KVALITETSPLAN OMSORG

2023-2027

HÅ KOMMUNE

ME LØFTER I LAG

KORT FORTALT

Målet med kvalitetsplan omsorg er å vise hvilke veivalg som må tas for å sikre at innbyggerne kan leve gode liv til tross for funksjonsnedsettelse og sykdom.

Planen skal være et styringsverktøy for Hå kommunens omsorgstjenester. Den skal sikre likebehandling gjennom klare retningslinjer og kriterier, og i tillegg forenkle saksbehandlingen.

Planen skal legge til rette for at dette skjer i tråd med gjeldende lover, mål og forskrifter. Det er spesielt lagt vekt på medvirkning, selvstendighet og aktivitet.

Omsorgstjenesten blir utfordra av:

- Aldrende befolkning
- Mangel på arbeidskraft
- Økte forventninger til tjenestene
- Brukere med mer sammensatt sykdomsbilde og behov for koordinerte tjenester
- Overføringer av flere oppgaver til kommunen.

Hovedtiltak:

- Rekruttere personell
- Utvikle og øke kompetanse blant ansatte
- Jobbe mot en heltidskultur
- Tilrettelegge for at innbyggere i Hå kommune kan bo hjemme lengst mulig
- Sikre tjenestelevering
- Informasjon, medvirkning og deltakelse til/for innbyggere
- Frivillighet, nettverk og pårørendearbeid
- Bruk av velferdsteknologi

Innhold

KORT FORTALT 2
Bakgrunn for planarbeidet 4
1.INNLEDNING 5
2. TEMA FOR PLANEN 5
2.1. Medvirkning 5
2.2. Selvstendighet 6
2.3. Aktivitet 6
3. PLANPROSESS OG ORGANISERING 7
3.1. Planprogram 7
3.2. Folkemøter 8
3.3. Gjestebud 8
3.4. Høring 9
3.5. Fremdriftsplan 9
4.RAMMER FOR PLANEN 10
4.1. Sammen om en kommunerolle i endring 10
4.2. Befolkningsframskriving 10
4.3 Avgrensing av planen 11
5. OMSORGSTJENESTENE I HÅ KOMMUNE 11
5.1. Eldreomsorg 11
5.2 Demensomsorg 14
5.3. Funksjonshemmede 15
6. Referanseliste 18
Delplaner 19
ELDRE
FUNKSJONSHEMMEDE
DEMENS

Fremsidefoto: Anne Lise Norheim
Foto s. 2: Anne Lise Norheim
Foto s. 4: Tord Paulsen
Foto s. 5: Anne Lise Norheim
Foto s. 7: Tord Paulsen
Foto s. 12: Anne Lise Norheim
Foto s. 14: Anne Lise Norheim
Foto s. 16: Anne Lise Norheim
Foto s. 19: Nils-Ove Støbakk

Bakgrunn for planarbeidet

1.INNLEDNING

Eldreplan og plan for ressurskrevende brukere erstattes nå av en kommunedelplan; «kvalitetsplan for omsorg».

Hå kommune vedtok planprogram for ny kommuneplan 2021-2036 i kommunestyret i mai 2021. Planprogrammet bygger på FNs bærekraftsmål der spesielt bærekraftsmål 3 «God helse og livskvalitet» og bærekraftsmål 17 «samarbeid for å nå målene» er sentrale i arbeidet med kommunedelplan «Kvalitetsplan for omsorg».

Kommunedelplan «kvalitetsplan omsorg» er en kommunedelplan etter plan- og bygningsloven kapittel 11.

Planen består av de tre delområdene eldreomsorg, demens og funksjonshemmede.

2. TEMA FOR PLANEN

Hovedtema for planen er:

Medvirkning:
Hvordan sikre medvirkning for den enkelte.

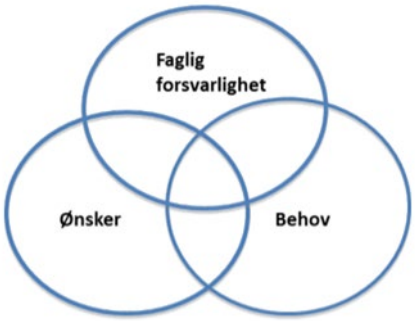
Selvstendighet:
Hvordan sikre mest mulig selvstendighet ut fra egne forutsetninger.

Aktivitet:
Hvordan sikre behov for fellesskap og sosialt samvær

2.1. Medvirkning

Medvirkning er et hovedtema i planen. Det stilles stadig større krav og forventninger til medvirkning i beslutninger som omhandler enkeltpersoner. Det blir en stadig større utfordring å få definert et handlingsrom for tilpasninger til den enkelte. Det er viktig å få retningslinjer hvorvidt medvirkning skal være førende eller om det er noe man tar hensyn til hvis mulig innenfor gjeldende rammer.

Hva som er nødvendig helsehjelp vurderes ut fra prinsippet om faglig forsvarlighet, pasient/brukers ønsker og behov belyst i følgende modell:



2.2. Selvstendighet

LEON- prinsippet: Laveste Effektive Omsorgs Nivå, er et prinsipp om at helsefremmende arbeid bør foregå så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig (Kommunedelplan kvalitetsplan omsorg – planprogram).

Stortingsmelding nr. 15 (2017-2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre» legger til grunn at alle skal bo lengst mulig hjemme og klare seg selv. Dette betyr at vi må jobbe på en annen måte hvor fokus må være på forebygging og tidlig innsats, ressursmobilisering og mestring. Tjenesten må jobbe mer tverrfaglig og tverrsektorielt for å finne gode løsninger. Samtidig gir teknologiske løsninger nye muligheter, og vil være et viktig bidrag i oppnåelse av mer selvstendighet.

Regjeringen har varslet at denne reformen vil bli erstattet av en ny: «Bo trygt hjemme», som de vil presentere i løpet av 2023. Oppstart for denne er forventet i 2024.

2.3. Aktivitet

Aktivitet er viktig for å forebygge ensomhet. Med tanke på at den enkelte skal bo lengst mulig hjemme er det viktig å ha arenaer som gir sosialt samvær. Det er ventet at fremtidens brukergrupper vil ønske seg et mer variert aktivitetstilbud og være mer bevisst hva de interesserer seg for og ønsker å delta på og ikke.

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkelte eldres interesser, ønsker og behov. Når livet blir

ekstra sårbart, skal eldre få mulighet til samtale, motivasjon og støtte. Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Oppsummert er utfordringene:

- Ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon, partnerdød, endret helsetilstand og funksjonsnivå
- Inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov.
- Manglende ivaretakelse av sosial, kulturelle og eksistensielle behov
- Lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunnet
- Manglende møteplasser, samlokalisering og digitale generasjonsskiller

3. PLANPROSESS OG ORGANISERING

Hå kommune ser det som viktig å involvere innbyggere og andre interessenter i planarbeidet.
Medvirkning skal sørge for at innbyggerne blir hørt, og at grupper som har behov for særlig tilrettelegging blir involvert. Det er et mål at medvirkningsprosessene skal være brede og inkluderende.

I planprosessen ble det åpnet for medvirkning og innspill fra brukerorganisasjoner og andre interesseorganisasjoner.
Medvirkning ble tenkt på flere plan. Formell høringsrunde, folkemøter, og bruk av «gjestebudmodellen».

3.1. Planprogram

I prosessen med å utarbeide utkast til planprogram deltok tillitsvalgte, ledere og rådgivere. Det ble lagt opp til et samarbeid i kommunen mellom avdelingene som jobber innenfor området som berører omsorgstjenestene.
Utkast til planprogram ble lagt frem for utvalg for helse og sosial og kommunestyret til behandling.
Utkast til planprogrammet ble vedtatt i kommunestyret 17.06.2021, sendt på høring og lagt ut til offentlig ettersyn.

Med utgangspunkt i vedtatt planprogram, arbeidsnotater, tilbakemeldinger fra folkemøter, innspill, høringssvar, gjestebud og andre utredninger ble det utarbeidet et utkast til kommunedelplan.
I arbeidet med de ulike delplanene har virksomhetsleder og leder innenfor de ulike enhetene utarbeidet hver sin delplan. Delplanene vil derfor være noe ulike. Kvalitetsplan omsorg inneholder en felles del og tre delplaner.

3.2. Folkemøter

Høsten 2021 ble det invitert til folkemøter i forbindelse med planprogrammet. Det ble avholdt tre møter, et for hver av de tre delplanene; for eldredelen, for demensdelen og for funksjonshemmededelen.
Folkemøtene ble varslet gjennom sosiale medier og på kommunens hjemmeside.
Under de ulike folkemøtene var det gruppearbeid. Vi samlet inn notatene fra gruppearbeidet og gikk systematisk igjennom tilbakemeldingene. Innspillene er tatt med og vurdert i det videre arbeidet med planen.

3.3. Gjestebud

Under folkemøtene informerte vi om gjestebudmodellen, og oppfordret deltakerne på møtene til å melde seg som vert.
Gjestebud går ut på at en enkeltperson eller gruppe inviterer andre hjem til seg eller til et annet passende sted i nærmiljøet, for at de sammen kan gi innspill til kvalitetsplan omsorg.
17 personer meldte seg som gjestebudsverter.
Vi sendte ut informasjonsbrev med spørsmål som kunne benyttes i gjestebudet. Det var også mulighet for å komme med andre synspunkter som kan være aktuelle for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i kommunen.
Vi fikk 12 tilbakemeldinger fra gjestebud. Det kom flest innspill på eldre og demensdelen.

3.4. Høring

Innbyggerne fikk uttale seg i forbindelse med planprogrammet. 21.03.2023 la Formannskapet utkast til kommunedelplan kvalitetsplan omsorg ut til offentlig ettersyn og sendte det til aktuelle instanser til uttale. Uttalefrist var 19.05.2023. Det kom ingen høringsinnspill til kvalitetsplan omsorg. Det er kommunestyret som til slutt vedtar den endelige kommunedelplanen «kvalitetsplanen for omsorg».

3.5. Fremdriftsplan

- Forslag til planprogram blir lagt ut på høring: 18. juni 2021.
- Frist for høringsmerknader: 20. oktober 2021.
- Forslag til kommunedelplan blir kunngjort og lagt ut på høring: 31.mars 2023.
- Frist for høringsmerknader: 19.mai 2023
- Planvedtak planlagt: juni 2023.

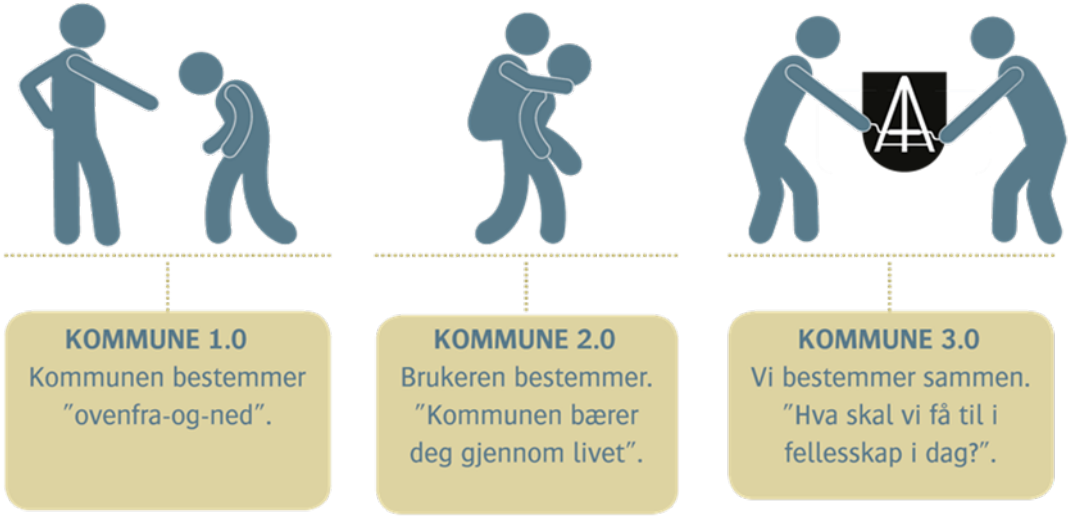
Planen var tenkt lagt frem våren 2022. På grunn av fravær og endringer i ledelsen i helse og sosial ble planen forsinket. For at planen skulle bli et godt verktøy for politikere og administrasjon hadde vi behov for tiden som er brukt i planarbeidet.

4. RAMMER FOR PLANEN

Kommunedelplanen «Kvalitetsplan for omsorg» skal sikre at kommunen og tjenesteområdet helse- og sosial tar hensyn til og ivaretar nasjonale, regionale og kommunale føringer.
Planen utarbeides innenfor rammer gitt av blant annet lovgivning, regionale og lokale føringer.

4.1. Sammen om en kommunerolle i endring

«Som illustrasjonen under syner er kommunerolla i endring.
I dag er kommunen på veg mot kommune 3.0. Kommunen og innbyggjarane har som felles mål å samskapa og ta avgjersler for kva som er best for lokalsamfunnet. Saman kan kommunen og innbyggjarane, eller grupper av innbyggjarar, få til meir enn om dei skapa kvar for seg. Desse tankane er grunnleggande for samarbeidet med frivillige og er eit viktig grunnlag for denne planen».



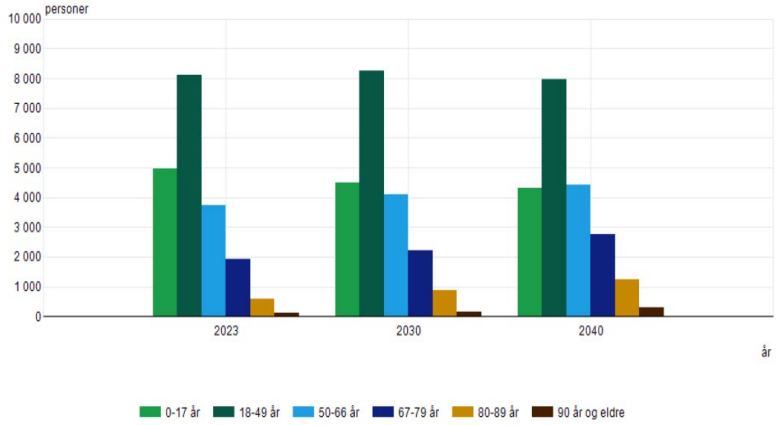
https://www.ha.no/planar/temaplanar/helse-og-sosial/plan-for-frivillig-arbeid/.

I arbeidet med kommunedelplan «Kvalitetsplan for omsorg» har dette vært grunnlaget for måten vi planlegger for fremtiden.

4.2. Befolkningsframskriving

Hå kommune gir i dag kvalitativt gode tjenester, samtidig ser vi at i årene fremover vil det være flere eldre, og mange lever lengre med komplekse og sammensatte sykdommer og utfordringer. Dette krever mer spesialiserte og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Tabellen og grafene under viser estimert befolkningsutvikling i fastsatte aldersgrupper i Hå for årene 2030 og 2040.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

	2023	2030	2040
0-17 år	4976	4506	4300
18-49 år	8093	8240	7972
50-66 år	3732	4084	4412
67-79 år	1930	2207	2746
80-89 år	585	881	1235
90 år og eldre	134	158	315
	19450	**20076**	**20980**

Kilde: statistisk sentralbyrå

Folk blir stadig eldre, og befolkningsveksten for Hå viser at antall eldre øker særlig i aldersgruppene 80-89 år i tiden fremover. Av den grunn blir det også flere mennesker med demens. I Hå kommune var det i 2020 rundt 280 personer med demens, i 2025 viserframskrivninger at antallet personer med demens vil være rundt 345, og i 2030 vil antallet være opp mot 430 personer. Demens er ikke en sykdom som gir like sykdomsforløp, men flere diagnoser som krever ulik oppfølging og hjelpebehov.

4.3 Avgrensing av planen

Psykisk helse og rus blir omtalt i egen kvalitetsplan.
Øvrige helsetjenester omtales i kommunens folkehelseplan og plan for helsetjenester.

5. OMSORGSTJENESTENE I HÅ KOMMUNE

5.1. Eldreomsorg

Reformen «Leve hele livet» er sentral i eldreomsorgen og legger føringer for hvordan tjenestetilbudet gis. Reformen bidrar til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Hovedfokus i reformen er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på utfordringer knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng i og gode overganger mellom tjenester.

Hjemmebaserte tjenester
Er et bredt og fleksibelt tilbud til hjemmeboende eldre i kommunen og tilbyr følgende tjenester:

- **Hjemmesykepleie**
  Hjemmesykepleie gir hjelp og veiledning til personer med akutt sykdom og/eller - til personer som av ulike grunner har en funksjonsnedsettelse som gjør at en har behov for sykepleie i hjemmet. Tildeling av tjenesten blir hjemlet gjennom enkeltvedtak som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og kriterier.
  Hå kommune har lindrende omsorg organisert under hjemmebaserte tjenester. Lindring i Hå er et tilbud til personer som er alvorlig og uhelbredelig syke og deres pårørende.

- **Hverdagsrehabilitering**
  Hverdagsrehabilitering er et tidsavgrenset tilbud til voksne med redusert fysisk funksjon som gjør at det blir vanskelig å mestre hverdagen. Tjenesten har en tilnærming der fokuset er mer aktivt og knyttet til brukernes egne ressurser. Det er ikke egenbetaling knyttet til tjenesten, tildeling hjemles gjennom enkeltvedtak fattet etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

- **Omsorgsboliger uten heldøgns bemanning**
  Kommunen har kommunale boliger til pleie og omsorgsformål tilknyttet velferdssentrene våre i kommunen. Boligene er for personer med sykdom eller funksjonsnedsettelse og som trenger et tilrettelagt botilbud. Boligene er forbeholdt for personer med stort hjelpebehov og som ikke kan eller mestrer å bo i egen bolig. Kommunal bolig er ikke en lovbestemt rettighet, men det er hjemlet gjennom enkeltvedtak som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og kriterier.

  Ved Varhaug bu- og velferdssenter og Olsvoll bu- og velferdssenter er noen av de kommunale boligene for pleie- og omsorgsformål organisert som et bofellesskap. Her har en mulighet for å få alle måltider servert og litt ekstra sosialt fellesskap. Det er hjemmetjenesten som gir tjenester i både bofellesskap og de øvrige kommunale boligene.

- **Dagsenter for hjemmeboende eldre**
  Hå kommune har dagsenter på alle bo- og velferdssentrene i kommunen. Dette er et tilbud for hjemmeboende personer som har et behov for aktivisering, tilsyn og omsorg for å bo hjemme lengst mulig. Et dagsenter er et samlingspunkt for eldre og tilbyr måltid, fysiske og sosiale aktiviteter. Tjenesten er ikke lovpålagt men det er hjemlet gjennom enkeltvedtak som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og kriterier.

- **Praktisk bistand/Hjemmehjelp**
  Tjenesten er tilbud om hjelp til nødvendige praktiske gjøremål i huset til personer som er avhengig av hjelp i hverdagen på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse eller andre årsaker som gjør at en ikke klarer å ivareta praktiske oppgaver i hjemmet. Det er egenbetaling for tjenesten, og tildeling blir hjemlet gjennom enkeltvedtak som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og kriterier.

- **Trygghetsalarm**
  Trygghetsalarm er en alarm som eldre, personer med funksjonsnedsettelse og syke bærer på seg for å kunne tilkalle hjelp i akutte situasjoner hele døgnet. Det er egenbetaling for tjenesten. Tjenesten er ikke lovpålagt men det er hjemlet gjennom enkeltvedtak som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og kriterier.

- **Matombringing**
  Tjenesten er for hjemmeboende eldre eller personer med funksjonsnedsettelse som på grunn av sin sykdom eller tilstand ikke klarer å tilberede seg mat selv. Det er egenbetaling for tjenesten. Tjenesten er ikke lovpålagt men det er hjemlet gjennom enkeltvedtak som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og kriterier.

Institusjon
Institusjonsplassene er for de som har et så stort pleie- og omsorgsbehov at de ikke kan få dette dekket i hjemmet med hjemmebaserte tjenester. I hovedsak er dette eldre mennesker, men det er funksjonsnivå og hjelpebehov som avgjør. Det er egenbetaling for plass på institusjon, med unntak av avlastning. Avlastning er et tilbud som gis til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver, og er gratis. Lovverket regulerer egenandel for korttidsopphold i institusjon, og det er kommunestyret som fastsetter nivået for egenandel en gang årlig.

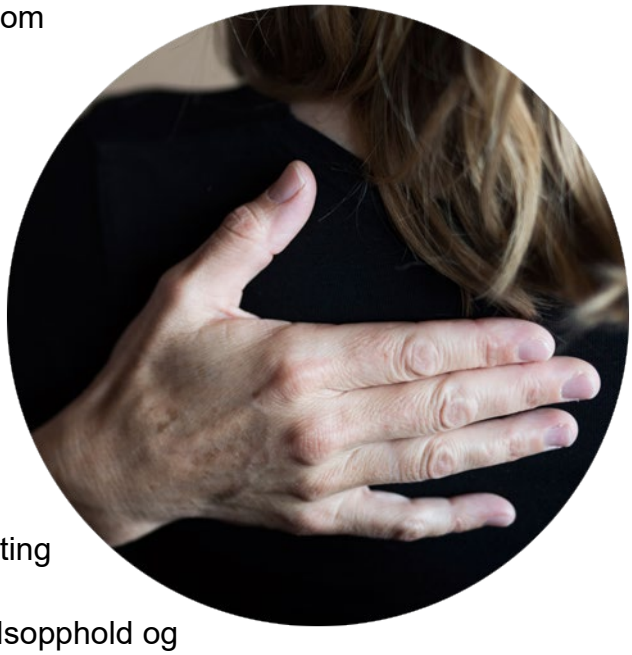
Vurdering og avgjørelser om institusjonsplassene foretas av fagteam for hjemmetjeneste og institusjonstjeneste. Dette er enkeltvedtak som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og gis etter kriterier.

Hå sjukeheim har tilbud om langtidsopphold og ulike korttidsopphold (avlastning, utredning, lindring, rehabilitering samt øyeblikkelig hjelp). Det er fem langtidsavdelinger og en korttidsavdeling. De ulike avdelingene har 16-19 plasser.

5.2 Demensomsorg

Hjemmebaserte tjenester
Hjemmeboende personer med demens har tilgang på det samme tjenestetilbudet som øvrige eldre.

- **Hukommelsesteam**
  Hukommelsesteamet er et tverrfaglig team som består av demenskoordinator, fastleger, hjemmesykepleiere og andre yrkesgrupper i kommunen. Teamet bistår ved spørsmål eller mistanke om demens og kartlegger og utreder demens etter henvisning fra lege.



Institusjon
Klokkarhagen er en institusjon spesielt tilrettelagt for personer med demenssykdom. Det er behovet og sykdomsforløpet til den enkelte som avgjør om tilbudet gis ved Klokkarhagen eller Hå sjukeheim. Ved flere tilfeller endrer behovet seg, og en overflytting mellom institusjonene er nødvendig.
Klokkarhagen har tilbud om langtidsopphold, korttidsopphold og avlastningsopphold.

- **Dagsenter**
  Klokkarhagen sjukeheim har også tilbud om dagsenter tilrettelagt for personer med demens. Dette tilbudet gis til dem som ikke så lett kan benytte seg av tilbudet på de andre dagsentrene, ofte er dette knyttet til at de har stor uro og er fysisk spreke eller har behov for tettere oppfølging.

5.3. Funksjonshemmede

Hjemmebaserte tjenester

- **Brukerstyrt personlig assistanse**
  Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er ei alternativ organisering av praktisk og personlig bistand for personer med nedsatt funksjonsevne og stort hjelpebehov

- **Bolig/bofellesskap**
  Kommunen har 9 bofellesskap, hvorav 6 har døgnbemanning. Bofellesskapene er lokalisert på Nærbø, Varhaug, Vigrestad og Ogna. Personer som har et særlig hjelpebehov grunnet funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming, som ikke mestrer å bo i egen bolig, kan søke plass i en av kommunens bofellesskap.

- **Praktisk bistand**
  Praktisk bistand er en tjeneste som har som formål å sikre «hjelp til selvhjelp», og gir mulighet for å bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Praktisk bistand omfatter nødvendige praktiske gjøremål i huset som rengjøring, klesvask og eventuelt andre husholdningsoppgaver. Tjenesten blir tildelt på bakgrunn av kommunens tildelingskriterium og er en betalingstjeneste.

- **Avlastning i privat hjem**
  Tjenesten tildeles og gis i private hjem. Her stilles ingen krav til helsefaglig utdannelse, så ved omfattende helsefaglig behov tildeles tjenesten i institusjon. Kommunen kartlegger og tildeler tjenesten etter behov.

Dagtilbud og fritidsaktivitet

Hå kommune har ulike dag- og fritidstilbud som tilbys kommunens innbyggere ut fra behov og kriterier.

- **Aktiviteten**

  Aktiviteten er et dagtilbud for voksne med utviklingshemming, og holder til på Nærbø og Vigrestad. Aktiviteten er et tilbud for de som trenger aktivisering og tilsyn i hverdagen, der det blir gitt muligheter for læring og utvikling. Selve tilbudet er gratis, men det er en fast egenandel for diverse aktiviteter.

  Personer som har institusjonsplass oppfyller ikke kriteriene for å få plass på aktiviteten.

- **Grønn omsorg («Inn på tunet»)**

  Grønn omsorg er et organisert samarbeid mellom Hå kommune og Lode ride- og terapisenter på Nærbø. Dette er et tilbud som gis gjennom Aktiviteten. Gjennom grønn omsorg får deltakerne oppgaver som stell av dyr og ulik vedlikehold på ridesenteret.

- **Jæren Industripartner**

  Hå kommune har 30 plasser fordelt på de ulike avdelingene på Jæren Industripartner.
  Arbeidstakeren søker NAV om plass, og det er et samarbeid mellom Jæren industripartner, NAV og kommunen i ansettelsesprosessen.
  Det er ikke krav til full stilling, men plassene kan ikke deles opp etter stillingsstørrelse. En plass er en plass om vedkommende jobber 20 eller 100 prosent.

- **Tilrettelagt fritid**

  Tilrettelagt fritid er et aktivitetstilbud til personer i Hå kommune med nedsatt funksjonsevne. Det er Hå kulturtorg som arrangerer de ulike fritidstilbudene.

- **Skolefritdsavlastning for elever i ungdomsskolen (SFO)**

  SFO kan søkes om dersom kommunen har barn med nedsatt funksjonsevne som har behov for tilsyn etter skoletid. Tjenesten blir pr i dag gitt på skolen der eleven går. I ferier er SFO samlet på Bø skule på Nærbø. Tjenesten er gratis,

og tildeles på bakgrunn av søknad. Søknaden blir behandlet i samarbeid mellom helse og opplæring- og kultur.

- **Støttekontakt**
  Støttekontakt er et tilbud til personer med behov for sosialt samvær og/eller støtte for å delta i aktiviteter utenfor heimen. Støttekontakten kan brukes til hjelp for å delta på ulike kultur- og fritidsaktiviteter, og å bidra til å inkludere personer i frivillige lag og organisasjoner.

- **Sommerklubb**
  Tildeles etter behov om sommeren. Det er en tjeneste som gis ut fra avlastningsinstitusjonen. Sommerklubben har åpent hverdager mellom klokken 08:00-16:00 i juli. Tjenesten tildeles av fagteam i enhet for funksjonshemma.

Institusjon

- **Barne- og ungdomsbolig**
  Hå kommune har botilbud for barn og unge. Kommunen holder bolig som inkluderer strøm, mat medisiner, medisinsk utstyr, hygieneartikler, husholdningsartikler, enkel standard og utvalg av nødvendig inventar. Inventaret skal være lettstelt og hygienisk og tilpasset HMS- krav for arbeidsmiljø til ansatte.
  Når en person under 18 år flytter i egen bolig overtar kommunen de daglige oppgavene, foreldrene har fremdeles foreldreansvaret.

- **Avlastning i institusjon.**
  Hå kommune har en avlastningsbolig for barn og unge. Avlastningsboligen ligger på Skjeraberget på Nærbø og åpnet i april 2022.
  Avlastningsboligen har seks rom til avlastning og en leilighet for opptrening/annen bruk.

Omsorgsstønad
Omsorgsstønad kan gis til privatpersoner som har særlig tyngende omsorgsoppgaver for personer i hjemmet med stort hjelpebehov. Dette gjelder blant annet ved høy grad av funksjonsnedsettelse, og/eller kronisk/alvorlig sykdom. Målet med omsorgsstønad er at familien kan fortsette å ha omsorg for sine nærmeste.
Omsorgsstønad er en kommunal godtgjøring til omsorgsyter, og kan gis der kommunen ellers ville gitt tjenester. Omsorgsstønad kan gis når omsorgsyter har tapt arbeidsfortjeneste grunnet pleietyngde.

6. Referanseliste

Kommunedelplan kvalitetsplan omsorg – planprogram
https://www.ha.no/innsyn_drum/wfdocument.ashx?journalpostid=2021031337&dokid=756714&versjon=1&variant=A&

Plan for frivillig arbeid (2018-2022)
https://www.ha.no/planar/temaplanar/helse-og-sosial/plan-for-frivillig-arbeid/

Statistisk sentralbyrå (SSB)
https://www.ssb.no/statbank/table/13600/

FNs bærekraftsmål. Regjeringen.no
https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/sdg_oversikt/id2505654/

Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

Delplaner

DELPLAN ELDRE

2023-2027

HÅ KOMMUNE

ME LØFTER I LAG

Innhold

1. INNLEDNING 3
2. TJENESTEUTVIKLING 4
2.1. Situasjonen i dag 4
2.2. Endrede behov og ønsker 5
2.3. Leve hele livet 6
2.4. Dagaktivitetstilbud 8
2.5. Samlingsplasser 8
2.6. Utvikling i årene fremover 9
3. SELVSTENDIGHET 11
3.1. Utredningsspørsmål 11
4. AKTIVITET 12
4.1. Utredningsspørsmål 1 12
4.2. Utredningsspørsmål 2 13
4.3. Utredningsspørsmål 3 13
4.4. Utredningsspørsmål 4 14
5. MEDVIRKNING 14
5.1. Utredningsbehov 14
5.2. Utredningsspørsmål 15
6. FORSLAG TIL TILTAK 17
Mål 1- De eldre skal være selvstendige 17
Mål 2- De eldre skal være i aktivitet 17
Mål 3- De eldre skal sikres medvirkning 18
7. Referanseliste 19

Fremsidefoto: Laila Arnesen

1. INNLEDNING

Hå kommune sin kvalitetsplan eldre skal angi retning for utvikling i eldreomsorgen i kommunen. Det overordnede målet med planen er å utvikle kommunen som et aldersvennlig samfunn der innbyggere opplever et verdig liv, der det gis sammenhengende og helhetlige tjenester.

Det er viktig å levere en god og helhetlig eldreomsorg der en kombinerer ny kunnskap og ny tilnærming i samspillet mellom ulike typer tjenester, pårørende og frivillig sektor.

Planen skal angi retning og foreslå tiltak der en både ser på organisering og faglig kvalitet og innhold i tjenestene. Planen skal bygge på kommunedelplanens fokusområder med tilhørende hovedmål og delmål, samt være i tråd med nasjonale føringer og retningslinjer.

Planen skal ha en helhetlig tilnærming både ut fra et brukerperspektiv og når det gjelder den kommunale organisering av tjenestene, samt omhandle alle trinn i omsorgstrappen. Den vil vektlegge mulighetene i samspillet mellom ulike typer tjenester og aktører der tverrfaglig samarbeid og forløpstenkning har et tydelig fokus, og det foreslås tiltak som forbedrer hele bredden i tjenestetilbudet, fra forebygging og diagnostisering til døgntjenester.

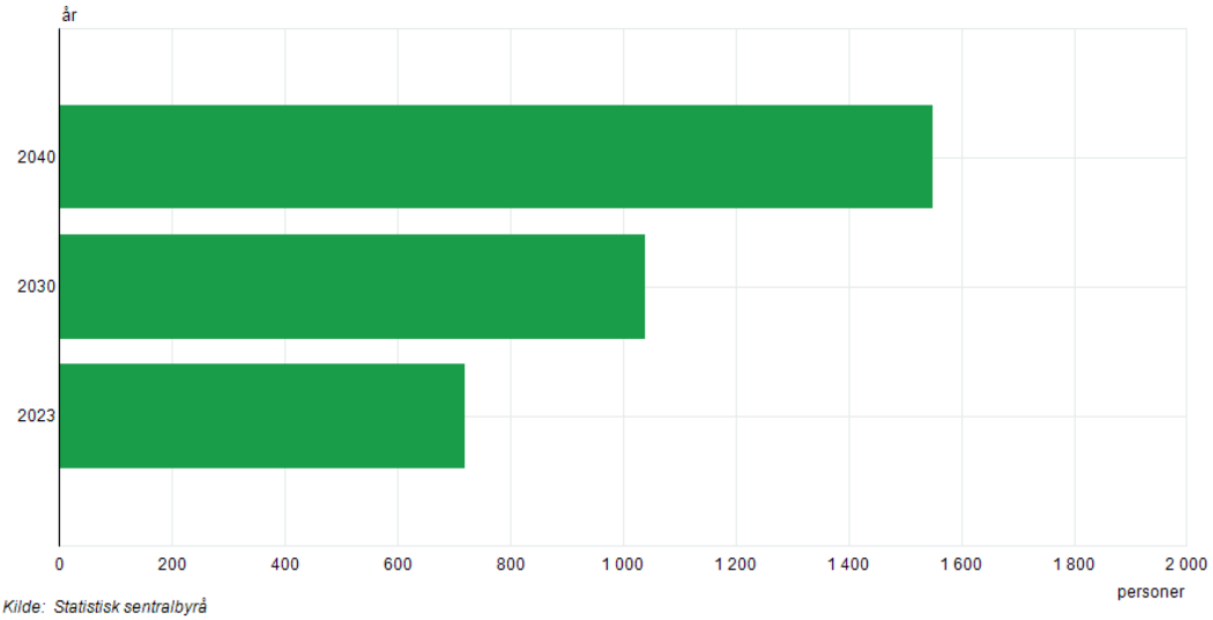
Personsentrert omsorg og et eldrevennlig samfunn skal være en rød tråd gjennom hele planen.

2. TJENESTEUTVIKLING

2.1. Situasjonen i dag

Andelen av kommunens befolkning over 80 år er i dag 3,7 prosent, mens det i 2040 vil være 7,4 prosent (se tabell for befolkningsframskriving). Av disse bor det pr november 2022 15 prosent på langtidsplass på sykehjem. Grafene under viser økningen i andelen eldre over 80 år fra 2023 til 2040.

13600: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter år. Hå, 80 år eller eldre, Hovedalternativet (MMMM).



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Andelen av kommunens innbyggere over 80 år som bor i omsorgsbolig er 24.1%.

I hjemmebaserte tjenester brukes det i dag hjelpemidler og velferdsteknologi hjemme hos brukere for å øke den enkeltes grad av selvstendighet. Eksempler på dette er elektronisk medisineringsstøtte, døralarmer, GPS klokker, komfyrvakt. Kommunen kan låne ut gratis noen hjelpemidler ved kortvarige behov eller som en midlertidig løsning i inntil 6 måneder.

Hverdagsrehabilitering er et tilbud for de som opplever å ha hatt en nedgang i funksjonsnivået, trenger tilrettelegging for å klare aktiviteter i hverdagslivet eller har behov for trygghet i opptrening etter sykdom/skade. Tilbudet gis i hjemmet og/eller nærmiljøet, og tar utgangspunkt i det brukeren opplever som viktig og hva han/hun ønsker å få til av hverdagslige aktiviteter. Hverdagsrehabilitering jobber som team, og består av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut.

Lindring i Hå er et tilbud for de som er alvorlig og uhelbredelig syke og deres pårørende. Hjelpen ytes av spesialutdannede sykepleiere, og gis i stedet for eller som et supplement til hjemmesykepleie. Det gis lindrende behandling og omsorg i alle faser av sykdommen og inn mot slutten av livet, og det legges til rette for å leve og dø hjemme hvis det er ønskelig.

Kommunen har i 2022 fått installert et nytt pasientvarslingssystem på Hå sjukeheim som er basert på velferdsteknologiske prinsipper. Målet er at beboerne skal oppleve økt trygghet og mestring, mens de ansatte skal oppleve bedre kvalitet og arbeidsflyt i tjenesten og at de kan være tettere på den enkelte beboer, fordi de har bedre oversikt og kan kommunisere med beboer gjennom flere kanaler.

Hå sjukeheim ble våren 2022 sertifisert som livsgledehjem. Livsgledehjem er en nasjonal sertifiseringsordning som er et verktøy til hjelp for institusjoner med å ivareta de psykososiale behovene til hver enkelt beboer, hver eneste uke, uavhengig av hvem som er på jobb. På den måten kan en bidra til å gjøre tjenesten mer personorientert, oppnå økt brukermedvirkning og samtidig ivareta de mange gjeldende lover og forskrifter på området.

2.2. Endrede behov og ønsker

Den aldrende befolkning er i endring, ofte kan en høre omtalt at «80 er det nye 70». I dette ligger det at en med høy alder er sprekere enn en var før. Dette er bra og positivt. Det betyr blant annet at mange som har høy alder har godt funksjonsnivå, klarer seg selv og lever gode liv. Dette må kommunene legge til rette for at kan opprettholdes og utvides. Det er viktig at eldre etter hvert som de opplever svekkelser eller funksjonssvikt kan bli hjulpet til rehabilitering eller enkle tjenester, gjerne med kort varighet. Vi må hele tiden sørge for at vi sammen med innbyggerne arbeider for å opprettholde så god helse som mulig, så lenge som mulig.

Økt rettighetsfokus, forventninger om individbaserte tilpasninger og høyere velferd generelt for befolkningen er også en del av denne utviklingen. Dette bidrar til større forventninger som skal møtes i fremtiden. Samtidig gir det økte fokuset på enkeltpersonen oss muligheter til å appellere til den enkeltes ansvar og mulighet til å planlegge for, og å iverksette egne tiltak for en god alderdom.

Samtidig som velferden øker, gjøres det medisinske framsteg. Dette betyr at behandlinger spesialiseres, nye behandlingsmetoder tas i bruk og en kan behandle tilstander en ikke kunne før. Dette fører til at sykere mennesker lever lenger og trenger oppfølging. Behovet for hjelp til dette er antatt å øke. De skrøpelige eldre med medisinske tilstander som svinger raskt kan ikke trygt overlates til seg selv. Det vil være behov for å se på hvordan disse kan få trygghet og oppfølging. Det vil være naturlig å tenke at mange av disse behovene kan dekkes gjennom teknologiske

løsninger som gjør behovet for personell minimalt. Samtidig gir slik måte å løse det på individet god anledning til å være selvstendig, ansvarliggjort og fri. Det er med på å ikke sykeliggjøre personen.

2.3. Leve hele livet

Leve hele livet er en alderdoms-reform. En ønsker at kommunene skal tenke annerledes enn i dag rundt det å legge til rette for seniorene. Reformperioden er 2019-2023.

Leve hele livet-reformen, som gjelder nå, består av konkrete og utprøvde løsninger på områder der en ser at tilbudet til de eldre trengs å bli styrket:

- Et aldersvennlig samfunn
- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng i tjenestene.

Målet med reformen er å øke kvaliteten i tjenestene, og at innbyggerne opplever en trygg og verdig alderdom fra de klarer seg ganske godt selv og til de trenger hjelp/ tilrettelegging i det daglige i både stor og liten grad.

Et aldersvennlig samfunn
Universelt utformede nærmiljøer gjør at flere eldre kan komme seg rundt, og ferdes trygt i nabolaget sitt. Det vil også være viktig med gode transportløsninger for det som ikke ligger i gå avstand. Universell utforming av bygninger og teknologi vil føre til at eldre i større grad er selvhjulpne og en unngår alders-diskriminering. Mange eldre ønsker seg også boliger og bofellesskap en kan bo i selv om helsa skulle endre seg og en ikke klarer så mye som en gjorde før.

Aktivitet og fellesskap
Utfordringene er inaktivitet og ensomhet, som blant annet kan komme av nedsatt funksjon, partnerdød eller andre endringer i livssituasjon.
For å skape økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap foreslås følgende løsninger:

- Gode øyeblikk
- Tro og liv
- Generasjonsmøter
- Samfunnskontakt
- Sambruk og samlokalisering

Det er viktig å passe på at disse aktivitetene og fellesskapene er utformet slik at de er lette å ta seg til, at det er inkluderende og at terskelen for å benytte seg av tilbudet

ikke er for høyt. I tillegg er det viktig at en tilpasser ulike aktiviteter til ulike målgrupper, alle eldre ønsker ikke nødvendigvis det samme.

Samlokalisering av aktiviteter for unge og eldre vil kunne gi oss generasjonsmøter, og det vurderes som nyttig at de eldre på sin arena treffer små barn. I tillegg til slike treff på tvers av generasjonene, vil en kunne oppnå effektiv utnyttelse av arealer, ved at de for eksempel brukes til ulike tider av dagen.

Mat og måltider

Reformen tar sikte på å skape større matglede. Både måltidet og ernæringen er viktige bidrag for oss alle til god helse og opplevd livskvalitet. Mange av våre eldre er vant med at maten hadde en stor funksjon i deres liv, og en opplever at mange som får helse- og omsorgstjenester har måltidene som dagens høydepunkt. Derfor er det viktig å legge til rette for gode opplevelser knyttet til dette. Det har vært fokus på under- og feilernæring av de som er kommunenes brukere av tjenester. Mangel på systematisk oppfølging og lang nattfaste er oftest det som trekkes frem som problemområder. Reformen ønsker fokus på dette ved å se på:

- Det gode måltidet
- Måltidstider
- Valgfrihet og variasjon
- Systematisk ernæringsarbeid
- Kjøkken og kompetanse lokalt

Det blir derfor viktig at vi legger til rette for gode måltidsopplevelser og- fellesskap. Opprettholdelse av kompetanse og kjøkken lokalt vil også være avgjørende viktig. Det finnes i dag utallige hjelpemidler for ernæringskartlegging og hjelp til diett-plan. Disse må en ha i bruk, og sikre at en har kompetanse på området i kommunen.

Helsehjelp

Leve hele livet tar sikte på å skape de eldre sine helse- og omsorgstjenester, med spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» Avgjørelser som tas skal være med involvering av den det gjelder, og deres ønsker skal vektlegges. De eldre skal settes i stand til å leve livene sine hjemme i vante omgivelser lenger, og de skal oppleve trygghet på at det finnes hjelp der når en trenger det.
For å lykkes med dette foreslås fokus på følgende områder:

- Hverdagsmestring
- Proaktive tjenester
- Målrettet bruk av fysisk trening
- Miljøbehandling
- Systematisk kartlegging og oppfølging

Sammenheng i tjenestene
En sammenheng i tjenestene og mellom tjenestene er viktig for både pasient og pårørende. For å kunne bedre dette er en nødt for å vektlegge personsentrert tilnærming.
Det vektlegges følgende innsatsområder:

- Den enkeltes behov
- Avlastning og støttetiltak for pårørende
- Færre å forholde seg til og økt kontinuitet
- Mykere overganger mellom eget hjem og sykehjem
- Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus

2.4. Dagaktivitetstilbud

Et dagaktivitetstilbud kan gi mulighet for å delta på ulike aktiviteter, tilby måltider og sosial kontakt samt helseforebyggende og rehabiliterende tiltak m.m. Dette kan gi en aktiv og meningsfull tilværelse og utsette eller forhindre behov for døgnopphold på institusjon. (veiviseren.no)

I Hå kommune er det fire dagsenter for eldre. De ligger på Nærbø, Varhaug, Vigrestad og Ogna. Det er også et eget dagsenter på Klokkarhagen for personer med demens. Kapasiteten på dagsentrene blir vurdert ut fra de som til enhver tid benytter tilbudet. Alle dagsentrene har åpent alle ukedager fra ca. klokken 08.00 til 14.00

Dagsenter er et aktivitetssenter for hjemmeboende eldre der en får sosialt fellesskap, trygghet og aktivisering. De får måltid som spises i fellesskap med andre, med fokus på riktig kost og sosialt rundt bordet. Det serveres frokost og middag, samt kaffe med noe attåt. De får transport til og fra dagsenteret, og betaler en egenandel for tilbudet som helhet.
Dagsentrene har aktiviteter som bingo, sang, underholdning, bussturer, håndarbeid, trim og liknende.

Behovet for tilrettelagte aktivitetstilbud er stadig økende. Dette skyldes økende antall eldre og at flere eldre bor hjemme lengre. Målsettingen er at ved å benyttet seg av disse tilbudene, kan flere eldre bli boende hjemme.

2.5. Samlingsplasser

Hå kommune har flere samlingsplasser og mange aktivitetstilbud for eldre.
Olsvoll har dagsenter og base for frivillige. Dagsenteret er en samlingsplass for brukere og eldre som bor hjemme. Det skal være rom for å drive aktiviteter som kafé, matlagingskurs, konserter og foredrag. På Olsvoll blir det også arrangert seniortrim to dager i uken.

Heimtun kafé er en møteplass for pensjonister og eldre som driftes av frivillige i kommunen. Her er det fast kafe hver mandag med salg av varmmat. I tillegg er det trening for eldre «frisk og sterk» hver onsdag med fysioterapeut. Etter treningen er det kafe. I tillegg er det Kafe og bingo enkelte andre dager med salg av mat og bakst.

Frivilligsentralen arrangerer fra sin base på Nærbø blant annet frokost hver tredje lørdag i måneden og strikkekaffe en gang i måneden.
Hver fredag arrangerer Hå kulturtorg «Ståvå» som er en seniorkafe med kulturinnslag og enkel servering.

Det vurderes som en fordel at aktivitetene foregår på flere ulike arenaer. En kan på denne måten nå ulike målgrupper, både som frivillige og brukere av tilbudet.

Nærbø Røde Kors arrangerer treff på institusjonene velferdssentrene våre ca. en gang i mnd. Dette gjelder Klokkarhagen, Hå sjukeheim, Varhaug, Vigrestad og Olsvoll bu og velferdssenter. Programmet varierer da fra sang og musikk, kaffekos, quiz, opplesning og åresalg. De har også besøkstjeneste for eldre ensomme. Sanitetsforeningen arrangerer også forskjellige arrangementer for eldre. De har blant annet Kløvertun som er et tilbud for eldre som har behov for å komme seg ut i frisk luft og samtidig være sosial med andre. Det er en aktivitet som inkluderer alle, også de som er lite aktive, har lavt funksjonsnivå eller en sviktende helse. De arrangerer også tirsdagskafe.

Misjonshusene i kommunen har også treff og arrangement for de over 60 med bespisning. Brusand bedehus arrangerer blant annet spisevenner som er et tilbud for eldre ensomme som trenger å komme seg ut.

Det finnes også andre aktiviteter med samlingsplasser for eldre som blant annet syklubb, strikkekafe, pensjonistkor og seniordans.

2.6. Utvikling i årene fremover

Befolkningsframskriving i Hå kommune 2023-2040

	2023	2030	2040
0-17 år	4976	4506	4300
18-49 år	8093	8240	7972
50-66 år	3732	4084	4412
67-79 år	1930	2207	2746
80-89 år	585	881	1235
90 år og eldre	134	158	315
	19450	20076	20980

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabellen over viser at alderssammensetningen av innbyggerne i Hå kommune vil endre seg fra 2023-2040. Andelen eldre over 80 år vil øke fra 3,7% i 2023 til 5,2 % i 2030 og 7,4% i 2040. Det vil si at det forventes en fordobling i andelen eldre over 80 år fram mot år 2040. Det vil være flere oppgaver som må løses ved hjelp av færre hender. I tillegg vil en planlagt dreining av at flere oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten også bidra til et ytterligere press på kommunens helsetjeneste. Det vil være behov for å finne nye måter å løse kommunale oppgaver på, og det er behov for at hver enkelt av oss tar et mer selvstendig ansvar for egen alderdom.

Å planlegge bolig med livsløpsstandard, ta ansvar for egen helse og aktivitetsnivå før en når pensjonsalder, kan føre til en mer selvstendig og lettere alderdom. Dette er i tråd med «Leve hele livet» reformen, som tar utgangspunkt i den enkeltes plikt til å planlegge egen alderdom. For å nyansere fremtidsbildet litt trekker også reformen fram at det er viktig å huske på at de nye eldre har helt andre ressurser enn tidligere generasjoner til å møte alderdommen med. De har høyere utdannelse, bor bedre, har bedre økonomi og har vokst opp under andre forhold. Dette er noe av årsaken til høyere levealder og annen helsetilstand, funksjonsevne og mestringsmuligheter.

Flere eldre vil i framtiden måtte bo hjemme lenger med hjelp fra hjemmebaserte tjenester, tilrettelegging og økt bruk av velferdsteknologi. LEON står for Lavest Effektive Omsorgsnivå, og er et prinsipp om at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig (Kommunedelplan kvalitetsplan omsorg – planprogram). I begrepet næromsorg ligger ønsket om å kunne utnytte de mulighetene og ressursene som en finner i tilknytning til nærmiljø og sosiale nettverk. Prinsippet er nedfelt som kommunal og fylkeskommunal forpliktelse gjennom gjeldende lovverk og i en rekke offentlige utredninger og planer. Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Forebyggende tjenester kan hjelpe eldre til å mestre livet i egen bolig.

Boligløsninger, som for eksempel bofellesskap i sentrumsnære områder, kan bidra til at eldre opplever trygghet i eget hjem, sosial kontakt og lettere kan ta del i nærmiljøet. Dette kan være en løsning for flere som ikke kan se for seg å bo alene i enebolig når de blir eldre.

Det vil i årene framover bli satset mer på hjemmebaserte tjenester for å kunne dekke opp for et økende behov, mens en for institusjon ikke vil se samme økning av kapasitet på langtidsplasser. Fokuset der vil heller være å gjøre hverdagen best mulig for de som bor der, med fokus på individsentrert omsorg. «Leve hele livet» reformen slår fast at helsetjenestene skal bidra til at eldre kan bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Regjeringen vil i 2023 legge frem en stortingsmelding om «Bo trygt hjemme-reformen». Den vil bygge videre på arbeidet

med «Leve hele livet», og utvide grunnlaget for en ny og fremtidsrettet eldrepolitikk gjennom disse fire innsatsområdene:

- Kompetente og myndiggjorte medarbeidere
- Levende lokalsamfunn
- Boligtilpasning og planlegging
- Trygghet for tjenester og støtte til pårørende

3. SELVSTENDIGHET

«Leve hele livet» tar utgangspunkt i den enkeltes plikt til å planlegge egen alderdom. Det innebærer blant annet overgang til mer lettstelt bolig når helsen krever det. LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgs nivå, er et prinsipp om at helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig. (Kommunedelplan kvalitetsplan omsorg – planprogram)

3.1. Utredningsspørsmål

«Kan kommunen kreve at innbyggerne tilrettelegger eget hjem for alderdommen – livsløpsstandard? Forventning til kommunalt bidrag når den enkeltes selvstendighet fører til bekymring.»

Hvordan vi bor har stor betydning for livskvaliteten, og er en viktig ramme for muligheten til en trygg og aktiv hverdag. Det er viktig at innbyggerne selv tar ansvar for å ha en bolig som er tilpasset den livsfasen vedkommende er i. Muligheten til å bo i eget hjem til tross for funksjonsfall vil ofte være styrt av hvordan boligen er utformet når det gjelder livsløpsstandard. Det er viktig med informasjon og veiledning slik at innbyggerne tar ansvar for å planlegge boligsituasjonen sin i framtida.

Det er behov for økt bevissthet rundt tilrettelegging av egen bolig og bygging av universelt utformede boliger. Innspillene viser at flere eldre i større grad ønsker å flytte fra enebolig til ulike typer leilighet og blokkbebyggelse med muligheter for fellesskap og tilgang på servicefunksjoner. Kommunen bør følge opp denne utviklingen, og være tett på målgruppen.

Hvis flere innbyggere bor i boliger som er tilrettelagt for sykdom og aldring, kan det med stor sannsynlighet gi mindre press på heldøgnsomsorgen. Et differensierte botilbud krever oppmerksomhet rundt den enkeltes boligsituasjon, og evne til å finne helhetlige og individuelt tilpassede løsninger som både ivaretar bolig og behov for omsorg.

Det kom klart fram i innspillene til planen at flere forventer at kommunen ordner opp når de måtte få et behov for hjelp en gang i framtiden. De uttrykte også en forventning om at kommunen bidrar når enkeltindividet ikke lenger er like selvstendig som før, både med tjenester i hjemmet og evt. på institusjon. Dette innspillet er i tråd med den forventningen som en opplever både uttalt og delvis u-utalt i Hå som ellers i kommunene i Norge. Det vil i arbeidet med målgruppene være viktig å også ha fokus på realistiske forventninger til hva det offentlige har og skal ta ansvar for.

4. AKTIVITET

«Leve hele livet» er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på eldre sitt forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkelte eldre sine interesser, ønsker og behov. Når livet blir ekstra sårbart, skal eldre få mulighet til samtale, motivasjon og støtte. Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Fysisk aktivitet er for øvrig viktig hele livet, og kan ha mye å si for det fysiske funksjonsnivået. Forskning viser at aktive eldre får 3 år med bedre livskvalitet enn eldre med inaktiv livsstil. 1 av 3 over 65 år faller hvert år, og god fysisk funksjon er viktig som fallforebyggende tiltak (HelseNorge.no).

4.1. Utredningsspørsmål 1

«Bør dagsentertilbudet endres?

Endre åpningstid?

Ha tilbud på kveldstid?

Eldrestyrte sentre?»

Det kom klart fram i innspillene at det var et ønske fra innbyggerne at dagsentertilbudet endres til også være åpent på kveldstid. Enkelte tok til orde for helgeåpent i tillegg. «Drop-in» tilbud ble også foreslått, hvor en kan sosialisere og kjøpe seg middag når en føler behov for det. Flesteparten ønsker at det er kommunen som driver dette, men synes det er greit om frivillige hjelper til. Noen syntes at eldrestyrte sentre med tilbud på kveldstid hørtes greit ut.

Dagsentrene har vært og er et godt aktivitetstilbud til de som trenger et slikt tilbud. En endring i behovene gjør det naturlig at en i plan-perioden ser på åpningstidene. Det

vil være naturlig å se på hvordan en best kan utnytte de ressurser en har for å få til slik endring. En utviding av åpningstider kan gjøres ved å tilføre mer ressurser, så dette må ses opp mot andre politiske prioriteringer.

Behovet for drop-in tilbud, eller tilbud med sosialisering finnes i dag i stor grad allerede. Det vil derfor være naturlig å se på hvordan kommunen fortsatt og i enda større grad kan være med å tilrettelegge for dette.

4.2. Utredningsspørsmål 2

«Skal kommunen være pådriver for å koble hjemmeboende eldre med frivillige enkeltpersoner eller organisasjoner?»

Noen ønsket å koble hjemmeboende eldre med frivillige, men påpekte at det var viktig med godkjennelse fra den eldre først. Det ble fremhevet at kommunen må være bindeleddet mellom disse.

Dette vil det være naturlig at kommer som en del av oppfølgingen og kartleggingen av de innbyggerne som tar kontakt og får tjenester. Det vil derfor være viktig å skille på de som klarer å oppsøke dette selv, og de som trenger hjelp til å fremme slikt ønske eller behov.

4.3. Utredningsspørsmål 3

«Bør kommunen selv eller ved hjelp av frivillige drive dagsenter for institusjonsbeboere?»

Flere ga uttrykk for ønske om et bredere aktivitetstilbud, også for de som bor på sykehjem.
Både pårørende, lærlinger, praksiselever og frivillige kan delta, men det ble fremhevet at kommunen bør stå som ansvarlig.

Folkemøtene og gjestebudene ble avholdt underveis i prosessen for sertifisering som livsgledehjem for Hå sjukeheim. Aktivitetstilbud inngår som en del av dette, og det er derfor naturlig å tenke seg at situasjonen er noe endret på dette området allerede. Det er likevel rimelig å anta at de fleste ønsker at tilbudet skal være så godt som mulig for institusjonsbeboerne, og en videre oppfølging av dette er derfor naturlig. Det vil være nødvendig å foreta en politisk prioritering om dette er et område som skal satses på ved bruk av kommunal arbeidskraft, eller om det er rimelig å anta at dette området kan dekkes ved hjelp av frivillig innsats.

4.4. Utredningsspørsmål 4

«Kan kommunen be pårørende eller andre ressurser i nettverket bidra til felles aktiviteter på sykehjem?»

Det kom det frem i flere av innspillene at det er greit å spørre pårørende aller andre i nettverket om å bidra i aktiviteter på sykehjem, men de kan ikke bli pålagt det. Alt må være på frivillig basis.

Dette funnet er ganske naturlig. Slik situasjonen er i dag har kommunen ingen virkemidler for å «kreve» slik innsats fra noen. Det vil være viktig fremover at vi sammen med pårørende og andre har fokus på beboeren og dennes behov. På den måten er det tydelig at innsatsen som pårørende eller frivillige velger å gjøre, er for å bedre deres hverdag.

5. MEDVIRKNING

5.1. Utredningsbehov

Når brukers ønske og kommunens vurdering er langt fra hverandre er det i dag ulike håndteringer for å forsøke å komme til enighet. Oppnås ikke enighet er statsforvalteren klageinstans. Vi ønsker å utrede en mer smidig medvirkningsprosess.

Kommunen har plikt til å legge til rette for at bruker får medvirke i utforming av eget tjenestetilbud. Medvirkning vil være viktig for brukers opplevelse av å ha styring i eget liv og for å opparbeide tillit og trygghet overfor hjelpeapparatet.

For å få til et best mulig tjenestetilbud tilpasset den enkelte er det viktig å trekke brukeren inn i kartleggingen. Det er også essensielt når målsetting skal avklares, ved valg av tiltak og når tjenestetilbudet skal evalueres. Både motivasjon, informasjon om tilbudet og krav til egeninnsats er viktig. Pårørende er ofte en viktig ressurs for brukeren, og bør trekkes inn som samarbeidspartner dersom bruker ønsker dette.

For at brukermedvirkning skal bli et ord som ikke bare anvendes i teorien, må alle parter involvere brukeren. Det er sentralt at alle forstår viktigheten av aktiv medvirkning fra brukerens side. Ansatte må være bevisst egne holdninger. Aktiv brukermedvirkning henger nøye sammen med brukerens evne og mulighet for å skaffe informasjon selv, og her er internett blitt en viktig informasjonskanal. Jo bedre informasjonen er, desto større mulighet har brukeren og andre involverte til å

orientere seg, vurdere tilbud og forstå omfang og avgrensninger. Kommunikasjon og samhandling er viktig for å kunne iverksette gode løsninger. I tillegg er det viktig at innbyggerne er informert om hva selve begrepet brukermedvirkning innebærer; at en er involvert i prosessen, at mening og ønske blir hørt og tatt med i vurderingen når tilbudet utformes. Det vil ikke nødvendigvis føre til at alle ønsker blir innfridd, eller at brukeren får de tjenester eller det omfang som de hadde sett for deg.

Innspillene fra folkemøtene viser at innbyggerne er opptatt av å ha større påvirkning i forhold til tjenestetilbudet og at de ønsker bedre informasjon og bruk av dialog i samarbeidet med kommunen. Det påpekes at det å ha en saksbehandler å forholde seg til hadde lettet prosessen, og at en eldrekoordinator kan være et nyttig bindeledd. Det trekkes også fram behovet for et bruker-/pårørenderåd for å få et bedre tjenestetilbud hvor brukerne/pårørende har påvirkningskraft.
Kommunen bør i større grad ta i bruk digitale informasjonskanaler for å nå ut med informasjon om tjenestene våre. Dialog i samarbeidet med tjenestemottakere og deres pårørende kan løses ved etablering/ videreutvikling av samtaler både underveis i kartleggingen forut for tildeling av tjenester og underveis etter en har fått innvilget tjenester.

Innbyggerne er også opptatt av at det tilrettelegges for andre former for botilbud enn det som finnes i kommunen i dag. Boligkomplekser med fellesarealer og aktiviteter blir spesielt trukket fram. Det foreslås også at kommunen arrangerer fellesmøter for aldersgruppen 40-60 år, for å påvirke disse til å planlegge sin egen alderdom bedre.

5.2. Utredningsspørsmål

«Mat er viktig for helse og fellesskap. Skal det tilbys alternativer til dagens middag og ulike tidspunkt for middagsservering? Skal middagstidspunktet være likt for å oppnå middagsfellesskap, men legges senere enn i dag?»

Det poengteres i «Leve hele livet» reformen at det er en reform for større matglede. God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet hele livet. Målet er å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring. Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Mange eldre mener at gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, og når de vil spise og dele et godt måltid med andre. Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet».

Helsemessige konsekvenser av underernæring er omfattende. Det øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, reduserer livskvalitet, forsinker rekonvalesens, gir økt liggetid i institusjon

og bidrar til økt dødelighet (Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet).

I «Leve hele livet» påpekes det som nevnt over at matomsorg tilpasset den enkeltes behov og ønsker er viktig både for hvor den enkelte spiser og opplevelsen av måltidsglede. Eldre er like forskjellige som andre. Måltidsrytme, herunder lengden på nattfasten, antall måltider per dag og tid mellom måltidene, har viktig for den enkeltes ernæringsstatus. Måltidsglede handler ikke bare om tilbereding og servering, men også om matro og rammen rundt måltidet, kanskje med blomster og 4 lys på bordet i selskap med andre. Måltidsfelleskap i en god atmosfære kan bidra til at eldre spiser bedre.

Det kom inn flere innspill som tok til orde for å flytte middagstidspunket på sykehjemmene til et senere tidspunkt, gjerne rundt kl. 16. Da får en fordelt måltidene bedre utover hele dagen, og unngår like lang faste nattestid. Sulthetsfølelse trigger også oppvåkning i løpet av natten, noe som bør unngås i størst mulig grad. Ved forrige brukerundersøkelse kom det fram at de eldre ikke ønsket en flytting av middagstidspunktet. Det vil likevel være naturlig å tenke seg at de som er seniorer i dag vil ha et annet mønster på måltidene sine, og andre ønsker og behov når de blir institusjonsbeboere. Det er også viktig å fremholde at kommunen har gode rutiner for å unngå lang nattfaste. De som trenger og/eller ønsker det får mat nær leggetid. På denne måten kan en unngå unødvendig vekttap/ ernæringsproblemer.

Det kom også fram innspill om å få til en møtearena for eldre på hvert tettsted, med mulighet for å kjøpe seg litt middag og ha sosialt samvær med andre. Det ble også foreslått at det kunne skje litt aktiviteter på samme sted, sånn at hverdagen ble litt mer innholdsrik.

For hjemmeboende som ikke har så lett for å komme seg ut, ble også måltidsvenn foreslått som et tiltak. Det å spise sammen med noen har gunstig innvirkning på appetitten, samtidig som en får tilfredsstilt behovet for noen å snakke med. For noen eldre som kanskje ikke har så stort nettverk, kan det å få besøk av andre ha stor betydning for livskvaliteten.

6. FORSLAG TIL TILTAK

Mål 1- De eldre skal være selvstendige

«Leve hele livet» tar utgangspunkt i den enkeltes plikt til å planlegge egen alderdom. Det innebærer blant annet overgang til mer lettstelt bolig når helsen krever det. LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgs nivå, er et prinsipp om at helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig.

Tiltak	Tidsplan
Informasjonsmøter og holdningsskapende arbeid rettet mot 40-60 åringer	I løpet av planperioden
Informasjon i eldrefora om tilrettelegging av alderdom	Dialog-oppstart med innbyggerråd og eldres interesseorganisasjoner i løpet av planperioden
Stimulere til bygging av boliger med livsløpsstandard	I løpet av planperioden
Tilby velferdsteknologiske hjelpemidler	Fortløpende
Bruke hverdagsrehabilitering til å gi råd om tilrettelegging av eget hjem	Fortløpende
Utrede behov for leilighetskompleks	Utredes i løpet av planperioden
Vurdere forebyggende hjemmebesøk (80 år)	Utredes i løpet av planperioden

Mål 2- De eldre skal være i aktivitet

«Leve hele livet» er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på eldre sitt forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkelte eldre sine interesser, ønsker og behov. Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet. Fysisk aktivitet er for øvrig viktig hele livet, og kan ha mye å si for det fysiske funksjonsnivået. Forskning viser at aktive eldre får 3 år med bedre livskvalitet enn eldre med inaktiv livsstil. 1 av 3 over 65 år faller hvert år, og god fysisk funksjon er viktig som fallforebyggende tiltak (HelseNorge.no).

Tiltak	Tidsplan
Etablere møtearena på bo- og velferdssentrene med middag og transport	Utredes i løpet av planperioden
Tilby velferdsteknologiske hjelpemidler	Fortløpende
Utrede endrede åpningstider dagsenter	Utredes i løpet av planperioden. Legges frem sak med forslag til organisering og evt. pilotprosjekt.
Stimulere til trening-/forebygging	Fortløpende
Etablere sykepleierklinikk	Utredes i løpet av planperioden
Utarbeide informasjonsside/oversikt på hjemmesiden over aktuelle aktivitetstilbud i kommunen	Utredes i løpet av planperioden
Samarbeid innad i kommunen for å få til mer egnede turstier (med benker)	Utredes i løpet av planperioden
Samarbeid med frivillige forankres i den enkelte avdeling av hjemmetjeneste eller sykehjem	Er startet. Videreføres og utvikles i planperioden

Mål 3- De eldre skal sikres medvirkning

Kommunen har plikt til å legge til rette for at bruker får medvirke i utforming av eget tjenestetilbud.
Medvirkning handler om at personen det gjelder kan påvirke hvordan forhold som angår ham eller henne planlegges, utformes og gjennomføres. Det er viktig å skille mellom medvirkning og medbestemmelse. Medvirkning vil si at man bidrar, deltar eller spiller en rolle i en beslutningsprosess. Medbestemmelse vil si at man er med på å bestemme hvordan ting skal skje og gjøres.

Tiltak	Tidsplan
Opprettelse av stilling som eldrekoordinator	Utredes i løpet av planperioden.
Arbeide med ulike modeller for bruk av info og dialog i planperioden	Gjennom hele planperioden
Forbedre bruken av verktøy for kartlegging ved hjemmetjenester og institusjonstjenester	Utredes i løpet av planperioden
Vurdere å etablere pårørenderåd/brukerråd på sykehjem	Utredes i løpet av planperioden

7. Referanseliste

Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre; https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

Statistisk sentralbyrå: https://www.ssb.no/statbank/table/13600/

Helsenorge.no. Trening og fysisk aktivitet. Fallforebygging-trening for eldre. https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/fallforebygging-trening-for-eldre/

Veiviseren.no. Veileder, boformer og aktivitetstilbud. https://veieviseren.no/stotte-i-en-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/veileder-for-lokalisering-og-utforming-av-omsorgsbygg/3-ulike-bo-og-aktivitetstilbud

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2022: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering

Kommunedelplan kvalitetsplan omsorg – planprogram https://www.ha.no/innsyn_drum/wfdocument.ashx?journalpostid=2021031337&dokid=756714&versjon=1&variant=A&

DELPLAN FUNKSJONSHEMMEDE

2023-2027

HÅ KOMMUNE

ME LØFTER I LAG

Innhold

1. INNLEDNING 3
1.1. Avklaring av begrep 3
1.2. Føringer 4
1.2.1. Internasjonale føringer 4
1.2.2. Nasjonale føringer 4
2. MEDVIRKNING 5
2.1. Føringer – personsentrerte og individuelt tilrettelagte tjenester 6
2.2. Det konkrete utredningsspørsmålet 7
2.3. Hvordan kan vi sikre medvirkning? 8
3. SELVSTENDIGHET 8
3.1. Føringer – hvordan kan vi sikre størst mulig grad av selvstendighet? 8
3.2. Det konkrete utredningsspørsmålet 9
3.3. Boformer 10
4. AKTIVITET 12
4.1. Føringer - aktivitet 12
4.2. Det konkrete utredningsspørsmålet 13
4.3. Vurderinger knyttet til aktivitet 14
5. STYRING OG KVALITETSSIKRING AV TJENESTENE 15
5.1. Tjenestetrappen 15
5.2. Organisering av tjenestene 16
5.3. Kompetanse 17
5.4. Tverrfaglig samarbeid 18
5.5. Velferdsteknologi 19
5.6. Bruk av tvang og makt 19
6. MÅL OG TILTAKSPLAN 20
7. Referanser 26

Fremsidefoto: Tord Paulsen

1. INNLEDNING

Denne delen av kvalitetsplan omsorg handler om tjenester til innbyggere som har funksjonsnedsettelser. Denne gruppen innbyggere kan ha svært ulikt behov for kommunale tjenester, fra et par timer med støttekontakt i uken, til ressurskrevende tjenester hele døgnet. Tjenestene som leveres følger hele livsløpet til innbyggerne det gjelder, fra fødsel til livets sluttfase.

Tjenesteområdet har en sammensatt gruppe mottakere av tjenester. Det er stor variasjon i diagnoser, funksjon og hjelpebehov. Noen av de som mottar tjenester bor hjemme, mens andre bor i kommunale boliger. Enhet for funksjonshemma gir tjenester til innbyggere fra før fødsel og frem til livet går mot slutten. Det gjør at virksomheten er sammensatt og kompleks. Planen følger regjeringens strategi og handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020 – 2050 (Kulturdepartementet, 2019). Det betyr at tiltakene og innholdet i planen har som hovedformål å sikre tjenester som bygger på:

«… likestilling og likeverd, selvbestemmelse, medvirkning, deltakelse og inkludering.»
(Kulturdepartementet, 2019, s. 10)

1.1. Avklaring av begrep

Enhet for funksjonshemmede leverer tjenester til en rekke ulike innbyggere. Til felles har de som mottar tjenester, at de har en funksjonsnedsettelse.

FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne har en relasjonell tilnærming til forståelsen av funksjonshemming og sier at funksjonshemming skal forstås som et *«…misforhold mellom enkeltmenneskers forutsetninger og samfunnets innretning»* (NOU 2016.17).

Utviklingshemming er en form for nedsatt funksjonsevne. Den nasjonale veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» definerer utviklingshemming som:

«…en medfødt eller tidlig erhvervet tilstand med nedsettelse i kognitiv, sosial og praktisk fungering» (s.6)

Diagnosemanualen ICD – 10 skiller mellom lett, moderat, alvorlig og dyp grad av utviklingshemming. Tjenestebehovet vil variere fra person til person og i ulike faser i

livet. Noen vil ha behov for langvarige og omfattende tjenester, mens andre trenger noe bistand i perioder.

Denne planen legger begrepsforklaringenene over til grunn. I veilederen er det i tillegg begrepsforklaringer knyttet til andre relevante begrep som blir brukt i planen. (Veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» s. 8 – 9)

1.2. Føringer

Planen er utarbeidet innenfor rammer gitt i lov, forskrift og veiledere. I tillegg ligger regionale og lokale føringer til grunn. Under går vi gjennom de viktigste føringene for tjenestene som er omfattet i denne delen av planen.

1.2.1. Internasjonale føringer

FNs menneskerettigheter gjelder alle mennesker og skal også ligge til grunn for tjenestene vi leverer til innbyggere med nedsatt funksjonsevne. For personer med utviklingshemming er FN sin konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) særlig viktig.
Formålet med konvensjonen er:

> *«…å fremme, verne om og sikre rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet». (FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) , art. 1)*

Konvensjonen tydeliggjør at mennesker med nedsatt funksjonsevne har de samme rettighetene som alle andre innbyggere. Dette er en særdeles viktig føring for arbeidet med planen og med tjenester rettet mot denne innbyggergruppen.

1.2.2. Nasjonale føringer

Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» i § 2-1 a. Noen tjenester som individuell plan (§ 2 – 5) og brukerstyrt personlig assistent (§ 2 – 1 d) er også rettighetsfestet. (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 2001)

Tjenestene som leveres i virksomheten er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3 – 2. I punkt 6 i § 3 – 2 står det at kommunen skal tilby «andre helsetjenester» og paragrafen lister opp helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak.

I tillegg har virksomheten ansvar for omsorgslønn som er rettet mot personer med et særlig tyngende omsorgsarbeid (§ 3 – 6) og medvirkningsplikt til å skaffe bolig til innbyggere som trenger det på grunn av funksjonsnedsettelse (§ 3 – 7). (Helse- og omsorgstjenesteloven – hol, 2012).
Likestillings- og diskrimineringslovgivningen er også svært relevant for tjenesteleveringen til innbyggergruppen som denne delen av planen retter seg mot. Her er diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne særlig relevant, ref. § 6.
Regjeringens strategi *«Et samfunn for alle»* trekker frem likestilling, likeverd, selvbestemmelse, medvirkning, deltakelse og inkludering som førende prinsipper for tjenester til denne innbyggergruppen. I tillegg sier strategien at «*Likestilling fremmes ved å behandle like tilfeller likt og å tilrettelegge for forskjellighet*» (Barne- og likestillingsdepartementet, 2019, s. 4).
Dette er tydelige nasjonale føringer som har preget arbeidet med denne planen. Strategien sier videre at likestilling og like muligheter skal fremmes knyttet til utdannelse, arbeid, bolig, helse- og omsorgstjenester og kultur- og fritidsaktiviteter gjennom hele livsløpet.

Nasjonal veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» er en annen viktig nasjonal føring. Den nasjonal veilederen har syv hovedtemaer som legger føringer for hvordan tjenester til personer med utviklingshemming bør organiseres, styres og kvalitetssikres. Disse temaene er:

1. Samarbeid og kompetanse
2. Personsentrerte og individuelt tilrettelagte tjenester
3. Livsfaser- og overganger
4. Habilitering og bistand i dagliglivet
5. Helseoppfølging
6. Familie, pårørende og verge
7. Dokumentasjon og taushetsplikt

Disse syv temaene har konkrete føringer for hva kommunale tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne skal sikre. Noen av føringene er likestilt med lov og andre er anbefalinger.

2. MEDVIRKNING

Planprogrammet sier at:

> *«Kommunen skal legge til rette for at tjenestemottakere så langt som mulig kan utøve selvbestemmelse og leve i tråd med egne ønsker og behov. Kommunen skal sørge for at personer med funksjonshemming ved behov får tilbud om tilpasset beslutningsstøtte i dagliglivet, ved spesielle hendelser, i*

livsfaseoverganger og ved nye og endrede helse- og omsorgstjenester (brukermedvirkning)».

2.1. Føringer – personsentrerte og individuelt tilrettelagte tjenester

Tanker om medvirkning knyttet til kommunale tjenester oppstod i forbindelse med kritikk rettet mot velferdsstaten i 1960 årene. Velferdsstaten favnet ikke alle innbyggere og når det gjaldt tjenester rettet mot personer med utviklingshemming, ble institusjonsomsorgen spesielt kritisert. Kritikken var sammenfallende med at samfunnet gikk i en retning mot at individet selv skulle ha større valgfrihet, også når det gjaldt hvilke tjenester de ønsket.

Gjennom nasjonale strategier og CRPD er det sterke føringer for at alle mennesker, uavhengig av individuelle egenskaper og ferdigheter, skal ha mulighet til et aktivt liv i fellesskap med andre. Alle har en grunnleggende rett til å foreta selvstendige og frie valg, og til å bli møtt med respekt for sine valg og ønsker for eget liv. Det er bare med hjemmel i lov, at det er mulig å innskrenke den enkelte innbygger sin rett til å medvirke og bestemme i eget liv.

CRPD legger som nevnt tidligere en forståelse av funksjonsnedsettelse til grunn som sier at funksjonsnedsettelse skal forstås som resultatet av et misforhold mellom enkeltmenneskers forutsetninger og samfunnets innretning (Regjeringen, 2016). Misforholdet kan reduseres ved å tilrettelegge omgivelsene gjennom for eksempel universell utforming, inkluderende holdninger og kultur, større forståelse og reduserte barrierer mot deltakelse. I tillegg kan misforholdet reduseres ved å støtte og bygge opp om individets forutsetninger gjennom opplæring, individuelt tilpasset og tilstrekkelig hjelp, tilrettelegging og hjelpemidler.

Pasient- og brukerrettighetsloven rettighetsfester medvirkning i § 3 -1. Lovparagrafen sier at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre sier paragrafen at den enkelte har rett til å medvirke i valg av tjenester og behandlingsformer. Medvirkningens form skal være tilpasset den enkelte og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samråd med den det gjelder. (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 2001)

Å kunne medvirke i eget liv og i avgjørelser som gjelder en selv, er som vi har vist over, anerkjent i norsk helse- og omsorgslovgivning. Likevel viser undersøkelser at utviklingshemmedes synspunkter i liten grad blir etterspurt i tjenestelevering og av tjenesteytere (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2022, s. 26).

Helsedirektoratets veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» er tydelig på at kommunen skal legge til rette for *«…at personer med utviklingshemming kan utøve selvbestemmelse»* (Helsedirektoratet, 2021, s. 23).

Målet med en slik medvirkning er:

- god kvalitet i tjenestene
- individuelt tilpassede tjenester
- at den enkelte får ha innflytelse i eget liv

I planprogrammet kommer det også tydelig frem at de kommunale tjenestene skal jobbe ut i fra tanker om faglig forsvarlighet, den enkeltes behov og ønsker.

2.2. Det konkrete utredningsspørsmålet

I planprogrammet er det konkrete utredningsspørsmålet knyttet til medvirkning som følger:

«Når det ikke er helsemessige utfordringer som hindrer medvirkning i husholdningsoppgaver, hvor langt skal kommunen gå før det gripes inn? De fleste blir urolig over rengjøringsstandard lenge før grensen for helsemessig uforsvarlighet i eget hjem nås.»

Vår utredning har vist at dette et komplisert spørsmål å svare på. Føringene knyttet til medvirkning er tydelige og sterke og tilsier at den enkelte, også i husholdningsoppgaver, skal ha stor grad av medvirkning.

I konkrete vurderinger knyttet til om kommunen skal gripe inn eller ikke når det er utfordringer knyttet til husholdningsoppgaver, er vår konklusjon at det må gjøres en konkret vurdering fra sak til sak. Føringene i planprogrammet sier også at forholdet mellom faglig forsvarlighet og den enkeltes behov og ønsker skal ligge til grunn for beslutningene som tas.

Dersom tjenestebruker gir tydelig uttrykk for at det ikke er ønske om at tjenesteytere «griper inn» og «overtar husholdningsoppgaver», skal vi som kommune og tjenesteytere kun gripe inn når liv og helse er truet og unngå bruk av tvang så langt det er mulig. Dette vil være det viktigste prinsippet knyttet til det konkrete utredningsspørsmålet.

Samtidig sier veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» at kommunen skal vurdere tillitsskapende tiltak overfor tjenestemottakere som takker nei til nødvendig bistand. Dette krever en bevissthet og en felles tanke om hva som er «nødvendig bistand».

Vår utredning har vist at dette vil være individuelt. Ved å gi personsentrerte tjenester vil dette være forskjellig. Noen ønsker å ha det ryddig og rent mesteparten av tiden for å oppleve god livskvalitet, og vil kanskje da trenge motivasjon og veiledning og kanskje også hjelp for å klare dette. Andre ønsker ikke å bruke mye tid på praktiske oppgaver og kan trives med mer rot og støv. Dette må derfor være en individuell

vurdering, men det vil likevel være hensiktsmessig å dra opp noen rammer rundt hva som er et kommunalt ansvar og ikke. Dette ønsker vi å gjøre i form av tjenestestandarder for blant annet praktisk bistand som er den tjenesten som er nærmest knyttet til husholdningsoppgaver.

Siden det konkrete utredningsspørsmålet er komplisert og gjennomgripende for tjenesten, foreslår vi at det jobbes videre med i planperioden og at det sikres gjennom arbeidet med organisering og kvalitetssikring av tjenestene og i konkrete tiltak knyttet til medvirkning i tiltaksplanen.

2.3. Hvordan kan vi sikre medvirkning?

Ved utforming av tjenester er det viktig å planlegge, utforme, gjennomføre og evaluere tjenestene for å sikre at medvirkningen til den enkelte er ivaretatt. Dette gjøres i stor grad i virksomheten. Likevel er det nødvendig med en gjennomgang for å sikre at medvirkning er et bærende prinsipp i all kontakt med innbyggere som mottar tjenester. Vi skriver derfor inn tiltak på individnivå, tjenestenivå og systemnivå i tiltaksplanen som skal sikre dette enda bedre enn det som gjøres i dag.

3. SELVSTENDIGHET

Retten til å bestemme over eget liv er et menneskerettslig prinsipp som handler om retten til å ta egne avgjørelser og bestemme over eget liv. Den enkeltes rett til selvbestemmelse kan bare innskrenkes med hjemmel i lov (Helsedirektoratet, 2021, s. 23). Størst mulig grad av selvbestemmelse i eget liv er viktig for personlig utvikling og god psykisk helse.

Selvstendighet og medvirkning henger tett sammen og en del av det som er skrevet i del 2 om medvirkning, er også gjeldene her.

3.1. Føringer – hvordan kan vi sikre størst mulig grad av selvstendighet?

Føringene for selvbestemmelse er i stor grad de samme som for medvirkning. Den nasjonal veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» behandler medvirkning og selvstendighet sammen under overskriften «personsentrerte og individuelt tilrettelagte tjenester». Her er føringene tydelige på at kommunen skal legge til rette for at personer med utviklingshemming skal kunne utøve selvbestemmelse – det vil si at deres rett til å ta egne avgjørelse og å bestemme i eget liv skal sikres.

Veilederen viser til at beslutningsstøtte er sentralt i å sikre denne retten for personer med utviklingshemming. Beslutningsstøtte defineres som *«…enhver prosess som*

gjør en person bedre i stand til å ta egne beslutninger og/eller å uttrykke sine egne ønsker og behov» (Helsedirektoratet, 2021, s. 23).

Mulighetene til å utøve selvbestemmelse kan for enkelte være begrenset og det å legge rette for selvbestemmelse krever gode relasjoner, opplæring, tilrettelegging og beslutningsstøtte.

«Aktiv støtte» er et rammeverk for å sikre støtte i selvbestemmelse til personer som har funksjonsnedsettelser og utviklingshemming. Det er en evidensbasert tilnærming. Aktiv støtte bør innføres systematisk i alle tjenestene rettet mot personer med funksjonsnedsettelser i Hå kommune, med formål å sikre selvbestemmelse i eget liv. I tillegg bør Positiv Adferds Støtte (PAS) innføres som et neste skritt for å underbygge og sikre selvbestemmelse også for personer som utviser utfordrende

PAS er en modell for å sikre beslutningsstøtte med formål å sikre mest mulig selvstendighet for denne gruppen tjenestemottakere. PAS gir et terapeutisk rammeverk som involverer en rekke evidensbaserte intervensjoner tilpasset den enkelte. Rammeverket gir en helhetlig tilnærming til å kunne støtte personer med utviklingshemming som viser utfordrende adferd.

Vi ønsker å innføre denne modellen i alle ledd i tjenesten. Aktiv bruk av en slik modell gjør at vi kan sikre at vi som kommune legger til rette for selvstendighet både på systemnivå og på individnivå. På systemnivå handler dette om å sikre at rutiner og styringsdokument gir føringer for at tjenestene legger til rette på en god måte, samtidig som vi sikrer kompetanse i alle tjenesteledd. På individnivå må en slik tenkning vise igjen i tiltaksplaner, i tilnærmingen til den enkelte tjenestemottaker og i virksomhetens kultur.

I tillegg er det en tydelig føring i nasjonalfaglig veileder at virksomheten skal legge til rette for bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). For å klare dette er det nødvendig å sikre grunnkompetanse i tjenestene og å sikre tverrfaglig samarbeid rundt den enkelte tjenestemottaker som kan profitere på slike hjelpemidler og metoder knyttet til å kunne kommunisere.

3.2. Det konkrete utredningsspørsmålet

I planprogrammet er utredningsbehov som presenteres under overskriften selvbestemmelse:

> *«Hvordan bør kommunen legge til rette for at personer med funksjonshemming kan bo i eget hjem så lenge som mulig?»*

Vi velger å svare på utredningsspørsmålet med å se nærmere på ulike boformer for innbyggere med funksjonsnedsettelser. Punkt 5.1. i planen – tjenestetrappen – og det som er skrevet av tiltak knyttet til medvirkning, er også konkret del av utredningen

og gir svar på hvordan vi skal legge til rette for at personer med funksjonsnedsettelser skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig.

3.3. Boformer

I Norge er det å eie sin egen bolig svært vanlig. Bare 15% av mennesker med utviklingshemming eier sin egen bolig, noe som står i sterk kontrast til at 80% av befolkningen ellers eier sin egen bolig (Tøssebro & Wendelborg, 2021, s. vi). De aller fleste utviklingshemmede som leier leilighet, leier av kommunen. Andelen av de som eier sin egen bolig er svært lav sammenlignet med befolkningen forøvrig (Tøssebro & Wendelborg, 2021, s. 40). De som leier har liten grad av innflytelse på hvor de leier (Tøssebro & Wendelborg, 2021, s. vii). Personer med nedsatt funksjonsevne står på listen over de som er overrepresentert blant vanskeligstilte på boligmarkedet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD), 2014, s. 16.).

Å selv kunne bestemme hvordan, hvor og med hvem en bor, er vesentlig for oss alle. Den nasjonale strategien for boligsosialt arbeid, «Alle trenger et trygt hjem», viser til fire strategier og prioriterte innsatsområder. To av disse er spesielt relevante i denne delen av planen; flere skal kunne eie egen bolig og å leie skal være et trygt alternativ til å eie egen bolig (KMD, 2021, s. 7). CRPD er også tydelig på at *«mennesker med nedsatt funksjonsevne har anledning til å velge bosted, og hvor og med hvem de vil bo, på lik linje med andre, og ikke må bo i en bestemt boform»* (artikkel 19, CRPD)

Svært mange mennesker med utviklingshemming bor hjemme lengre enn det som er vanlig i befolkningen for øvrig. Tøssebro & Wendelborg (2021) viser til at 20% av voksne utviklingshemmede bor hos familien sin (s. vi).

Tøssebro & Wendelborg (2021) viser at nær 80% av personer med utviklingshemming sier at de ønsker å eie sin egen bolig (Tøssebro & Wendelborg, 2021, s. vi). Videre viser Tøssebro & Wendelborg (2021) sin rapport om utviklingshemmedes bosituasjon, oppsummert at:

- bofellesskap med fellesareal er den dominerende boformen
- en stabilt lav andel har egen bolig – kun 15%
- boligens standard er som forutsatt, men med etterslep på vedlikehold
- bofellesskapenes størrelse har fortsatt å øke
- flere ønsker å eie
- mange boliger er ikke vanlige boliger i et ordinært bomiljø
- mangel på tilbud gjør at for mange bor lenge hjemme
- boligøkonomien er forverret
- de som leier av kommunen, har liten innflytelse over hvor de bor

Som nevnt i vedtatt planprogram varierer det når kommunen får vite om funksjonshemmede personer som har behov for oppfølging. Oftest er det når det opprettes kontakt for å søke om tjenester. Dette har i noen tilfeller ført til at vi ikke vet om tjenestemottakere før de søker om bolig.

Per 18.05.2021 var det 115 personer under 30 år som mottok en eller flere tjenester fra enhet for funksjonshemmede. Av disse bodde 15 personer i egen bolig på dette tidspunktet.

Det er vanskelig å anslå hvor mange som vil ha behov for kommunal bolig i fremtiden, da funksjonsnivået og hjelpebehovet endres jo eldre tjenestemottakerne blir.

Bofellesskap er en vanlig boform for mennesker med utviklingshemming også i Hå kommune. Størrelsen på bofellesskap er mye diskutert. Utviklingen viser at bofellesskap har økt noe i størrelse fra 2011 til 2021, det er nå flere bofellesskap med mellom 6 – 10 boenheter og tallet på svært små eller svært store bofellesskap synker (Tøssebro & Wendelborg, 2021, s- 34). Gjennomsnittsstørrelsen på bofellesskap var i 2021 7,5 beboer per bofellesskap (Tøssebro & Wendelborg, 2021, s. 33).

Tabellen under viser detaljer om bofellesskap for innbyggere med ulike funksjonsnedsettelser og utviklingshemming i Hå kommune i dag:

Bofellesskap	Antall beboere	Døgnbemanning
1	6	X
2	6	X
3	7	X
4	6	X
5	12	X
6	7	X
7	8	-
8	4	-
9	4	-

I dag er det flere som bor i kommunens bofellesskap som kunne klart seg i egen eid eller leid bolig, og dermed fått større selvstendighet og mulighet til å delta i samfunnet på en annen måte enn i dag. Vi mener derfor at det bør utvikles kriterier for tildeling av omsorgsbolig i formen bofellesskap med eller uten stedlig personell. I tillegg bør alle beboere gjennomgås for å se om kommunen kan hjelpe til med å få eie eller leie egen bolig.

Eie egen bolig - Husbanken har flere virkemidler for å legge til rette for at også utviklingshemmede skal kunne eie sin egen bolig. Denne innbyggergruppen er i målgruppen for startlån, tilskudd til bygging av omsorgsboliger og utleieboliger til vanskeligstilte og lån/tilskudd til kommunen ved etablering av omsorgsboliger til leie eller eie. I tillegg kan kommunen være med på å etablere borettslag, da vil

kommunen kunne få investeringstilskudd og kjøperne vil kunne søke startlån. Husbanken kan også gi lån til borettslaget knyttet til fellesgjelden. Dette er muligheter som bør systematiseres og jobbes målrettet mot å ta i bruk i Hå kommune, også for personer med nedsatt funksjonsevne.

Foreldreinitiativ – Det er blitt vanligere for kommuner å legge til rette for det som ofte kalles foreldreinitiativ. Det mest vanlige er at foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne sammen med kommunen etablerer et borettslag/sameie for å sikre at deres ungdom/unge voksne kan eie sin egen bolig. Husbanken har laget en egen veileder for etableringen og samarbeidet mellom kommunen og foreldregrupper (Husbanken, 2023). Det er per i dag ett slikt initiativ under planlegging i Hå kommune.

4. AKTIVITET

4.1. Føringer - aktivitet

Planprogrammet viser til «Leve hele livet» når den omtaler aktivitet. Programmet sier om personer med funksjonsnedsettelser at kommunen skal «…*legge til rette for at den enkelte kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, for eksempel med mulighet for å treffe venner og familie, ha et arbeid eller et aktivitetstilbud på dagtid, kveldstid og i helger*».

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, tredje ledd sier at *«…helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.*». Dette er en viktig føring for virksomheten. Arbeidsmarkedsloven gir også tydelige føringer. (Helse- og omsorgstjenesteloven – hol, 2012).

Nasjonal veileder sier at *«kommunen skal legge til rette for at personer med utviklingshemming kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse»* (Helsedirektoratet, 2021, s. 29). I tillegg sier veilederen at kommunen i samarbeid med frivillige eller andre tjenester skal iverksette inkluderende og tilrettelagte aktivitetstiltak (Helsedirektoratet, 2021).

En *«aktiv og meningsfylt tilværelse sammen med andre»* kan være veldig forskjellig fra innbygger til innbygger. Det at tjenestene som blir levert av virksomheten er rettet mot en gruppe innbyggere der funksjonsnivået er svært ulikt og at det gjelder hele livsløpet, gjør at individperspektivet må væra sterkt her. Enkelte med funksjonsnedsettelser trenger hjelpemidler, eller noe assistanse i hverdagen, for å kunne leve det vi opplever som ordinært liv. Andre vil trenge mye støtte og tjenester for å kunne delta i aktiviteter i dagliglivet sitt.

Veilederen er tydelig på at det å få lov å delta og mestre daglige aktiviteter som personlig hygiene, innkjøp, matlaging, husarbeid i tillegg til samvær med familie og venner, arbeid eller aktivitetstilbud, fysisk aktivitet, delta i det en måtte være engasjert i osv., er svært viktig (Helsedirektoratet, 2021).

Arbeid eller aktivitetstilbud på dagtid er en viktig del av det å få være i aktivitet. Høy sysselsetting og deltakelse i arbeidslivet er et tydelig mål for nasjonale styresmakter noe som reflekteres blant annet i avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA). Målet er at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet. Føringene som vises til i begynnelsen av denne delplanen er viktige også på dette området. Likestillings- og diskrimineringslovgivningen er også særdeles viktig her sammen med CRPD.

Det vanligste aktivitetstilbudet for denne gruppen er kommunalt aktivitetstilbud eller varig tilrettelagt arbeid i skjermet bedrift. NAV har flere arbeidsretttede tiltak som også innbyggere i denne gruppen kan benytte seg av. Det er særlig gruppen som ikke klarer å benytte ordinært arbeidsliv eller varig tilrettelagte arbeidsplasser, men er for godt fungerende til å ha utbytte av kommunalt dagsenter, som blir stående uten arbeid eller organisert dagaktivitet.

4.2. Det konkrete utredningsspørsmålet

Utredningsbehov fra planprogrammet er:

- *Bør det være andre åpningstider for dag og fritidstilbud enn det som er i dag?*
- *Kan bedrifter i større grad bidra med arbeidsplasser?*
- *Kan frivillige bidra med ulike fritidstilbud?*
- *Kan organiserte støttekontaktgrupper, som «vennegrupper» være et godt alternativ til støttekontakt?*

Hå kommune har ulike dag- og fritidstilbud som tilbys kommunens innbyggere ut fra deres ønsker, behov og etter gitte kriterier. Oppsummert er de organiserte tilbudene rettet mot innbyggere med funksjonsnedsettelser på dagtid i dag disse:

- Aktiviteten – dagtilbud med mål om læring, aktivitet og utvikling for voksne med funksjonsnedsettelser som bor hjemme eller i omsorgsbolig.
- «Inn på tunet» - et samarbeid mellom Hå kommune og Lode ridesenter. Aktiviteten organiserer tilbudet.
- Jæren Industripartner – varig tilrettelagte arbeidsplasser for innbyggere med funksjonsnedsettelser.
- Støttekontakt – tjenestetilbud til personer med ønske og behov for sosialt samvær og/eller støtte til å delta i aktiviteter utenfor hjemmet.
- Brukerstyrt personlig assistent – har som formål å sikre at den enkelte kan delta i samfunnet og leve et så vanlig liv som mulig.

Hå kulturtorg organiserer tilrettelagt fritid som er en rekke fritidstilbud rettet mot personer med utviklingshemming. Hå kulturtorg tilbyr:

- A – laget og vennegruppa
- Kulturkafe
- Familiebading
- Tilrettelagt undervisning i kulturskolen
- «Ung i juli» bonusaktivitet – tilbud til personer med utviklingshemming
- Temakvelder for foreldre og støttekontakter
- Ungdomsklubb
- Åpen klubb for unge voksne med funksjonsnedsettelse
- Interkommunalt samarbeid: unikt teater
- Interkommunalt samarbeid: håndball
- Interkommunalt samarbeid: dans (under utvikling).

4.3. Vurderinger knyttet til aktivitet

Når det gjelder om det bør være andre åpningstider for dag- og fritidstilbud enn det som er i dag, er det behov for å gå tettere på brukergruppene for å kunne konkludere. Vi skriver derfor inn at vi vil vurdere å gjennomføre en brukerundersøkelse for å sjekke om brukergruppen selv tenker at det bør gjøres justeringer på dag- og fritidstilbudet.

Bedrifter kan helt klart bidra med arbeidsplasser til innbyggere med funksjonsnedsettelser. Det er ikke etablerte samarbeid i dag og dette er noe som vi ønsker å satse på i årene som kommer. Det å vurdere å inngå samarbeid med «Helt med» kan være et skritt på veien mot å samarbeide systematisk med bedrifter og næringslivet for å sikre flere tilrettelagte og ordinære arbeidsplasser for denne innbyggergruppen. Samtidig bør det utforskes om det er mulig å opprette arbeidsrettede tiltak for tjenestemottakere med aktivitetsbehov men liten produksjonsevne.

Det er i dag lite systematisk samarbeid med frivillige. Vi ønsker å styrke dette gjennom prosjekter sammen med Frivilligsentralene og i organiserte tiltak for å legge til rette for at personer med funksjonsnedsettelser skal kunne delta i det frivillige liv, og å mobilisere til frivillig innsats rettet mot personer med funksjonsnedsettelser.

Organiserte støttekontaktgrupper, omtalt som «vennegrupper» i planprogrammet, kan nok i enkelte tilfeller være et godt alternativ til støttekontakt. Men å utrede mulighetene for dette og å sikre en god og riktig organisering krever en god del arbeid. Vi ønsker derfor å opprette et eget prosjekt som ser nærmere på det eventuelle behovet og ønske om slike «vennegrupper» hos de som har støttekontakt i dag, og utforske mulige organiseringsformer.

Vi ønsker også å fortsette å jobbe systematisk for å sikre at så mange som mulig får benytte muligheten til å gå 4. og 5. år på videregående skole og å legge til rette for at de som ønsker det søker seg inn på botreningslinjer på folkehøyskoler.

Transport til og fra barnehage, skole, arbeid og andre aktiviteter kan være en stor utfordring for personer med funksjonsnedsettelser. I dag bruker virksomheten mye tid og ressurser på transport og ofte er det personell med høy kompetanse som står for transportoppdrag. Vi ønsker derfor å ha et prosjekt som ser på alternativ organisering av transportoppdrag for å effektivisere dette og utforske mulighetene for å bruke kompetanse på en mer hensiktsmessig måte.

5. STYRING OG KVALITETSSIKRING AV TJENESTENE

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gir kommunen plikt til planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten for å sikre at den er i tråd med lov og forskrift og at tjenestene vi gir er forsvarlige. (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017)

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten skal også bidra til å sikre at personer som mottar tjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, jf. § 1. (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003)

Helsetilsynet (2017) oppsummerer det landsomfattende tilsynet med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming med at det i mange kommuner var tjenester preget av svak styring, høyt risikonivå, lite systematisk og for lite spor av medvirkning. Tilsynet viser til at det kommunale tilbudet må være «…helhetlig, forutsigbart, tilstrekkelig, kompetent og trygt».

Dersom vi skal sikre at vi leverer tjenester som legger til rette for likestilling, likeverd, selvbestemmelse, deltakelse og inkludering for personer med funksjonsnedsettelser, må vi derfor se nærmere på styring og kvalitetssikring av virksomhetsområdet. Dette innbefatter å se på hvordan tjenesten er organisert og ledet.

5.1. Tjenestetrappen

Planprogrammet sier tydelig at helse- og omsorgstjenester i Hå kommune skal følge LEON – prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå), og at helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig.

Figuren under viser hvordan tjenestene til innbyggere med funksjonsnedsettelse er organisert med bruk av tjenestetrappen basert på LEON – prinsippet.

Tjenestene på et lavere trappetrinn er aktuelle for de trappetrinnene som kommer etterpå.

			Heldøgns omsorg
		Kommunal bolig med tjenester Kommunal bolig Bolig i bofellesskap uten heldøgns-bemanning Hjemmesykepleie Praktisk bistand Praktisk bistand med opplæring Støttekontakt BPA Legemiddelhåndtering Aktivitet/arbeid Koordinator Barnekoordinator Individuell plan Velferdsteknologi	Bolig i bofellesskap med heldøgns-bemanning Barnebolig Sykehjemsplass
Ingen tjenester Tillitsskapende tiltak dersom innbygger takker nei til tjenester, men det er et tydelig behov.	**Hjemmeboende** Støttekontakt Avlastning BPA Praktisk bistand Praktisk bistand med opplæring Hjemmesykepleie Legemiddelhåndtering Veiledning Aktivitet/arbeid Koordinator Barnekoordinator Individuell plan Velferdsteknologi		
Mål Forebyggende og helsefremmende tiltak. Sikre balanse mellom retten til selvbestemmelse og kommunens plikt til forsvarlig og omsorgsfull hjelp.	Mål Målrettede tiltak/tjenester for å legge til rette for at den enkelt kan bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse. Legge til rette for at foreldre kan klare omsorgsoppgaven sin.	Mål Forebygge, behandle og legge til rette for å mestre livet.	Mål Tilrettelagt tjenestetilbud.

I dag bruker vi mest ressurser på de øverste trappetrinnene. For å kunne bedre legge til rette for at også denne brukergruppen skal kunne ha eierskap til eget liv og kunne bo hjemme så lenge som mulig, bør de laveste trinnene i trappen styrkes kraftig i planperioden.

5.2. Organisering av tjenestene

Dagens organisering av virksomheten følger ikke fremtidens behov og føringene som sier at flere skal få bo hjemme og ha et liv preget av likestilling, likeverd, selvbestemmelse, deltakelse og inkludering. Virksomheten må derfor styrke sin

satsing på de lavere trinnene i omsorgstrappen. Det er for eksempel i dag en egen lederressurs i hvert bofellesskap, men ingen leder som har tjenester til hjemmeboende som sitt hovedansvarsområde.

Det er store variasjoner mellom kommunene i mengde avlastning som tildeles. Vi ønsker å se nærmere på om vi bør øke tildelte timer og døgn, og om det er flere som burde få tilbud om avlastning i Hå kommune. Resultatet av et slikt arbeid kan være at det er behov for å utvide kapasiteten i avlastningstjenesten.

Det er et økende behov for å kunne levere tjenester til hjemmeboende personer med funksjonshemming. For å øke kapasiteten til å kunne levere slike tjenester, og å kunne bruke ressurser på tvers i kommunen, ønsker vi å levere slike tjenester organisert under en leder for tjenester til hjemmeboende.

I tillegg er det flere brukere som bor i bofellesskap i dag, som kunne fått større selvstendighet og medvirkning i eget liv dersom det ble lagt til rette for at de kunne bodd i eget hjem. Vi ønsker å utvikle kriterier for hvem som skal kunne tildeles bolig i bofellesskap, vurdere om noen som bor i bofellesskap i dag kan få hjelp til å eie eller leie sin egen bolig og utvikle tjenestestandarder for tjenester som leveres i bofellesskapene. På grunn av satsingen på de lavere omsorgstrinnene, tenker vi at det vil være nødvendig og rett å legge ned ett av kommunens ni bofellesskap og sikre tjenestelevering gjennom ambulerende tjenester, heller enn stedlig bemanning i tre av kommunens bofellesskap. Samtidig er det nødvendig å se på organisering av ledelse knyttet til bofellesskapene og sikre nærledelse, tjenestefokus i ledelse og mer overordnet ledelse som kan sikre at vi benytter ressurser på tvers i større enheter.

Den nasjonalfaglige veilederen er ny og vil kreve mye arbeid for å implementere. Dette ønsker vi å jobbe med i planperioden og gjennomgang av veileder og arbeid med å kvalitetssikre våre tjenester, blir viktig de neste årene.

For å gjenspeile bedre at enhet for funksjonshemma gir tjenester til innbyggere gjennom et helt livsløp og at målet skal være likestilling, likeverd, selvbestemmelse, deltakelse og inkludering, mener vi at virksomheten bør få et nytt navn som tydeliggjør dette.

5.3. Kompetanse

Det å sikre tilstrekkelig kompetanse vil bli en økende utfordring i årene fremover, også i dette tjenesteområdet.

Å sikre nok vernepleiere og helsefagarbeidere er allerede utfordrende og det er utfordringer knyttet til å sikre nok personell i helger og ferier.

Virksomheten vil følge og bidra til at helse og sosial har helhetlige planer for hvordan kompetanse og rekruttering skal sikres i årene fremover. Et tiltak er derfor å sikre

systematisk bruk av opplæringsplanen for å sikre strategisk kompetanseplanlegging og sikre at de ansatte får nødvendig kompetanse og veiledning.

I tillegg bør tjenesteområdet legge til rette for å sikre at personell med spesifikk kompetanse kan brukes på tvers av boliger og tjenester. Oppgavefordeling mellom faggrupper bør også utforskes for å se om det kan gjøres grep for å sikre god bruk av kompetanse, beholde kompetanse og sikre videre rekruttering.

I enhet for funksjonshemma er vernepleiere en sentral yrkesgruppe sammen med helsefagarbeidere og barne- og ungdomsarbeidere. Lederkompetanse i tjenesten bør også prioriteres i planperioden.

Heltidskultur er en viktig satsning for Hå kommune i årene fremover.
I Budsjett og økonomiplan 2020-2023 vedtok et enstemmig kommunestyre følgende tekstforslag (s.28):

«Kommunestyret vil at det skal vere heiltidskultur innan alle tenesteområde. Det skal arbeidast strategisk mot at heile stillingar skal vere det normale. Heiltidskultur skal derfor ha ein sentral plass i arbeidsgivarstrategien til Hå kommune»

Denne satsningen er også viktig for dette tjenesteområdet.
Det er utarbeidet et mål for heltidskultur, og i enhet for funksjonshemma ser måltallene slik ut:

	2021	2023	2025	2027
Enhet for funksjonshemma	26,53%	29%	37%	47%

Dokument 22/23846 - Retningslinjer for heltidskultur i Hå kommune - Hå kommune

I planperioden er det aktuelt å systematisere bruken av KS – læring i tjenesteområdet, for å sikre tilgang og gjennomføring av opplæring for å sikre kompetanse.

Det er også nødvendig å sikre mer og bedre saksbehandlerkapasitet i tjenesteområdet i planperioden. Disse oppgavene, spesielt rettet mot tjenestemottakere som bor hjemme, er sårbar og kompetansen ligger på få personer. Dette bør styrkes og være et satsningsområde i planperioden.

5.4. Tverrfaglig samarbeid

Mange av de som mottar tjenester fra enhet for funksjonshemmede, har et samtidig behov for oppfølging fra flere tjenester og sektorer. Koordinering og sammenheng mellom tjenestene som ytes blir viktig i planperioden. Tett samarbeid og fortsatt fast deltakelse i koordinerende enhet blir enda viktigere i årene som kommer for å sikre at

koordinator, barnekoordinator og individuell plan er satt i et godt system som kommer innbyggerne til gode.

Vi skal legge til rette for godt samarbeid med innbyggere med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende gjennom:

- jevnlig kontakt og åpen dialog
- avklaring av forventninger – til tjenestene, til tjenestemottaker og til pårørende
- å sikre informasjonsutveksling
- avtaler om ansvarsfordeling

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med verge. Vergen skal ivareta interessene til den innbyggeren det gjelder og er en svært viktig samarbeidspartner.

Mange av de som mottar tjenester har behov for tverrfaglig koordinering. Det er ofte mange profesjoner som leverer samtidige tjenester og innbyggerne vil ha mange aktører å forholde seg til. I årene fremover bli det å styrke samarbeidet med andre kommunale helsetjenester, spesialisthelsetjenesten, PPT, barnehage og skole særdeles viktig og bør settes i system i planperioden.

5.5. Velferdsteknologi

Nasjonalfaglig veileder for gode tjenester til personer med utviklingshemming er tydelig på at kommunen skal legge til rette for bruk av velferdsteknologi for personer med utviklingshemming. Målet skal være å fremme selvstendighet og legge til rette for mestring i hverdagen. Det bør sikres godt tverrfaglig samarbeid slik at bruken av hjelpemidler og velferdsteknologi følger den enkeltes liv og aktiviteter.

Vi ønsker å benytte velferdsteknologi der det er hensiktsmessig i tjenesteleveringen. Målet er å sikre og fremme selvstendighet, legge til rette for mestring og det å kunne få bo i eget hjem så lenge som mulig. Arbeid med implementering og bruk av velferdsteknologi blir svært viktig i planperioden.

5.6. Bruk av tvang og makt

Bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 og er detaljert beskrevet i rundskriv IS – 10/2015.

Bruk av tvang er alltid et inngrep i den enkeltes frihet og integritet og skadevirkningene av tvang kan være alvorlige (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2022, s. 57). Det er derfor svært viktig at kommunale tjenester har et bevisst og tydelige holdninger knyttet til bruken av tvang og makt.

Kompetanseheving og veiledning knyttet til bruk av tvang og makt blir viktig i planperioden.

6. MÅL OG TILTAKSPLAN

Bærende element	
Likestilling, likeverd, selvbestemmelse, medvirkning, deltakelse og inkludering skal være bærende elementer i tjenesteleveringen.	
Medvirkning	
Individnivå	Sikre at det er tydeliggjort i rutiner, kartlegging og tjenestelevering at den enkelte skal være med i planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av tjenester. Sikre rutiner for medvirkning fra den enkelte tjenestemottaker i alle deler av hans eller hennes liv, deriblant husholdningsoppgaver. Sikre at det er den det gjelder som i første hånd skal høres og som skal ta valg i eget liv. Sikre rutiner for medvirkning fra pårørende og/eller verge. Legge til rette for selvbestemmelse gjennom systematisk bruk av beslutningsstøtte i tjenestene. Sikre at tjenester er tilrettelagt for den enkelte. Bruke vurderingspunkter fra veileder for å lage en risikoanalyse knyttet til enkelte tjenestemottakere som unndrar seg nødvendig bistand.
Tjenestenivå	Systematisere samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter. Innføre brukerpanel/råd/husmøte på Aktiviteten. Innføre brukerpanel/råd/husmøter de bofellesskapene der dette er mulig. Brukerråd i bofellesskapene – vurdere. Husmøte – samle alle. Sikre kompetanse i beslutningsstøtte og veiledning for å sikre medvirkning på individnivå.

	Gjennomføre brukerundersøkelser etter gjeldende plan. Sikre at resultatene av brukerundersøkelser brukes i kontinuerlig forbedringsarbeid. Lage tjenestestandard som klargjør ansvar rundt husholdningsoppgaver.
Systemnivå	Innbyggerrådet Systematisk gjennomgang av klager for læring og utvikling av tjenesten. Legge til rette for dialog med organisasjoner for personer med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende. Jobbe med kultur i tjenesteområdet – sikre at vi har en kultur som bygger opp under medvirkningstanker.
Selvstendighet	
Sikre beslutningsstøtte	Implementere Aktiv støtte som ramme for det systematiske arbeidet med å sikre den enkelte tjenestemottakers selvstendighet. Implementere PAS som verktøy for beslutningsstøtte i alle avdelinger.
Legge til rette for bruk av ASK (alternativ og supplerende kommunikasjon)	Legge til rette for at personer med utviklingshemming som har behov for det kan få utvikle og bruke egne kommunikasjonsformer og benytte egnede kommunikasjonsmidler. Samarbeide med andre kommunale tjenester om dette og sikre grunnkompetanse.

Selvstendighet i valg av boform	Styrke tjenestene i trinn 2 og 3 i tjenestetrappen for å legge til rette for at flere kan ta selvstendige valg knyttet til boform Styrke kompetansen og innsatsen på det boligsosiale området for denne gruppen (se også tiltak under styring og kvalitet). Jobbe for at flere kan eie sin egen bolig i ordinære bomiljø. Se på sammensetningen i bofellesskap og eventuelt gjøre endringer. Jobbe med å sikre at flere i målgruppen søker startlån. Vurdere leie – til eie modeller. Gi råd knyttet til boligsparing for ungdom Sikre kriterier for tildeling av kommunale boliger for brukergruppen.
Aktivitet	
Vurdere brukerundersøkelse	Vurdere å gjennomføre brukerundersøkelse for å sjekke om dag- og aktivitetstilbud rettet mot personer med funksjonsnedsettelse bør ha andre åpningstider enn det er i dag.
«Helt med»	Opprette eget prosjekt for å sikre at Hå kommune blir en «helt med» kommune. Hå kommune bidrar selv med arbeidsplasser som passer inn i «helt med» - konseptet. Opprette samarbeid med bedrifter for å sikre arbeidsplasser til brukergruppen.
Utforske aktivitetstiltak	Egne kommunale prosjekt for de med lite produksjonsevne men med aktivitetsevne og behov.
Jæren Industripartner	Hå kommune skal være en aktiv eier og i samarbeid med bedriften være med og utvikle den videre til beste for dagens og nye arbeidstakere. Det bør også vurderes om flere kan få tilbud om jobb ved bedriften.

Frivillig arbeid	Jobbe for at innbyggere med funksjonsnedsettelser selv kan delta i det frivillige liv i størst mulig grad. Systematisk innsats og samarbeid med Frivilligsentralene for å sikre at frivillige og frivillige lag og organisasjoner bidrar inn mot brukergruppen.
Utforske behov for vennegrupper/støttekontaktgrupper og eventuelle måter å organisere dette på.	Etablere prosjekt for å utforske behov og ønske om vennegrupper for de som i dag har støttekontakt. Se på mulige organiseringsformer for slike vennegrupper.
Sikre at beboere i bofellesskap har mulighet til å være aktiv og deltakende i dagliglivets gjøremål.	Lage tjenestestandarder i boligene for å sikre lik tilgang til å kunne være aktiv. Sikre at tiltaksplaner inneholder vurderinger og tiltak knyttet til aktivitet i dagliglivets gjøremål og andre aktiviteter.
Legge til rette for at beboere i bofellesskap skal kunne ha samvær med familie og venner.	Sikre at tiltaksplaner inneholder konkret utformede mål for den enkelte som sikrer og legger til rette for samvær med familie og venner.
Sikre arbeid, utdannelse og/eller aktivitet på dagtid for så mange som mulig.	Aktivt jobbe for at hjemmeboende ungdom med psykisk utviklingshemming eller andre funksjonsnedsettelser, søker om år 4 og 5 på videregående skole. Legge til rette for å bistå i innsøking til relevante linjer på Folkehøyskole for målgruppen.
Transport	Prosjekt for å utrede om vi kan samordne og sikre transport til og fra aktiviteter på en bedre måte for denne gruppen.
Styring og kvalitet	
Tjenestetrappen, styring og organisering av virksomheten	
Styrking av tjenester i trinn 1 og 2 i tjenestetrappen	Opprette lederstilling knyttet til tjenester til de som bor hjemme hos foresatte, eller i egen eid eller leid bolig. Satse på avlastning, foreldreveiledning og de nederste tjenestetrinnene. Vurdere å senke terskelen for å tildele avlastning for barn og familier.

	Vurdere å utvide avlastningstilbudet for hjemmeboende personer med funksjonsnedsettelser og deres familier. Samle og styrke tjenester til personer med funksjonsnedsettelser som bor hjemme. Sikre bedre oppfølging av pårørende.
Sikre rett tjenestenivå - bofellesskap	Utvikle kriterier for hvem som skal få tilbud om bolig i bofellesskap. Gå gjennom de som allerede har bolig i bofellesskap for å vurdere om et annet tjenestenivå er mer rett. Legge ned et bofellesskap. Utvikle tjenestestandarder for tjenester som leveres i bofellesskapene.
Se på organisering og ledelse av bofellesskap	Sikre rett og mest hensiktsmessig sammensetning av brukere. Kvalitetssikre ansatt-tetthet og lederspenn. Gjøre flere bofellesskap om til boenheter der tjenestene leveres til andre hjemmeboende. Organisere styring og ledelse i virksomheten slik at vi sikrer nærledelse, ledelse på tjenestenivå og overordnet ledelse som kan benytte ressurser på tvers av bofellesskap.
Forbedrings- og kvalitetsarbeid	Kvalitetsarbeid knyttet til *skal* og *må* - krav i veileder. Sikre felles kvalitetsmål på tjenestene gjennom å utvikle tjenestestandarder.
Nytt navn på enheten	Et navn som sikrer bedre forståelse av tjenestene og de bærende prinsippene.

Kompetanse	
Strategisk kompetanseplanlegging	Systematisk bruk av opplæringsplanen
Bruke kompetanse på tvers og se på oppgavefordeling mellom faggrupper	Bruke kompetanse på tvers av bofellesskap Oppgavefordeling mellom faggrupper bør også utforskes for å se om det kan gjøres grep for å sikre god bruk av kompetanse, beholde kompetanse og sikre videre rekruttering.
Lederkompetanse	Styrke og bygge videre på lederkompetanse i enheten
Heltidskultur	Følge kommunens satsning på heltidskultur
Kompetanseheving	Systematisk bruk av KS – læring.
Styrke saksbehandlingskapasitet.	Styrke saksbehandlingskapasiteten i virksomheten.
Samarbeid	
Koordinerende enhet	Samarbeide tett med, og fortsette å delta i, koordinerende enhet.
Samarbeidsrutiner	Sikre samarbeidsrutiner som sikrer det systematiske samarbeidet med tjenestemottaker, pårørende og verge.
Tverrfagligs samarbeid	Styrke og sikre tverrfaglig koordinering og samarbeid.
Velferdsteknologi	
Legge til rette for bruk av velferdsteknologi	Delta i interkommunalt prosjekt for å sikre kunnskap og mulighet til å legge til rette for bruk av velferdsteknologi.
Sikre implementering og bruk av velferdsteknologi	Delta i kompetanseheving knyttet til bruk av velferdsteknologi. Utforme rutiner som kvalitetssikrer juridiske avklaringer og bruk av velferdsteknologi.
Bruk av tvang og makt	
Sikre rutiner	Kvalitetsarbeid for å enda bedre sikre rutiner som rammer inn bruken av tvang og makt i tjenesten.

7. Referanser

Barne- og likestillingsdepartementet (2019). *Et samfunn for alle. Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 – 2030.*
Strategi. Utgitt av Barne- og likestillingsdepartementet
https://www.regjeringen.no/contentassets/bc8396c163f148dc8d4dc8707482e2be/et-samfunn-for-alle---regjeringens-strategi-for-likestilling-av-mennesker-med-funksjonsnedsettelse-for-perioden-2020203.pdf

FN (2006). Convention on the Rights of Persons With Diasbilities (CRPD).
Convention on the Rights of Persons with Disabilities – Articles | United Nations Enable

Helsedirektoratet (2021). *Nasjonal veileder. Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming*

Helsedirektoratet (2015). *Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming – helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.* Rundskriv 15 -10/2015. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettssikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemming

Helsetilsynet (2017). *Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. 4/2017. Statens helsetilsyn.
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4_2017.pdf

Husbanken (2023). *Veileder for utviklingshemmede og deres pårørende for å etablere borettslag/sameie eller kjøpe enkeltbolig*. Husbanken.
https://naku.no/kunnskapsbanken/veileder-til-kj%C3%B8p-av-eller-bygge-egen-bolig

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD). (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal Strategi for boligsosialt arbeid (2014 – 2020).* Strategi.
nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf (regjeringen.no)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD). (2021). *Alle trenger et trygt hjem. Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021 – 2024).* Strategi. https://www.regjeringen.no/contentassets/c2d6de6c12d5484495d4ddeb7d103ad5/oppdatert-versjon-alle-trenger-en-nytt-hjem.pdf

Kulturdepartementet (2019). *Et samfunn for alle – likestilling, demokrati og menneskerettigheter. Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 – 2030.* Kulturdepartementet Strategi for mennesker med funksjonsnedsettelse – Et samfunn for alle - regjeringen.no

Likestillings- og diskrimineringsombudet (2022). *Retten til et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet. Ombudets gjennomgang av saker om helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming.* Rapport. Likestillings- og diskrimineringsombudet.
Retten til et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet : ombudets gjennomgang av saker om helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming (ldo.no)

Regjeringen (2016). *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming.* NOU 2016: 17. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf

Tøssebro, J. & Wendelborg, C. (2021). *Utviklingshemmetes bosituasjon 2021*. Foreløpige analyser. NTNU, Samfunnsforskning
https://samforsk.no/uploads/files/Utviklingshemmetes_bosituasjon_web.pdf

Hå kommune (2021). *Kommunedelplan kvalitetsplan omsorg – planprogram*
https://www.ha.no/innsyn_drum/wfdocument.ashx?journalpostid=2021031337&dokid=756714&versjon=1&variant=A&

Hå kommune (2022). *Retningslinjer for heltidskultur i Hå kommune*
https://www.ha.no/innsyn_drum/wfdocument.ashx?journalpostid=2022023846&dokid=825946&versjon=8&variant=A&

Hå kommune (2019). *Budsjett og økonomiplan 2020-2023* https://www.ha.no/_f/p1/i5a22e037-aa67-4cb1-bc28-51990a042fc0/okonomiplan-2020-2023-vedtatt-kst-12-des-2019.pdf

De forente nasjoner. (2006). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Barne- og familiedepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792.) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=Forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie-

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63.) Lovdata https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven

Helse- og omsorgstjenesteloven – hol (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven

DELPLAN DEMENS

2023-2027

HÅ KOMMUNE

ME LØFTER I LAG

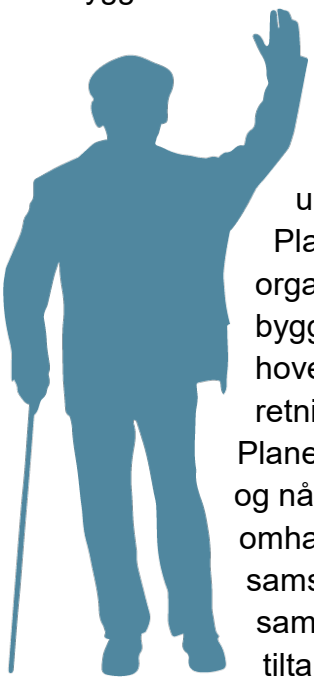
Innhold

1.INNLEDNING 3
1.1 Føringer 3
1.2. Utvalgte verktøy og metoder i demensomsorgen 6
2. UTFORDRINGSBILDE 7
2.1 Forekomst av demens i Hå kommune 7
2.2 Særskilt om demens 7
2.2.1 Hva er demens? 7
2.2.2. Særskilte grupper 8
3. DEMENSOMSORG 9
3.1 Diagnostisering og oppfølging etter diagnose 9
3.2. Aktivitet, mestring og avlastning 10
3.3. Kunnskap og kompetanse 11
3.4. Velferdsteknologi 12
3.5. Frivillighet 12
3.6. Heldøgns pleie og omsorg 12
4. DAGENS ORGANISERING AV TJENESTER TIL MENNESKER MED DEMENS I HÅ 13
4.1. Saksbehandling og tildeling av tjenester i Hå kommune 14
4.2. Evaluering av dagens organisering med tanke på fremtidens utfordringer 15
5.MEDVIRKNING 16
5.1. Utredningsspørsmål 1 16
5.2. Utredningsspørsmål 2 17
5.3. Tiltaksplan 18
6.SELVSTENDIGHET 19
6.1. Utredningsspørsmål 1 19
6.2. Utredningsspørsmål 2 19
6.3. Tiltaksplan 20
7.AKTIVITET 21
7.1. Utredningsspørsmål 1 21
7.2. Utredningsspørsmål 2 22
7.3. Tiltaksplan 22
8.KOMPETANSE 23
9. Referanseliste 24

Fremsidefoto: Laila Arnesen

1.INNLEDNING

Hå kommune sin kvalitetsplan demens skal angi retning for utvikling av demensomsorgen i kommunen. Det overordnede målet med planen er å utvikle kommunen som et demensvennlig samfunn der innbyggere som får demens opplever et verdig liv, der det gis sammenhengende og helhetlige tjenester gjennom hele sykdomsforløpet. Kunnskap og informasjon om demens er viktig for alle innbyggere i kommunen, da dette vil bidra til større forståelse og trygghet i møte med personer som har sykdommen og deres pårørende.



Det er viktig å levere en god og helhetlig demensomsorg der en kombinerer ny kunnskap og ny tilnærming i samspillet mellom ulike typer tjenester, pårørende og frivillig sektor.
Planen skal angi retning og foreslå tiltak der en både ser på organisering og faglig kvalitet og innhold i tjenestene. Planen skal bygge på kommunedelplanens fokusområder med tilhørende hovedmål og delmål, samt være i tråd med nasjonale føringer og retningslinjer.
Planen skal ha en helhetlig tilnærming både ut fra et brukerperspektiv og når det gjelder den kommunale organisering av tjenestene, samt omhandle alle trinn i omsorgstrappen. Den vil vektlegge mulighetene i samspillet mellom ulike typer tjenester og aktører der tverrfaglig samarbeid og forløpstenkning har et tydelig fokus, og det foreslås tiltak som forbedrer hele bredden i tjenestetilbudet, fra forebygging og diagnostisering til døgntjenester.

Personsentrert omsorg og et demensvennlig samfunn skal være en rød tråd gjennom hele planen.

1.1 Føringer

Planen er utarbeidet innenfor rammer gitt i lov, forskrift og veiledere. I tillegg ligger regionale og lokale føringer til grunn. Under går vi gjennom de viktigste føringene for tjenestene som er omfattet i denne delen av planen.

Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet.
Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre over 65 år, som legger til grunn at alle skal bo hjemme lengst mulig og klare seg selv. Dette betyr at vi må jobbe på en annen måte hvor fokus må være forebygging og tidlig innsats, ressursmobilisering og mestring for å gjøre flere brukergrupper mer selvstendige og ta mer ansvar.
Tjenesten må planmessig jobbe mer tverrfaglig og tverrsektorielt for å finne de beste løsningene. Samtidig gir teknologiske løsninger nye muligheter, og vil være et viktig bidrag i oppnåelse av mer selvstendighet.

«Leve hele livet» har fem innsatsområder:

- Et aldersvennlig Norge
- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng i tjenestene

Innsatsområdene er nært forbundet med hverandre, og det kan være overlapping mellom de ulike temaene. Tiltak på ett område vil kunne påvirke de andre områdene. For eksempel er det godt dokumentert at aktivitet, både fysisk og sosialt, øker matlyst og trivsel. Sosialt felleskap gir bedre fysisk og psykisk helse.

Overordnet skal reformen bidra til:

- Flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den.
- Pårørende som ikke blir utslitte, og som kan ha en jevn innsats for sine nærmeste
- Ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø, der de får brukt kompetansen sin og gjort en faglig god jobb

(Stortingsmelding 15, 2017-18)

Nasjonal demensplan 2025.
Det overordnede målet for demensplan 2025 er å bidra til et mer demensvennlig samfunn. Et demensvennlig samfunn bidrar til inkludering, likeverd og forståelse, og det krever en nedbygging av både fysiske og sosiale sperrer i samfunnet.
Med økende antall eldre, vil også antall demente øke. Det krever at vi planlegger bærekraftige løsninger for fremtiden. Demens er en vesentlig helseutfordring, og det er behov for økt oppmerksomhet på forebygging av demens.

Demensplan 2025 har følgende mål:

1. Personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.

2. Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfylte liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet ser er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.
3. Økt forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens.

Demensplan 2025 inneholder fire hovedinnsatsområder:

1. Medbestemmelse og deltakelse
2. Forebygging og folkehelse
3. Gode og sammenhengende tjenester
4. Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

(Regjeringen, demensplan - 2025)

Nasjonale retningslinjer om demens.
Retningslinjene er definert rundt tematikk som omhandler stor faglig uenighet eller der det eksisterer store forskjeller i praksis. Demens er et eksempel på dette og Helsedirektoratet har derfor utgitt nasjonale faglige retningslinjer. Dette krever omfattende utredning og involvering av eksterne bidragsytere (Helsedirektoratet, 2022).

> *«Målgruppen for retningslinjene er tjenesteytere innenfor kommens helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste som har ansvar for utredning/diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Andre aktuelle målgrupper er ledere, politikere og beslutningstagere som har ansvar for å dimensjonere og organisere demensomsorgen»* (Helsedirektoratet, 2017)

Retningslinjene inneholder 18 punkter som utgjør et rammeverk for tjenestene personer med demens skal motta. Disse beskriver hva demens er og diagnosen knyttet til dette samt lovverket som er gjeldende for å sikre rettslige krav til personer med demens. Lovverket beskriver pasientens rett og samtidig kommunens plikt til nødvendig helsehjelp og andre krav til helsetjenestene personer med demens mottar (Helsedirektoratet, 2017).

Videre beskriver retningslinjene anbefalinger om tverrfaglig team til personer med demens og deres pårørende. Dette teamet bør etableres for å bistå lege under en demensutredning og skal sikre oppfølging etter diagnose og blir et fast kontaktpunkt i kommunen videre i sykdomsforløpet. Kommuner skal også tilby koordinator til personer med demens som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2022).

Retningslinjene beskriver også viktigheten med utredning ved mistanke om demens og leges oppfølging etter diagnose og hvordan oppfølging av grupper med særlige behov for tilrettelegging bør skje. De beskriver videre hvordan miljørettede tiltak og aktiviteter bør tilbys i kommunale virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester.

Retningslinjene skal sikre kommunens oppfølging av ernæring og oral helse ved demens og sørge for at kommunen kan tilby velferdsteknologi og botilbud. Pårørende til personer med demens skal motta tilrettelagt informasjon og oppfølging ved behov (Helsedirektoratet, 2022).

Under punktet som omhandler lindrende behandling til personer med demens beskrives det hvordan virksomheter skal legge til rette for dette gjennom hele sykdomsforløpet. Det er beskrevet hvordan atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens bør vurderes for smerte og at behandlende lege skal beslutte om livsforlengende behandling av pasienter med demens skal avsluttes (Helsedirektoratet, 2022).

Lege skal sikre forsvarlig legemiddelbehandling for pasienter med demens og bør gjøre dette gjennom legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Retningslinjene beskriver hvordan legemidler mot symptomer ved demens bør brukes og hvordan legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer brukes. (Helsedirektoratet, 2022).

1.2. Utvalgte verktøy og metoder i demensomsorgen

I utredning av personer med demens forholder en seg til nasjonale føringer og aldring og helse sin mal om basal demensutredning. Kommunehelsetjenesten utreder etter henvisning fra lege, samtidig som en samarbeider videre. Lege gjør en somatisk utredning samtidig som den henviser til MR eller CT. Kommunen har utarbeidet en egen rutine knyttet til dette samarbeidet. En bruker også aldring og helse sine verktøyskjema i forhold til halvårig oppfølging som rapporteres videre til fastlege.

Oppfølging i etterkant kommer mer utfyllende i handlingsdelen.

2. UTFORDRINGSBILDE

2.1 Forekomst av demens i Hå kommune

Antall innbyggere med demens er økende, og dette er en av de største utfordringene de offentlige helse- og omsorgstjenestene står overfor. For Hå kommune viser framskrivninger at antall innbyggere med demenssykdom vil øke med ca. 128,57 % fram til 2040. (Aldring og Helse, demenskartet)

Alder	2020	2025	2030	2040	2050
30 – 64	7	8	8	8	8
65 – 69	6	7	7	8	10
70 – 74	41	47	50	60	63
75 – 79	46	64	74	88	103
80 – 84	60	76	106	136	168
85 – 89	66	81	106	180	228
90 -	54	62	79	160	246
Alle	280	345	430	640	826

2.2 Særskilt om demens

2.2.1 Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse for forskjellige sykdommer eller skader i hjernen. Sykdommene utvikler seg over tid og fører til økende endringer i hjernen. Hukommelsesproblemer, vansker med språket, orienteringsproblemer og vanskeligheter med daglige gjøremål er vanlig.

Demens er alvorlig sykdom som trenger systematisk oppfølging av fastlege og øvrig helsetjeneste, på lik linje med andre kroniske og dødelige sykdommer. I dag har over 100 000 mennesker i Norge demens, og trolig vil antallet dobles de neste tjue årene. Mange tror demens kun rammer eldre, men også yngre personer kan få demenssykdom. Over 400 000 er nær pårørende til en med demens. Av alle som lever med demens i dag, antar vi at minst 2 000 er under 65 år, men disse tallene for yngre er usikre anslag.

Demens skyldes sykdom i hjernen, og er ikke en naturlig side ved aldring. Evnen til logisk tenkning blir påvirket, og etter hvert blir det vanskelig å klare seg på egenhånd og utføre hverdagslige aktiviteter. Mange opplever endringer i humør og væremåte. De vanligste demenstypene er Alzheimer (60-70%), Vaskulær demens (15-20%), Demens med lewylegemer (15%), Frontallappdemens (5-10%) og Demens ved Parkinsons sykdom (1%).

2.2.2. Særskilte grupper

Yngre personer med demens
De som er under 65 år når de får diagnosen regnes som yngre med demens. Som hovedregel bør de utredes av spesialisthelsetjenesten. Det tar oftere lengre tid å få diagnosen, da sannsynligheten for at problemene skyldes demens er lavere enn hos eldre. Mange er fortsatt i arbeid når symptomene starter. Der det er mindreårige barn som pårørende kan det være behov for oppfølging fra andre tjenester, som skole og skolehelsetjeneste.
(Aldring og Helse, yngre med demens)

Nasjonalforeningen for Folkehelsen og Aldring og helse har et landsdekkende kurstilbud, «Møteplass for mestring», som er et kurs for personer som har fått demens før 65 års alder. De deltar på kurset sammen med en nær pårørende, fortrinnsvis ektefelle/partner.

Personer med minoritetsbakgrunn
Mange personer med minoritetsbakgrunn vil kunne utredes for demens hos fastlegen, men de vil i mange tilfeller bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Det gjelder spesielt der språk, utdanningsnivå eller behovet for kulturell tilrettelegging vanskeliggjør en forsvarlig utredning hos fastlegen. Personsentrert omsorg medfører at hver enkelt person og dennes identitet og individuelle behov ivaretas. Oppfølging av personer med minoritetsbakgrunn og demens, bør få tilpasset omsorg relatert til kultur og tradisjon. (Aldring og helse.no, minoritetsbakgrunn og demens)

Personer med funksjonsnedsettelse
Noen personer med utviklingshemming rammes oftere og tidligere av demenssykdom enn andre. Dette gjelder spesielt personer med Downs syndrom som av genetiske årsaker har økt risiko for å utvikle demens. Gode rutiner for å oppdage tidlige tegn på sykdommen er viktig for å legge til rette for best mulig livskvalitet.
(Aldring og Helse, utviklingshemning og aldring)

Kjente og trygge omgivelser er noen av behovene som er viktig å ivareta, et tilpasset boforhold kan bidra til at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig. Hukommelsesteamet kan bidra til veiledning av personalet ved endrede behov grunnet demens.

"Personer med utviklingshemming med mistanke om demens skal som hovedregel utredes i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis i Habiliteringstjenesten" (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Psykisk helse og demens
Forekomst av psykisk sykdom hos eldre er lite undersøkt i Norge, men ut fra det man vet antas forekomsten å ligge på 20-25 % i gruppen fra 67 år og oppover. Psykisk sykdom har innvirkning på en rekke forhold, deriblant en økt risiko for utvikling av demens.
Undersøkelser peker i retning av at moderat og alvorlig depresjon i livet, og ikke bare i alderdommen, kan være en risikofaktor for utvikling av Alzheimers sykdom. Risikoen øker med antall depresjonsperioder. Det er derfor viktig å kunne behandle depresjon så tidlig som mulig og gjennom hele voksenlivet og inn i alderdommen. For å forebygge utvikling av demens er det viktig at en jobber forebyggende med å bedre den psykiske helsen generelt gjennom gode folkehelsetiltak.

3. DEMENSOMSORG

3.1 Diagnostisering og oppfølging etter diagnose

En forutsetning for å kunne gi hensiktsmessig behandling og omsorg er at pasienten er tilstrekkelig utredet. En diagnose gir både pasienten, pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet for planlegging og iverksetting av nødvendige tiltak. Ved tidlig diagnose kan man nytte seg av medikamentell behandling som forsinker sjukdomsforløpet. For personer med demens vil en tidlig diagnostisering gi mulighet til å bestemme viktige disposisjoner mens vedkommende har samtykkekompetanse, for eksempel sette opp et fremtidsfullmakt eller testamente og selv delta i en diskusjon omkring forsvarlig bilkøyring. Tidlig diagnose gir også mulighet til å informere pårørende i en fase av sjukdomsutviklingen hvor det vil være store muligheter for økt forståelse og mestring av sykdommen og gjøre de tryggere i sin rolle

Legehelsetjenesten – kommunens fastleger har ansvar for utredning og diagnostisering av pasienter med mistanke om demens.

Demenskoordinatoren skal bidra til at personer med demens kan bo i eget hjem så lenge som mulig, samt sikre gode "brukerreiser".
Demenskoordinator er en nyopprettet stilling fra 2022 som skal arbeide med:

- Koordinering og utvikling av demensarbeidet i kommunen i tråd med gjeldende lovverk og overordnede nasjonale og kommunale føringer.

- Demensutredning i samarbeid med fastlege, annet involvert helsepersonell samt pårørende
- Koordinere tjenestetilbud til brukere med kjent hukommelsessvikt for å sikre en trygg og forutsigbar hjemmesituasjon.
- Gi støtte, råd og veiledning til brukere, pårørende og ansatte
- Delta i den interkommunale «Bruker- og pårørende skolen»
- Samarbeide med lag og organisasjoner for et demensvennlig samfunn
- Delta i nettverket for personer med demens i Rogaland

Dedikerte helsepersonell i hvert distrikt/avdeling skal bidra i formidling av kunnskap til øvrig team, samt bistå i utredningsarbeidet.

I Hå kommune vil det fram mot år 2050 være en økning fra 280 tilfeller i 2020 til 826 i 2050. Behovet for antall kartleggingsbesøk pr. person vil variere. (Aldring og Helse, demenskartet.no)

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal være helhetlige og koordinerte. Nasjonal faglig retningslinje om demens anbefaler at alle personer med demens og deres pårørende har en fast kontaktperson i kommunen. Systematisk oppfølging av personer som har fått en demensdiagnose og deres pårørende, er et sentralt tiltak i Demensplan 2025. Systematisk oppfølging bygger på prinsippene fra personsentrert omsorg. Den sikrer at personer med demens og deres pårørende opplever trygghet og støtte i hverdagen.

Brukerskole og pårørendeskoler er et viktig tilbud. Kursene foregår som to parallelle forløp. Brukerskoler skal gi informasjon og kunnskap om demens til personer som selv har demens. Pårørendeskole vil være en møteplass for utveksling av erfaringer og gjensidig støtte. Hå kommune samarbeider med Time, Klepp, Gjesdal om pårørende og brukerskole.

Støttekontakt er en tjeneste som kan settes inn for å hjelpe den enkelte til meningsfull fritid og sosialt samvær.

3.2. Aktivitet, mestring og avlastning

Nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at spesielt tilrettelagte aktivitetstilbud kan gi avlasting for familien og være kostnadseffektive. Tilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfull hverdag.

Regjeringa har i Rundskriv I - 5/2007 «Aktiv omsorg» presisert det kommunale ansvaret for slike tilbud i tråd med sosialtjenestelovens formål om å «bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bu sjølvstendig og til å ha en aktiv og meiningsfylt tilvære i fellesskap med andre.»

Aktivitetssenteret på Klokkarhagen er dimensjonert for 6 – 8 brukere pr dag, med en overnattingsplass. Tilbudet er for brukere med demens som ikke kan nytte kommunens andre dagaktivitetstilbud og som er:

- Under 65 år
- Eller i aldersgruppa 65 – 80 år med spesielle behov

En overnattingsplass gir en mulighet for å kunne gi avlasting til pårørende med stort omsorgsansvar. Det må alltid vurderes en balanse mellom mengde aktivitet, pauser, hvile og skjerming fra stimuli. Aktivitetene må ha sitt utspring i personens funksjonsnivå, mestringsevne og interesse. Det som fungerte for en tid tilbake siden, har beboeren kanskje ikke like stor nytte/glede av i dag. Aktiviteten har positiv effekt når det oppleves som meningsfull av personen med demens – når det ser ut som beboeren trives.

3.3. Kunnskap og kompetanse

I demensomsorg vil kompetanse innebære kunnskap-i-praksis. Denne praktiske kunnskapstradisjonen kjennetegnes med deltakelse og dialog i samhandling med andre mennesker. Det er en levende kunnskap som utvikles i samhandling, og ansette seg imellom.

Refleksjon i personalgruppen hvor ansatte deler erfaringer med hverandre om enkeltkasus og analyserer kritisk de erfaringer og observasjoner som gjøres er nødvendig for å få til en personsentrert demensomsorg i praksis. Systematikk i demensomsorgen innebærer å gå stegene i sykepleieprosessen med kartlegging, identifisering av problemstilling, gjennomføring av tiltak og evaluering av disse. Leder bør legge opp til kompetanseutvikling innen demens med fokus på følgende områder:

1. Tilegning av faktakunnskap
2. Tilegning av praktiske ferdigheter
3. Formelle fora/møter hvor det er anledning til å reflektere over samhandling med
   beboer
4. Vurdere opprettelse av ressursperson innen demens

Alderspsykiatrisk avdeling ved SUS

Det kan være behov for ekstern veiledning dersom en opplever å stå fast i miljøarbeidet. Avdelingen kan oppleve å ha «prøvd alt» og likevel ikke få det til. Det kan være behov for råd, veiledning, eller innleggelse hos spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid med andrelinjetjenesten om kompetanseheving

SESAM ble opprettet av Helse Vest i 2010 for å styrke samhandling, forskning og fagutvikling, nettverksbygging og undervisning innen fagfeltet geriatri.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Bidrar til fag- og tjenesteutvikling, fremmer samarbeid med alle kommunene og tilbyr deltakelse i ulike aktiviteter.

3.4. Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan bidra til at personer med demens og deres pårørende får en enklere og tryggere hverdag. Teknologi kan gi mulighet for mestring av egen livssituasjon med sykdom og redusert helse, slik at personer med demens kan være aktive i eget liv og bo lengre i egen bolig. Når helsetjenesten innfører velferdsteknologi, for eksempel teknologi for mestring, trygghet eller sosial kontakt, må det tas utgangspunkt i den enkeltes behov. Eksempler på dette kan være GPS, trygghetsalarm, medisindispenser, elektroniske kalendere og planleggingsverktøy. Velferdsteknologien må ofte suppleres med andre tjenester i kommunen.

3.5. Frivillighet

I følge plan for frivillig arbeid (2018-2022) i Hå kommune skal kommunen ta vare på og styrke samarbeidet med de frivillige organisasjonene og de som gjør frivillig arbeid. Kommunen ønsker å være med å gjøre det frivillige arbeidet i Hå mer synlig. Dette kan hjelpe de frivillige organisasjonene å rekruttere flere medlemmer, og å få flere til å bidra og delta aktivt i det frivillige arbeidet i kommunen. Hå Frivilligsentral er i dag et kontaktpunkt og bindeledd mellom de som ønsker å yte en ubetalt innsats i nærmiljøet, og de som ønsker å motta slik innsats. Frivilligsentralen er bemanna med ei stilling.

Om å løfte i lag: «*Vi ser, at vi nå og i tida framover, vil væra heilt avhengig av det frivillige arbeidet som skjer i kommunen. Gjennom å løfte i lag med dei frivillige lag og organisasjonane og ikke minst enkeltpersonar, kan vi få til så mye meir enn om vi står aleine».* (Plan for frivillig arbeid 2018-2022, Hå kommune)

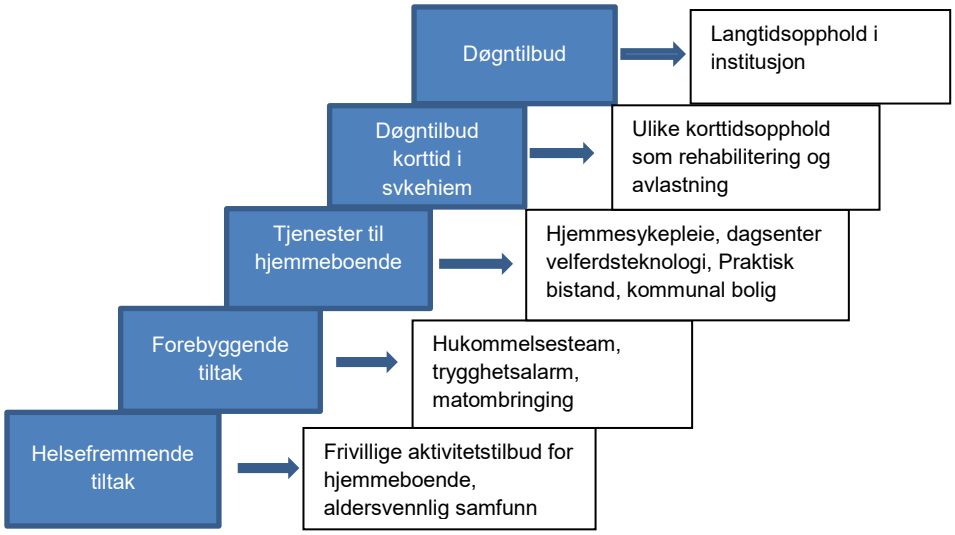
3.6. Heldøgns pleie og omsorg

Gode tjenester til mennesker med demens må være individuelt tilpasset den enkelte og fasen av sykdommen den enkelte befinner seg i. Behandling må bygge opp rundt pasientens egne ressurser og funksjonsevne, og tilrettelegge miljø og tjenester slik at det gir størst mulig grad av egen mestring. Demenssykdommen utvikler seg over tid, og vil ha ulike hjelpebehov i løpet av sykdomsforløpet. For å redusere bruk av tvang

og skape trygghet og samarbeid, er det av stor betydning å etablere tillitsfulle relasjoner.

Det er avgjørende med et godt samarbeid med pårørende, etablere gode rutiner, samt gjøre bruk av nettverket. Målet er et trygt miljø for alle beboere. Miljøbehandling bidrar til dette og tiltakene kan omfatte alt fra små fysiske forandringer til mer omfattende miljømessige forandringer. Miljøbehandling handler også om samhandling mellom omsorgsyter og omsorgsmottaker. En har erfaring med at for eksempel bruk av musikk kan redusere angst, depresjon og aggresjon.

4. DAGENS ORGANISERING AV TJENESTER TIL MENNESKER MED DEMENS I HÅ



Omsorgstrappen er utgangspunktet for hvordan vi pr i dag organiserer og tildeler tjenester til mennesker med demens i Hå kommune. Ofte er det i trinn 2 vi kommer inn i bildet for denne brukergruppen. Hukommelsesteam/demenskoordinator får en henvendelse fra fastlege eller pårørende om at det er behov for et kartleggingsbesøk, samtale med demenskoordinator eller demensutredning. Etter en slikt besøk kan en noen ganger ende ut i at det foreløpig kun er behov for støtte, informasjon, veiledning, tips og informasjon om bruker- og pårørendeskole. Demenskoordinator og demensteam følger personer med demens og deres pårørende så lenge personen bor i hjemmet/evt. kommunal bolig. Men det kan også resultere i at en må

inn med litt tjenester på et lavt nivå som for eksempel behov for trygghetsalarm, og/-eller matombringing. Det kan også resultere i at vi må et skritt videre på omsorgstrappen og inn med tjenester som f. eks dagsenter.

Noen personer med lettere grad av demens og som bor alene han ha nytte av og flytte til en kommunal bolig tilknyttet et bu og velferdstjenester der en er tettere knyttet til hjemmetjenesten og aktiviteter som tilbys på senteret. Skal dette være et vellykket omsorgsnivå for personer med demens bør det skje på et relativt tidlig stadium i sykdomsforløpet, dette fordi personene da har lettere for å tilpasse seg en flytting. I de fleste tilfeller er flytting på dette stadiet i omsorgstrappen ikke aktuelt både på grunn av at de fleste vil bo hjemme, og at en gjerne bor sammen med noen som ektefelle. Da er det mer vanlig at en starter med hjemmetjenester i kombinasjon med f.eks. avlastningstilbud for pårørende og velferdsteknologiske løsninger. For personer med demens kan det være behov for velferdsteknologisk løsninger som f.eks. elektronisk medisindispenser, døralarm, fallalarm, GPS-sporing. Avlastningstilbud for pårørende blir oftest gitt i form av dagopphold og/-eller avlastning som døgnopphold i institusjon hver 4. uke.

Hjemmetjenester som hjemmesykepleie og praktisk bistand blir vurdert sammen med bruker og pårørende, tjenestene blir revurdert fortløpende med tanke på innhold og omfang ettersom brukers funksjonsnivå og behov endres. På dette trinnet (også på andre trinn) samarbeides det pr i dag også med frivillige lag- og organisasjoner samt frivillige enkeltpersoner som bidrar på dagsentrene rundt i kommunen for å skape innhold og gode øyeblikk for den enkelte personen med demens.

Omsorgsbolig med heldøgns bemanning har vi ikke i Hå kommune, men noen ganger flytter aleneboende personer med demens inn i bufellesskap (Olsvoll eller Varhaug bu- og velferdssenter) uten døgnbemanning og kan klare seg på dette omsorgsnivået livet ut. De som bor sammen med noen pleier å bli boende hjemme til de eventuelt kommer inn på langtidsopphold i institusjon. Langtidsopphold i institusjon blir vurdert når en ikke lenger klarer og gi nok/-og/-eller tilpassende tjenester noe som gjør hjemmesituasjon svært krevende for den de bor sammen med, eller det ikke lenger vurderes som forsvarlig at brukeren bor hjemme.

4.1. Saksbehandling og tildeling av tjenester i Hå kommune

Søknader og andre henvendelser mottas og behandles i det distriktet en som innbygger tilhører. Vi har 3 distrikt som er: Heimetjenesten distrikt Sør som omfatter Vigrestad, Brusand, Ogna og Sirevåg, Heimetjenesten Varhaug og Heimetjenesten Nærbø. Søknader som behandles og tildeles i det enkelte distrikt er hjemmetjenester som: dagsenteropphold, hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringing, og ulike velferdsteknologiske løsninger. I vurderingen av søknadene

tas det utgangspunkt i kriterier for de ulike tjenestene, aktuelt lovverk og kartleggingsbesøk hos søker.

Søknader om ulike institusjonsopphold, kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål, og dagsenteropphold for personer med demens på Klokkarhagen sykehjem blir behandlet og tildelt i fagteam. Det enkelte distrikt kartlegger søknader mens fagteam for pleie – og omsorg er de som tildeler tjenestene. I fagteam sitter ledere for heimetjenestene i de ulike distriktene, virksomhetsleder for institusjon, virksomhetsleder for hjemmetjenesten, ledere for de ulike avdelingene på Hå sykehjem og Klokkarhagen sjukeheim. Hvis en vurderes til å fylle kriteriene for langtidsopphold i institusjon vil en ofte havne på en venteliste. Der vurderes det fortløpende om det er forsvarlig at søker kan være hjemme i påvente av ledig plass. Blir det vurdert som krisebehov har vi øyeblikkelig hjelp tilbud ved korttidsavdelingen ved Hå sykehjem.

4.2. Evaluering av dagens organisering med tanke på fremtidens utfordringer

Det er tidligere i planen pekt på at andelen eldre og personer med demens vil øke i årene som kommer, noe som vil gi oss økte utfordringer i fremtiden med mindre ressurser i form av forventet dårligere økonomi og rekrutteringsutfordringer. Det vil mest sannsynlig føre til at vi har flere brukere som skal dele på de ressursene vi har til rådighet. Det betyr at vi må jobbe annerledes enn vi gjør i dag. Dekningsgraden på sykehjem vil synke i årene fremover og da blir det enda viktigere at både eldre og personer med demens skal bli boende hjemme lenger enn de gjør i dag.

Klarer vi å få en bedre utnyttelse av de første trinnene i omsorgstrappen gjennom demensforløpet kan vi mest sannsynlig klare og ha personer med demens boende hjemme lenger. Vi jobber i dag for lite med spesielt de to nederste trinnene i omsorgstrappen. Eldre planlegger for lite for egen alderdom, og vi må inn og veilede tidlig i et sykdomforløp for at en skal kunne iverksette tiltak som gjør at en holder seg lenger unna de øvre trinnene i trappen. Velferdsteknologi må både videreutvikles og inn på et tidligere trinn enn i dag. Vi må samskape bedre og mer med nærmiljøet, brukers nettverk og andre for å få mer frivillighet inn i tjenestene våre som både kan gi gode øyeblikk men også avlastning for pårørende.

Det bør også vurderes i planperioden om Hå kommune burde hatt omsorgsboliger + eller lignende boform for personer med demens med tanke på fremtidens forventet økning av personer med demens med behov for døgnomsorg.

5.MEDVIRKNING

Antallet personer med demens vil øke framover. Samtidig er det ulike stadier i sykdommen, og stadig flere vil bo hjemme lenger. Personer med demens kan ofte i et tidlig stadium selv uttrykke hvordan de ønsker utformingen av sine tjenester og delta i planlegging av egen framtid.

Samfunnet må imidlertid tilrettelegge for at personer med demens skal få mulighet til å medvirke. Et samfunn som møter hver enkelt med åpenhet, respekt, forståelse og inkludering er essensielt. Mange som får demens gir uttrykk for at de opplever å bli umyndiggjort, ved at andre tar avgjørelser over hodet på dem. Frykten for å falle utenfor gjør at en del ikke tør å være åpne om sykdommen. Mangel på kunnskap fører til at mange i samfunnet tror at en demensdiagnose gjør at en mister sin vurderings- og beslutningsevne med en gang. (Regjeringen, demensplan 2025)

Fremtidsfullmakt er regulert i vergemålsloven. Fullmakten beskriver hvem du ønsker skal ivareta dine interesser og hvordan dette skal skje, hvis du ikke lenger er i stand til dette selv grunnet sykdom eller skade. En demenssykdom vil etter hvert påvirke evnen til å planlegge og ta egne beslutninger. Det kan derfor være viktig å skrive en fremtidsfullmakt tidligst mulig, for å sikre at en får påvirket sitt eget liv så langt som mulig i sykdomsforløpet. Viktigheten av dette ble også uttrykt i innspill fra innbyggerne.

I årene som kommer vil det komme flere med demenssykdom som har et annet morsmål enn norsk. Det kan føre til store utfordringer for utredning, oppfølging, behandling og medvirkning hvis evnen til å kommunisere på norsk påvirkes av demenssykdom.

I planperioden vil det ses på muligheter for økt medvirkning fra personer med demens og deres pårørende.

5.1. Utredningsspørsmål 1

I planprogrammet er et av de konkrete utredningsspørsmålene knyttet til medvirkning som følger:

> *«Kan kommunen legge til grunn at personer med demens ønsker å bo hjemme lengst mulig, og dermed innføre velferdsteknologiske løsninger som innebærer sporing og overvåking? Skal vi oppfordre den enkelte innbygger til å lage en fremtidsfullmakt i god tid som sikrer samtykke?»*

Rapport fra SINTEF (2013) viser at lokaliseringsteknologi gir økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet for personer med demens og deres pårørende. Det

påpekes at det må gjøres individuelle vurderinger i hvert enkelt tilfelle, og at klar ansvarsfordeling må være på plass på forhånd. Flere pårørende hadde i undersøkelsen uttrykt at bruk av GPS hadde gjort det lettere å håndtere hverdagen, og at bruker kunne bo lenger hjemme. Brukerne selv ga uttrykk for trygghet, da de kunne tilkalle hjelp hvis de følte seg utrygge.

Det vil arbeides videre med bruk av velferdsteknologi og formidling av informasjon om fremtidsfullmakt i planperioden.

5.2. Utredningsspørsmål 2

I planprogrammet er det andre av de konkrete utredningsspørsmålene knyttet til medvirkning som følger:

> *«Hva kan gjøres for å få personer med demens til å søke bistand og råd fra kommunen på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen? Det viser seg at ved tidlig innsats kan personer med demens klare seg selv og bo hjemme lenger.»*

Kunnskap er viktig for at folk skal skjønne at utfordringene de selv eller pårørende sliter med, kan være symptomer på demenssykdom. Forskjellige former for opplysning er derfor viktig, og her kan kommunen bidra.

Det er knyttet en del stigma rundt det å ha en demensdiagnose. Fordommer gjør at det er en ekstra belastning for den enkelte, og flere gir uttrykk for redsel for å miste kontrollen over eget liv. Det kan føre til at en del kvier seg med å innrømme egne problemer og søke bistand. Det påpekes i flere innspill viktigheten av å «normalisere» demens, og at det bør legges vekt på et mer demensvennlig samfunn. Hvis en fjerner det tabubelagte, kan det føre til at flere søker bistand fra kommunen på et tidligere stadium. Det kan også være viktig å spre kunnskap om hvilken nytte den enkelte kan ha av å få en diagnose og tilrettelagt hjelp.

Evnen til å ta initiativ påvirkes også ved en demenssykdom. Det kan også gjøre at en del ikke klarer å oppsøke hjelp selv. Mange får derfor ikke hjelp før de har kommet så langt i sykdomsutviklingen at de trenger helse- og omsorgstjenester.

5.3. Tiltaksplan

Tiltak	Hvordan organisere	Tidsperspektiv
Fremtidsfullmakt	Tidlig informasjon om hvordan opprette fremtidsfullmakt	I løpet av planperioden
Samtalegrupper for pårørende	Tilbud til pårørende	Innført høsten 2022
Pårørendeskole	Interkommunalt kompetansehevende tilbud til pårørende til personer med demens	Hver høst fra 2018 sammen med Klepp, Time, Gjesdal og Jæren demensforening.
Oppfølging av pårørende	Demenskoordinator og primærkontakt.	Innført
Informasjon	Lett tilgjengelig informasjon om demens, tilbud i kommunen og interkommunale tilbud til helsepersonell, personer med demens og deres pårørende	Pågår
Avlastning	Avlastning i hjemmet Støttekontakt Dagtilbud Tilbud på kveld og helg Avlastningsopphold i institusjon	 Utredes i planperioden Tilbudet finnes allerede
Utredning av pasienter	Samarbeid mellom fastlege og Hukommelsesteam	Innført
Oppfølging av personer med demens	Demenskontakter og demenskoordinator i samarbeid med andre ansatte	Innført
Prosjekt -Det gode demensforløp	Samarbeid med USTH (Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester)	Pågår
Tjenesteforløp	Tjenester i f.t behov	Pågår
Bruker og pårørende råd	Innbyggere - råd	Utredes i planperioden

6.SELVSTENDIGHET

Selvstendighet innebærer å kunne utføre det vi trenger og ønsker å gjøre, deriblant å klare seg i eget hjem så lenge som mulig. Opplevelse av trygghet både for en selv og pårørende er viktig. Behovet for selvstendighet kan innebære at brukeren må ta i bruk velferdsteknologiske hjelpemidler for å klare aktiviteter i dagliglivet lengst mulig.

6.1. Utredningsspørsmål 1

I planprogrammet er det et utredningsspørsmålet knyttet til selvstendighet som følger:

«Bør kommunen tilby et differensiert botilbud mellom egen bolig og institusjon som gir tryggere rammer enn det å bo i egen bolig gir?»

Det kommer fram i innspillene at flere innbyggere mener at det er behov for et mer differensiert botilbud for personer med demens i kommunen. Bokollektiv og demenslandsby er noe som spesielt trekkes fram. Bokollektiv er gjerne omsorgsboliger med felles areal og heldøgns bemanning. De er ofte delt inn i mindre enheter, hvor hver enkelt har sin egen private boenhet. Men det er stor grad av fellesskap, med felles måltider og tilrettelagte aktiviteter.

I en demenslandsby er tanken at demensrammede, innenfor et trygt avgrenset område, kan fortsette å leve sine liv slik de er vant til fra før. Bygningsmessig bygges det flere mindre boenheter. Det er tilgang til f.eks. torg, butikk, spisested, uteområder med tydelige identiteter og helårs vandreruter, areal for aktivitet og sosiale og kulturelle møteplasser innenfor området.

6.2. Utredningsspørsmål 2

I planprogrammet er det et utredningsspørsmål knyttet til selvstendighet som følger:

«Er det andre tilbud enn det vi har i dag som kan forlenge botiden i eget hjem?»

Forskning viser at sammensatte og individuelt tilrettelagte tiltak reduserer innleggelser på sykehjem for hjemmeboende med demens (Folkehelseinstituttet, 2020).

For at en person med demens skal bo i eget hjem lengst mulig, er en avhengig av at det er et godt opplegg både rundt personen og eventuelle pårørende. Dette må være individuelt tilpasset for å passe den enkeltes situasjon. Som det påpekes i et av innspillene har det stor betydning for hva slags støttetiltak som settes inn, om personen med demens bor alene eller ikke. Det er også viktig hva slags hjelp en evt.

ektefelle får til å takle sin hverdag. Pårørende påpeker at de må sikres nok avlastning, veiledning og støtte for å kunne holde ut den store omsorgsbelastningen.

Kommunens botilbud til personer med demens og støttetiltak til pårørende vil bli vurdert i løpet av planperioden.

6.3. Tiltaksplan

Tiltak	Hvordan organisere	Tidsperspektiv
Demensvennlig samfunn	Undervisning til lokale bedrifter, lag, organisasjoner og innbyggere om hvordan ivareta personer med demens i lokalmiljøet.	Jevnlig undervisning etter avtale med lokale bedrifter.
Brukerskole	Tilbud for personer med demens i tidlig fase	Etter behov i planperioden
Velferdsteknologi	Tilpasset individuell vurdering. Flere løsninger finnes allerede – følge med på utvikling.	Pågår
Bo tilbud	Bolig med livsløpsstandard Omsorgs + boliger	Vurderes i planperioden
Fremtidsfullmakt	Tidlig informasjon om hvordan opprette fremtidsfullmakt.	Jobbes med i planperioden
Tidlig innsats	Komme tidlig i kontakt med pasienter og pårørende for å kunne sette inn tiltak på et tidlig stadiet.	Pågående
Universell utforming	Tilrettelegging i lokalmiljøet	Vurderes i planperioden
Omsorgslønn	Kommunalt	Pågående

7.AKTIVITET

Kommunene er pålagt å ha et dagaktivitetstilbud tilpasset mennesker med demens. Ved å delta på forskjellige aktiviteter kan de bli stimulert og utfordret både i hode og kropp. Å holde seg i aktivitet kjennes godt i seg selv, og kan virke positivt på demens. I tillegg vil kontakt med andre redusere sjansen for å utvikle angst og depresjon. Gode aktivitetstilbud vektlegger brukernes interesser, ønsker og ressurser. De inviterer personer med demens og deres pårørende til medvirkning, og tilrettelegger sånn at de med demens får brukt sine ressurser og opprettholdt sine funksjoner i dagliglivet lengst mulig. I tillegg vil et aktivitetstilbud gi pårørende nødvendig avlastning og støtte. (Aldring og helse.no, for en bedre aldring)

7.1. Utredningsspørsmål 1

Et av utredningsspørsmålene knyttet til aktivitet i planprogrammet er som følger:

«Bør kommunen planlegge for mer kapasitet til dagsenter for personer med demens for å sikre et aktivitetstilbud til denne gruppen?»

Det er anslått at antallet personer med demens vil øke i årene framover, etter hvert som andelen eldre øker. Det vil være naturlig å anta at det også vil øke behovet for dagsenterplasser. Dagsenterplass er et tilbud både for den som er rammet av demens og de pårørende.

I en tidlig fase mestrer de fleste hverdagen, og mange ønsker å bruke sine ressurser. I en senere fase kan de oppleve at dagene blir mer krevende og mindre innholdsrike, og mangel på initiativ gjør at de trenger hjelp til å fylle dagene og holde seg aktive. Mye av ansvaret faller på de pårørende, og de trenger støtte og avlastning. Etter hvert vil personer med demens trenge mer struktur og støtte til å klare hverdagen og opprettholde sin funksjonsevne. Det trengs da et variert tilbud som ivaretar sosiale og fysiske behov, og disse må være tilpasset den enkeltes behov.
(Regjeringen.no, Demensplan – 2025).

Innspill fra folkemøtet og gjestebudene tyder på at det er behov for et mer variert tilbud til personer med demens. Dagsenter med differensiert åpningstid trekkes fram.

7.2. Utredningsspørsmål 2

Et annet av utredningsspørsmålene i planprogrammet knyttet til aktivitet er som følger:

«Hvilke aktiviteter bør organiseres for denne gruppen?»

Personer med demens er ikke en ensartet gruppe, de er like forskjellige som befolkningen ellers. Det avhenger bl.a. av interesser, personlighet, alder og funksjonsnivå. Det vil derfor behov for forskjellige aktivitetstilbud som er individuelt tilpasset for at alle skal ha en meningsfylt hverdag.

7.3. Tiltaksplan

Tiltak	Hvordan organisere	Tidsperspektiv
Dagtilbud	Kommunalt dagtilbud for mennesker med demens	Finnes, endret åpningstid vurderes i løpet av planperioden
Måltid	Fokus på ernæring og måltidsituasjon i hele tjenesteforløpet. Kommunal middagslevering.	Pågår
Frivillighet	Økt bruk av frivillige	Pågår
Trening	1.Organisere aktivitetsvenn 2.Lokale lag/org.	Samarbeid med Frivillig
Demenskor	Kommunalt	Under etablering
Hverdagsmestring	Kommunalt/frivillige	Vurderes i planperioden
Lavterskel tilbud ved frivillighetssentralen	Frivillige	
Deltakende hjemmehjelp	Hjemmetjenesten	Vurderes i planperioden
Forsterket skjermet enhet	Kommunalt tilbud	Vurderes i planperioden

8.KOMPETANSE

Det slås fast i den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens, skal sørge for at ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevet, slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. (Helsedirektoratet, 2017)

Tiltak	Hvordan organisere	Tidsperspektiv
Interne kurs eks: -Kommunikasjon -Tvang -Samtykke -Terapeutisk mestring av vold -Fagnettverk	Lederne kartlegge behov hos den enkelte avdeling.	Pågående
Eksterne kurs -Basal demensutredning -Fagnettverk yngre personer med demens -Fagnettverk for demenskoordinatorer	Leder vurdere hvem som ønsker kompetanseheving innenfor de ulike eksterne kurs som er aktuelle.	Pågående
E-læring kurs: -KS Læring -Aldring og helse -Nasjonalforening	Lederne må vite om hvilke e-lærings kurs som ansatte bør ta og sikre at ansatte registrerer seg på KS læring.	Jobbes med i planperioden
Demensomsorgens ABC	Leder motivere ansatte til å delta ved nye grupper.	Vurderes i planperioden

9. Referanseliste

Aldring og helse Nasjonalt senter. Demenskartet.
https://demenskartet.no/#1119

Aldring og helse Nasjonalt senter. For en bedre aldring.
https://www.aldringoghelse.no

Aldring og Helse Nasjonalt senter (2021). Veiviser demens.
https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/yngre-med-demens/#:~:text=Utredning

Aldring og helse Nasjonalt senter. Minoritetsbakgrunn og demens.
https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/minoritetsbakgrunn-og-demens/#:~:text=Hva%20Sier%20Retningslinjen?

Aldring og helse Nasjonalt senter. Yngre med demens.
https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/yngre-med-demens/#:~:text=Utredning

Aldring og helse Nasjonalt senter. Utviklingshemning og aldring.
https://www.aldringoghelse.no/aldring/utviklingshemning/

Folkehelseinstituttet (2020).Tilrettelagte tiltak for at eldre med demens skal kunne bo lengre hjemme
https:///www.fhi.no/publ/2020/tilrettelagte-tiltak-for-at-eldre-med-demens-skal-kunne-bo-lengre-hjemme/

Helsedirektoratet (2017/2022). *Nasjonal faglig retningslinje for demens* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, lest 11. november 2022). https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens

Plan for frivillig arbeid 2018-2022, Hå kommune.
https://www.ha.no/planar/temaplanar/helse-og-sosial/plan-for-frivillig-arbeid/

Regjeringen.no (2020). Demensplan 2025.
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/

SINTEF (2013). A23878.
https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport_enkle-sider_lav-opplosning.pdf

Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

Rundskriv I-5/2007: Regjeringen.no
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2007---aktiv-omsorg--sentral/id471845/