar med 9 noko som svarer godt til ei framtidig auke med 18 stillingar dei neste 10 åra.

Når det gjeld praktisk bistand syner tala frå 2013 at 19,5 % fekk desse tenestene. Om same forhold av brukarar vert lagde til grunn i 2025 vil ein ha 552 brukarar og den same prosentvise auke på 55% som for heimesjukepleie. Dette gjev ei forventa auke på 11,7 årsverk. Når ein då samanliknar med auka frå år 2010 til 2014 syner den berre ei auke på 1,2 årsverk. Det betyr at det er ein lågare vekst i tenesta enn det auka i talet på eldre skulle tilseia. Årsaka til den låge auka skuldast også at eigenandelen for tenesta vart auka for nokre år sidan. Det vert difor tilrådd at ein legg inn ei auke på 0,5 årsverk per år i økonomiplanen.

#### **7.4.2 Kvardagsrehabilitering.**

Ressursbruken i omsorgssektoren er i stor grad retta mot pleie av alvorlig sjuke og tiltak som kompensere for funksjonstap. Det er enno sentralt å ta vare på og verdsetta den omsorga som vedlikeheld funksjonsnivå, lindrar smerte og for grunnleggande stell og pleie. Samstundes må ein opna opp for nye tilnærmingar der fokuset er meir aktivt og knytt til brukarane sine eigne ressursar. Rehabilitering er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemidlar. Fleire aktørar samarbeider om å gje naudsynt bistand til pasienten og brukaren si eiga innsats for å oppnå best mogleg funksjon- og meistring, sjølvstende og deltaking i samfunnet.

Ein rehabiliteringsprosess må planleggast og gjennomførast ut frå brukaren sine individuelle behov. I Hå vert slik rehabilitering i stor grad gitt ved rehabiliteringsavdelinga, Hå sjukeheim. Heimebaserte tenester har også element av trening, men ikkje systematisk nok til å kunne passa i uttrykket kvardagsrehabilitering.

Ved innføring av kvardagsrehabilitering i heimebaserte tenester vert det vanlegvis operetta eit tverrfagleg team bestående av ergoterapeutar, fysioterapeutar, sosionomar og sjukepleiarar med rehabiliteringskompetanse. Teamet går inn og vurderer moglegheitene for rehabilitering hjå den enkelte. Samtidig samarbeider teamet om å læra opp og rettleia tilsette i dei heimebaserte tenestene slik at dei kan stå for oppfølging og oppteninga på brukaren sin heim eller nærmiljø. Det vert tilrådd at ein etablerer eit kvardagsrehabiliteringsteam på fire årsverk som eit prøveprosjekt i 2 år. Etter det rår ein til å evaluera resultatata før ein avgjer om ordninga skal innførast permanent. To årsverk kjem frå eiga rame, og to årsverk finansierast gjennom auke i økonomiplanen. Totalkostnaden er anslått til 3 mill. kroner, kor halvparten tas av eiga ramme.

#### **7.4.3 Demens utredning/diagnostikk (tverrfagleg demensteam)**

Ein føresetnad for å kunne gje føremålsteneleg behandling og omsorg er at pasienten er tilstrekkeleg utreda. Ein diagnose gjev både pasienten, pårørande og hjelpeapparatet ei realistisk moglegheit for planlegging og iverksetting av naudsynte tiltak.

Ved tidleg diagnose kan ein nytta seg av medikamentell behandling som forseinkar sjukdomsutviklinga til demens.

Ei diagnose er det dei fleste spør etter for å kunne innretta sine liv etter sjukdomsutviklinga og medverka i dei avgjersler som påverkar behandling og tilrettelegging av tenester. For personar med demens vil ei tidleg diagnose gje moglegheit til å bestemma viktige disposisjonar medan vedkomande har samtykkekompetanse, for eksempel å setta opp eit testamente og sjølv delta i ein diskusjon omkring forsvarleg bilkøyning. Tidleg diagnose gjev også moglegheit til å informera pårørande i ei fase av sjukdomsutviklinga kor det vil vera store moglegheiter for auka forståing og meistring av sjukdomen og gjera dei tryggare i si rolle. Tidleg diagnostisering er også viktig for å gjera det mogleg å bu heime lenger.

For å sikra diagnose, utredning og medisinsk oppfølging rår ein til å oppretta eit tverrfagleg demensteam bestående av lege, sjukepleiar og ergoterapeut. Teamet skal:

- Hjelpa fastlegane med utredingsarbeidet som grunnlag for diagnose
- Hjelpa i vedtaksprosessen med vurdering av behov og tildeling av tenester
- Hjelpa med undervisning og orientera personell og pårørande

Kostnadar til eit slikt utredningsteam i Hå kommune er talfesta til kr. 350.000 årlig. Ein foreslår at midlane vert dekkja innan egne rammer.

#### **7.4.4 Velferdsteknologi**

Omsorgsteknologien er teknologiske støttefunksjonar til mellom anna sjuke, funksjonshemma og personar med kognitiv svikt. Velferdsteknologi kan vera elektroniske komponentar, inkludert smarte og intelligente hus. Teknologien kan vera ei viktig brikke i det store puslespelet som er omsorg i framtida. Det gjev menneske moglegheit til å meistre sitt eige liv og helse og kan bidra til at fleire kan bu lenger i eigen heim til tross for nedsett funksjonsevne. Velferdsteknologi kan bidra til å førebyggja eller utsetja institusjonsinnlegging. Teknologien kan også skapa auka tryggleik hos brukarane og samstundes avlasta pårørande for unødige bekymringar.

I Stortingsmelding 29 står det: «Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Omsorgstjenestene vil både i dag og i framtida være arbeidsintensive og avhengige av det konkrete møtet mellom mennesker. Velferdsteknologien kan imidlertid understøtte en ny utvikling og være ett av flere tiltak for å endre disse tjenestenes innretning, med større vekt på hjelp til selvhjelp, selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering.»

Kunnskap og erfaring viser at hjelpemidlar kan støtte opp om hukommelse, sjølvstende, tidsorientering, aktivitet, og tryggleik. Føresetnaden for at hjelpemidlar skal være nyttige er at dei er valde etter ein grundig behovsanalyse, og at dei vert brukt og fylgt opp på ein forsvarlig måte. Velferdsteknologiske hjelpemiddel kan vera eit supplement til ordinære omsorgstenester.

Hå kommune har som intensjon å være offensiv i å ta i bruk velferdsteknologi. I det arbeidet vil man aktivt søke samarbeidspartnere og statlige prosjektmidler. Det er også et behov for kompetanseheving i etaten.



Det vert tilrådd at det vert sett av midlar på 300.000 kr i økonomiplanen til ei eventuell eigenandel for å kunna prøva ut velferdsteknologi i kommunen.

## **7.5 Ein verdig alderdom**

*«Det som har en pris, kan erstattes med noe tilsvarende. Det som er hevet over enhver pris, har sin verdighet.» I. Kant*

Den største sosialpolitiske utfordringa i Norge og Europa dei komande tiåra er å sikra det høge og sterkt aukande talet på gamle ei verdig siste levetid.

Sjukdom, skade og generelle alderdomssvekking kan gje utfordringar i kvardagen. Det kan vera daglege aktivitetar knytt til mat, drikke, hygiene, fritid og sosialt samvær som vert utfordrande når ein er avhengig av hjelp av andre for å gjennomføra aktivitetane. Andre utfordringar kan vera bruk av unødvendig tvang. Den store utfordringa er å sikra verdige tenester til det siste og gode alternativ til lidande, svekka og isolerte eldre.

Alle menneske, uansett livssituasjon, alder eller sjukdom har verdigheit. Sårbarheita og reduksjon av verdigheit kan verta omfattande når dei eldre vert ramma av sjukdom, vert avhengig av andre si hjelp og forståing og tapar moglegheit til å kunne bestemma sjølv (autonomi). Den store utfordringa for mange gamle, spesielt pasientar med demens eller anna form for kognitiv svikt, er at dei er heilt avhengige av at andre forstår og respekterer deira tankar, kjensler og behov for å ivareta deira verdegheit. Ivaretaking av verdegheit er og å hindra sosial blamering, samt moglegheita til å foreta val. Val som er eigne, i samsvar med eigne verdier og ønskjer.

### **7.5.1 Dagsenter for heimebuande eldre**

Målet for Hå kommune er å gje eit tilbod til alle som har behov for eit tilrettelagt tilbod på dagtid.

Dagsenter gjev auka livskvalitet og gjer at det er mogleg å kunna planleggja for den enkelte og deira pårørande. Samstundes er det god kommuneøkonomi.

Gode dagtilbod vil kunna førebyggja isolasjon og einsemd som vert sett på som den nye «folkehelsesjukdomen». Dagtilbod er også ei viktig arena for aktivitet og ernæring som igjen er viktige element i god helse.

Helse og omsorg har starta en dreining av ressursane frå «tunge» tenester, som institusjonstenester og heimetenester, til førebyggjande tenester som til dømes dagsenter. Det vil verta eit stort fokus på dette arbeidet i åra framover. Det bør vurderast å auka talet på plassar til dag- og aktivitetstilbod i fremtidig økonomiplan.

Helse og omsorg ynskjer og har behov for å skapa gode samarbeidsarenaer med frivillige i kommunen. Gjennom målretta arbeid skal tenesta søke å gjera frivillige oppgåver attraktive og meningsfulle for frivillige, lag og foreiningar.

### **7.5.2 Miljøbehandling for demente**

Ordet miljøbehandling vert brukt som eit samlenamn for summen av dei forhold rundt om oss som vi veit eller antar påverkar menneska.

Miljøbehandling omfattar:

- Ytre ramme vilkår, fysiske og psykososiale forhold
- Individuelle tiltak retta mot symptom
- Spesielle arbeidsmetodar retta mot enkeltindivid og grupper

Eksempel på tiltak:

### **Sansehage som terapi:**

Ein hage som er spesielt designa for demente gjev moglegheit for fysisk aktivitet, avslapping, rekreasjon og sansestimulering. Det er viktig at hagen inneheld element som er lette å kjenna igjen. Hagen vert laga med trygge og opne stiar som gjev moglegheit for "endelaus" vandring. Det må også vera benkar og moglegheit for å sitje i ro i saman eller åleine.

### **Musikk terapi:**

Aktivitetar som til dømes dans, musikk, song og rytme kan gje godt utbytte for menneske med demens. Gjennom slike aktivitetar kan det også stimulerast til å minnast. Dans er eit godt utgangspunkt for dette då dans, rytme og song vert kombinert. Musikalske minner er lagra i djupare liggjande delar av hjernen enn intellektuell kunnskap.

Gruppetilbod for å skapa fellesskap og samhald, fysisk aktivitet og reminisens i form av opne tilbod i Klokkarhagen si aktivitetsavdeling er tilrådde tiltak. Slike tilbod kan skapa møteplassar mellom sjukeheimen og lokalsamfunnet.

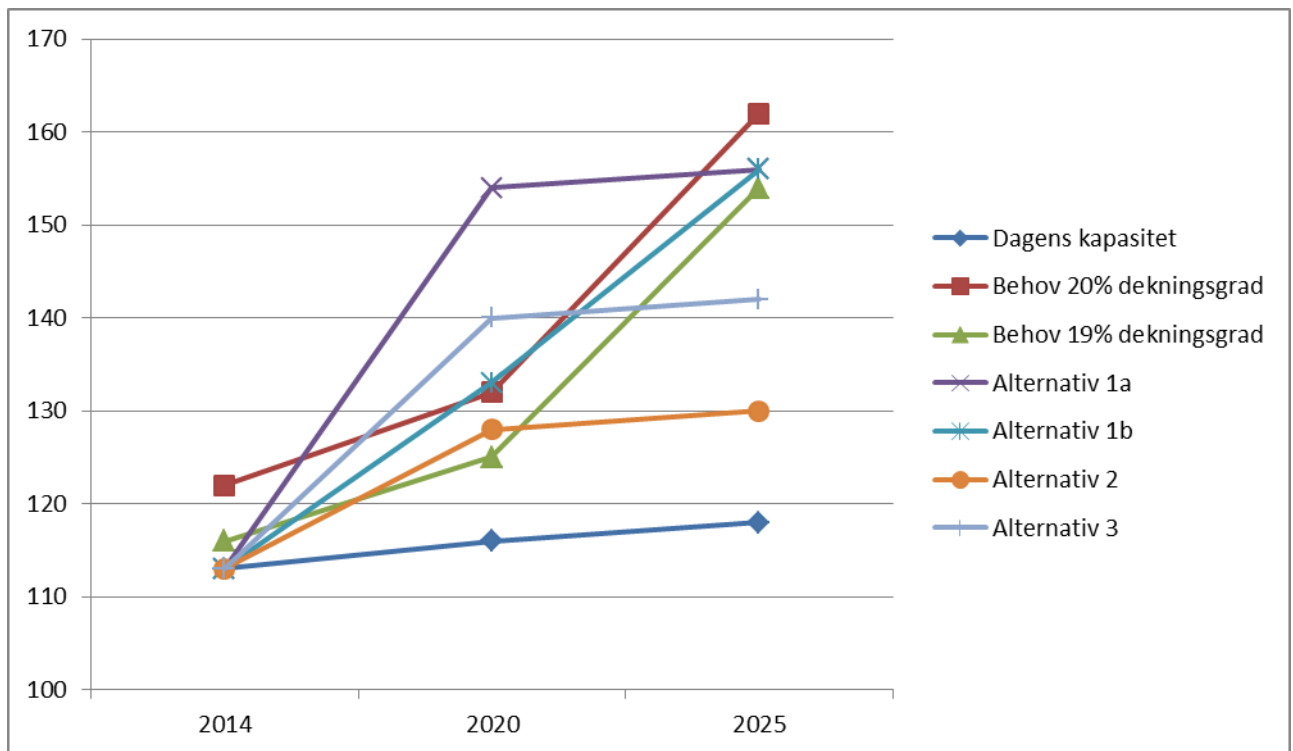
For å få dette til, må ein i tillegg til å ha musikk/song i avdelinga gå i kompaniskap med kommunen sin kulturretat (Frivillighetssentralen, den "Kulturelle spaserstokk", musikkskolen osv) og lokalsamfunnet.

## **7.6 Drøfting og anbefaling av alternativ**

Framtidas omsorgsutfordringar vil før eller seinare krevja endringar i forhold til korleis omsorga vert gitt. Ein sjukeheimplass kostar om lag 1 mill. per år per seng i driftskostnader (2012). Difor bør ein gradvis leggje til rette for at fleire eldre kan bu heime lengst mogleg.

Sidan år 2011 har det vore ei gradvis innstramming av kriteriene for sjukeheimplass. Det ser ein frå statistikken på auke i talet på avslag på søknad om sjukeheimplass. Ein må også leggja til grunn at per 31.12.2013 var 8 personer tildelt langtids plass, men bor på rehabiliteringsavdelinga.

Det er fleire forhold som må leggest vekt på ved val av alternativ. Den enkelte sine ynskje om sjukeheimplass nærast mogleg eigen bustad og forventningar om på kva tidspunkt ein vil kunna få tildelt sjukeheimplass er viktige omsyn å ta. Store einingar gjev større fagmiljø som igjen gjer det lettare å rekruttere naudsynt fagkompetanse.



Bygging av to nye etasjar på Hå sjukeheim er allereie vedteke. Men val av alternativ 1 a) vil føra til at ein i 2020 får ei langt høgare dekningsgrad enn behovet vil vere. Det vil seie ein går den andre vegen i forhold til behovet for eit bærekraftig framtidig omsorgsnivå.

Alternativ 1b gjer ein gradvis auke av drifta som er økonomisk enklare å fasa inn enn alternativ 1a. Av grafen ser ein at linja for alternativ 1b samsvarer godt med behovet ved 20% dekningsgrad, men legg opp til ei redusering ned mot 19% i 2025.

Alternativ 2 gjev for låg kapasitet i år 2025 aleine, men kan eventuelt kombineras med andre alternativ.

Alternativ 3 vil gje for høg kapasitet i 2020, men for låg kapasitet i 2025. I tillegg vil dette alternativet skugga for sola inn i sansehagen.

Det vert tilrådd at ein vel alternativ 1b kor ein bygg to nye etasjar på Hå sjukeheim og flyttar inn sjukeheimsdelen av Heimtun slik at ein får ei trinnvis auke av driftskostnadene. Det vert tilrådd at Olsvoll bu- og velferdssenter på sikt blir vurdert rive og erstatta av eit nytt bygg med nye heildøgns omsorgsleilegheiter. Med alternativ 1b er det mogleg å flytta bebuarar på Olsvoll inn til Heimtun i ei eventuell byggeperiode.

## 8 Tiltaksliste

### 8.1 Sjukeheims plasser

Ei vidareføring av dagens krav til sjukeheims plass med dekningsgrad på 20% for alle over 80 år vil gje eit behov på 19 fleire sjukeheims plassar i år 2020 og 49 fleire sjukeheims plassar i år 2025.

Ei auke i krav til sjukeheims plass vil seie ei større belastning på heimetenesta og at ein tek i bruk velferdsteknologi. Ei reduksjon til 19 % dekningsgrad gjev eit auka behov for 12 nye sjukeheims plassar frå år 2020 og 41 nye sjukeheims plassar frå år 2025.

Fråfall av vertskommunebebuarar vil gje 3 ledige sjukeheims plasser i 4 etg frå år 2020 og nye 2 ledige i år 2025. Verkingar av allereie strengare kriterier gjer det realistisk å kunne forsvare ein dekningsgrad på 19%.

Alternativ	Beskriving	Ant. nye plasser	Frå tidlegast	Inv. Kostnad	Årlege netto auka driftskostnader
<b>1a</b>	2 nye etasjar Hå sjukeheim	36	2018	136,8 mill	28 mill. kr
<b>1b</b>	2 nye etasjar Hå sjukeheim, Heimtun flyttas inn	11 - 36	2018	136,8 mill	14 – 28 mill. kr
<b>2</b>	Halv ny etasje Klokkarhagen	12	2018	55 mill	10 mill. kr
<b>3</b>	Hel ny etasje Klokkarhagen	24	2018	100 mill	19 mill. kr

#### Vedtekte investeringar

	2015	2016	2017	2018
2 nye etasjar Hå sjukeheim	4 mill	50 mill	71 mill	

#### Forslag auka investeringar

	2015	2016	2017	2018
2 nye etasjar Hå sjukeheim Kostnadsjustering	10	0,8 mill		

#### Forslag til auka av driftskostnader i Økonomiplanen på ulike alternativ.

Alternativ	Beskriving	2015	2016	2017	2018
<b>1a</b>	Drift nye 38 sykehj.				28 mill. kr.
<b>1b</b>	Drift 17 nye sykehj.pl				14 mill. kr
<b>2</b>	Drift 12 nye				10 mill. kr

	sykehj.pl				
<b>3</b>	Drift 24 nye sykehj.pl				19 mill. kr

Som fylgje av at befolkningsutviklinga har førd til fleire eldre enn det omsorgsplanen 2011-2015 la til grunn. Dette i tillegg til 8 personar i overbelegg per 1.1.2014 vert det rådd til å auka talet på sjukeheimsplassar før år 2020. Auka kapasitet frå år 2018 kan anslåas som fornuftig ut frå dagens situasjon.

Alternativ 1b vil auka driftsbelastninga på budsjettet gradvis med ferdigstilling i 2018 og vert tilrådd som den beste løysninga. Frigjeringa av sjukeheimsplassar på Heimtun gjev moglegheit for å rehabilitera andre bu- og velferdsentre i kommunen. Det vert tilrådd at ein byggjer opp ei større eining i den sørlege delen av kommunen. Olsvoll er i dårlig forfatning. Samstundes er det mogleg å få til eit bra bygg om ein riv det eksisterande.

## **8.2 Heimebaserte tenester**

Val av alternativ for sjukeheimsplassar vil gje føringar for tilrådd auke i dei heimebaserte tenestene for å kunne gje eit fagleg forsvarleg tilbod.

Vedtekne driftskostnadar heimebaserte tenester

<b>Tiltak</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
0,5 årsverk auke per år.	250'	500'	750'	1 mill

Forslag i tillegg til vedteken økonomiplan

<b>Alternativ</b>	<b>Beskriving</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Alle alternativ</b>	1,3 økte årsverk heimesjukepleia	900'	1,8 mill	2,7 mill	3,6 mill
<b>19 % dekning</b>	Kvardagsrehabilitering <sup>1</sup>		1,5 mill	1,5 mill	1,5 mill
<b>19 % dekning</b>	Velferdsteknologi	300'			
	Tverrfaglig demensteam <sup>2</sup>				
	Praktisk bistand	250'	500'	750'	1 mill

<sup>1</sup> Halvparten dekket av eiga ramme

<sup>2</sup> Heile beløpet dekket av eiga ramme