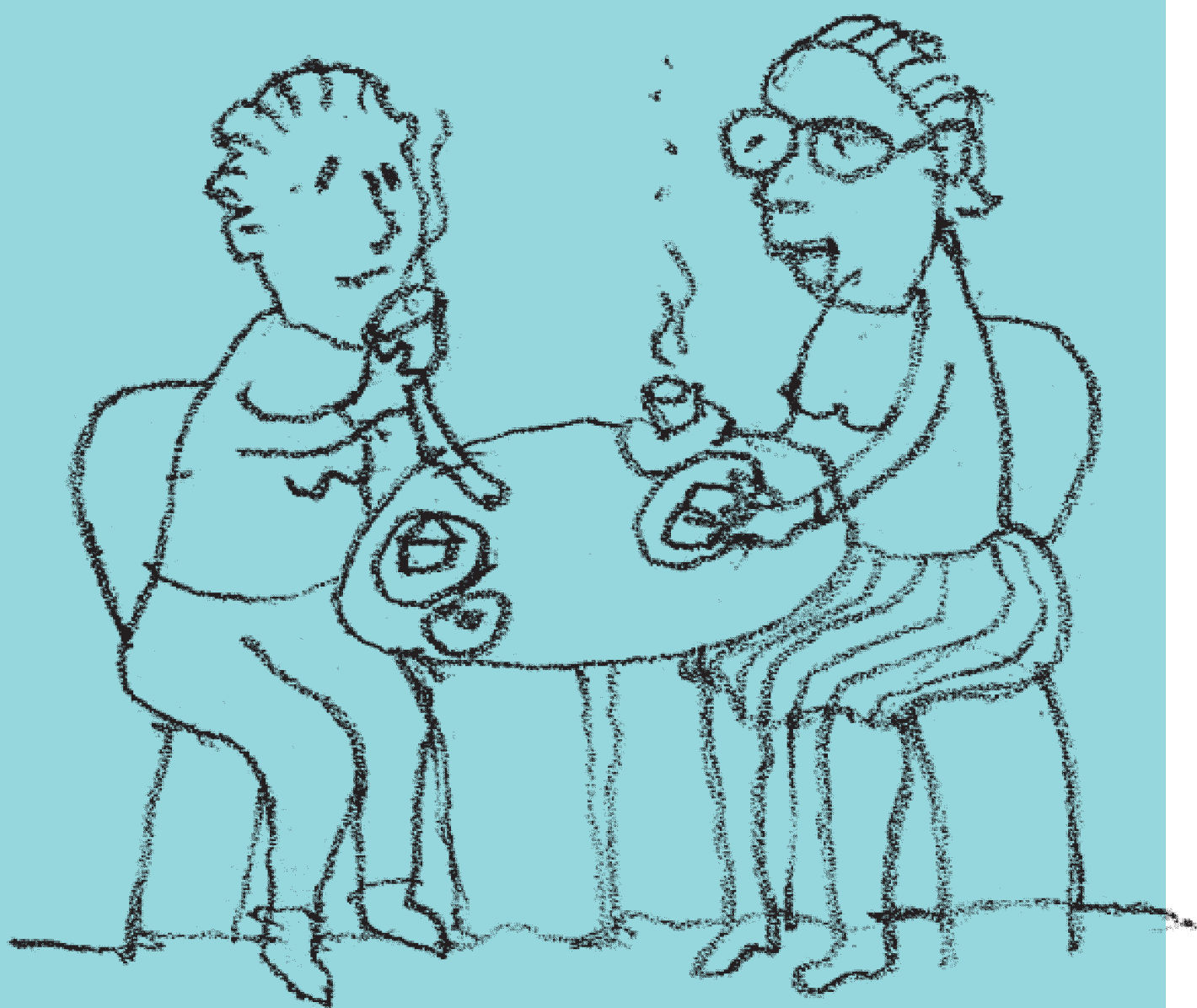


"Plan for helse- og omsorgstjenestene, *Aktiv omsorg 2030*"





Innholdet i planen

DEL A - MÅL OG TILTAK

Innledning - Om *Aktiv omsorg 2030*

side 4

1) Demens

side 8

- Bo lengst mulig hjemme
- Personsentrert omsorg
- Fysisk aktivitet

2) Utviklingshemming

side 12

- Etablere seg i eget hjem
- Deltakelse i arbeidslivet og meningsfull hverdag
- Et godt og koordinert tjenestetilbud
- Styrket kompetanse

3) Psykisk helse

side 16

- Oppfølgings- og behandlingstilbudet
- Gode boforhold
- Arbeids- og aktivitetstiltak

4) Tidlig innsats

side 18

- Styrke barns fysiske og psykiske helse
- Forebygge livsstilssykdommer
- Leve hele livet

5) Pårørende og frivillige

side 22

- Ivareta og styrke pårørendes rolle
- Samarbeid med frivillige

DEL B - TILTAK OG ØKONOMI

6) Institusjonsplasser

side 28

7) Omsorgstrappen

side 30

8) Hjemmebaserte tjenester

side 32

9) Boliger for personer med utviklingshemming

side 33

Vedlegg | Tabeller | Kvalitetsforskriften

Grunnlagsdokumenter

Om *Aktiv omsorg 2030*

Aktiv omsorg 2030 er en temaplan som er utarbeidet med bakgrunn i sentrale føringer og faglige utredninger. Den tidligere planen, *Aktiv omsorg 2020*, ble siste gang revidert i 2011. Utviklingen innenfor helse- og omsorgstjenestene har de siste årene vært omfattende, ikke minst ved at Samhandlingsreformen ble innført i 2012.

Gjennom samhandlingsreformen har det skjedd en oppgave- og ansvarsforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, som innebærer både økt og mer spesialisert kompetanse. På bakgrunn av dette vil kommunale helse- og omsorgstjenester stå overfor store personell- og kompetansemessige utfordringer i årene som kommer.

Aldersfremskriving av Randabergs befolkning viser flere eldre, og dermed også flere som får demenslidelse og sammensatte lidelser.

Tjenesteytingen er i endring

Velferdsteknologi vil erstatte og komplementere deler av helse- og omsorgstjenestene. Pårørende og frivillige er en uvurderlig ressurs og samarbeidet med pårørende og frivillige må settes i system slik at ressursene utnyttes optimalt. Morgendagens brukere vil i større grad kreve medvirkning og individuelt tilrettelagte tjenester.

For tjenesteytere innebærer dette nye arbeidsmetoder og høy kompetanse om brukerens rettigheter, stilt opp mot kommunens plikter.

***Aktiv omsorg 2030* inneholder fem satsingsområder:**

1. Demens
2. Utviklingshemming
3. Psykisk helse
4. Tidlig innsats
5. Pårørende og frivillige

Aktiv omsorg 2030 er utarbeidet gjennom dialogmøte (15.03.17), og med fortløpende politisk godkjenning av planens innhold (HOL 26.04.17 og HOL 30.08.17). Planen legges frem for endelig godkjenning i HOL 29.11.17 og KST 14.12.17.

Aktiv omsorg 2030 skal revideres årlig i tilknytning til budsjett og økonomiplan.

"Morgendagens brukere vil i større grad kreve medvirkning og individuelt tilrettelagte tjenester."





Mål og
tiltak

1. Demens

Hjemmeboende personer med demens krever nytenking når det gjelder tjenesteyting. Denne brukergruppen vil bo hjemme i flere år under og etter diagnostisering. Personer med demens både kan, vil og skal være medvirkende og engasjerte i utformingen av tjenestetilbudet.

All tjenesteyting skal tilpasses individuelt og ut fra brukerens mål og perspektiv. Tjenestene skal være preget av personsentrert omsorg. Dette er en omsorgsideologi som bygger på et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon.

Fysisk aktivitet, gjennom aktiv deltakelse i daglige gjøremål, er viktig for å opprettholde mestring, ferdigheter og funksjonsnivå. Styrke- og balansetrening vil gjøre det lettere å utføre dagligdagse aktiviteter som forflytning og påkledning.

Personer med demens vil ha behov for individuelt tilrettelagt dagaktivitetstilbud, eventuelt også aktivitetstilbud på ettermiddag og kveld.

Pårørende har behov for avlastning og kompetanse

Samarbeid med pårørende er viktig, og særlig viktig overfor pårørende til personer med demens. Pårørende er derfor et eget satsingsområde i *Aktiv omsorg 2030*.

Kurs- og opplæringstiltak for pårørende har god effekt, likedan kurs for personer som har fått en demensdiagnose.

Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og selvstendighet, og dermed gjøre det mulig å bo lengre hjemme.





MÅL:

- **Personer med demens skal bo lengst mulig hjemme.**

TILTAK:

- Tidlig innsats.
- Avlastningsordninger for pårørende.
- Opplæring av pårørende (*Pårørendeskolen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen*) og opplæring for personer som har fått demensdiagnose (*Demensskolen, i regi av spesialisthelsetjenesten*).
- Tilstrekkelig omfang av hjemmetjenester og aktivitetstilbud, tilrettelagt og utformet i nært samarbeid med brukeren.

MÅL:

- **Helse- og omsorgstjenester til personer med demens skal være kjennetegnet av personsentrert omsorg.**

TILTAK:

- Kompetanseheving overfor alle som arbeider med personer med demens.
- Individuelt tilpassede tjenester.
- Styrke demenskoordinatorfunksjonen.

MÅL:

- **Fysisk aktivitet og kognitivt stimulerende tiltak skal være et tilbud til alle brukere som har en demenslidelse.**

TILTAK:

- Individuelt tilrettelagt treningsprogram med fokus på styrkeøvelser.
- Tverrfaglig samarbeid om gjennomføring av individuelt tilrettelagt treningsprogram ledet av fysioterapeuter.
- Aktivitetsvenner eller andre frivillige kan eventuelt ta ansvar for å gjennomføre treningsprogrammet overfor enkelte brukere.



2. Utviklingshemming

Personer med utviklingshemming har gjennom historien blitt utsatt for omfattende diskriminering og overgrep. Så sent som i 2006 ble FN-konvensjonen, om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, vedtatt. Konvensjonen innebærer et endelig brudd med tidligere ideer om at mennesker kan deles inn i grupper og behandles og rangeres ut fra dette.

Personer med utviklingshemming har ofte opplevd lang ventetid for å få bolig og liten mulighet til å velge hvor de vil bo og hvem de vil bo sammen med. De har heller ikke reelt sett hatt samme mulighet som andre til å velge om de vil eie eller leie boligen.

Personer med utviklingshemming skal ha mulighet for å få tilrettelagte arbeidsoppgaver innenfor ulike deler av arbeidslivet. Det er behov for flere tilrettelagte arbeidsplasser. Kun en fjerdedel av personer med utviklingshemming i yrkesaktiv alder er i arbeid, de fleste av disse innenfor arbeidsmarkedstiltak. De fleste som ikke er i arbeid, deltar i kommunalt dagtilbud. Målet er at alle skal ha tilbud om tilrettelagt arbeid eller dagaktivitetstilbud. Helsetjenesten må ha tett samarbeid med NAV om tilrettelagte arbeidsplasser.

Personer med utviklingshemming er oftest avhengige av tjenester i et livslangt perspektiv. God koordinering og samhandling mellom tjenestene er avgjørende for opplevelsen av kvalitet i tjenesteytingen. Overganger er særlig sårbart, enten det gjelder de daglige overganger mellom hjem, barnehage/skole, avlastnings- og fritidstilbud, mellom bolig og arbeid, eller de store overganger mellom barnehage, skole, videregående skole og etablering i eget hjem.

Det er behov for å heve kompetansenivået hos de som arbeider med personer med utviklingshemming. Noen ansatte vil ha behov for grunnleggende opplæring, mens andre vil ha behov for videre- og etterutdanning.





MÅL:

- **Personer med utviklingshemming skal ha samme mulighet som andre til å etablere seg i eget hjem.**

TILTAK:

- Bofellesskap, frittstående eller integrert i leilighetsbygg.
- «Satellitt-leilighet» i nærhet til bofellesskap, og dermed god tilgang på ressurser og tjenester fra bofellesskapet.
- Egen bolig med timebaserte tjenester, eller tjenester organisert som BPA (brukerstyrt personlig assistanse).
- Eventuelt andre boformer.

MÅL:

- **Personer med utviklingshemming skal ha samme mulighet som andre til deltakelse i arbeidslivet og en meningsfull hverdag.**

TILTAK:

- Innenfor det ordinære arbeidslivet, privat og kommunalt.
- Tilrettelagte arbeidsplasser, f.eks. VTA-plasser på Ranso.
- Dagaktivitetsplasser eller dagsenter. Behov for et mer differensiert dagtilbud.

"Det er behov for flere tilrettelagte arbeidsplasser. Kun en fjerdedel av personer med utviklingshemming i yrkesaktiv alder er i arbeid."

MÅL:

- **Personer med utviklingshemming og deres foresatte skal oppleve et godt og koordinert tjenestetilbud.**

TILTAK:

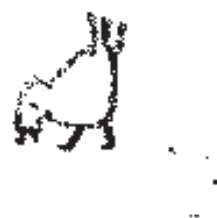
- Koordinerte og individuelt tilpassede tjenester. Tjenestene skal utformes i tett samarbeid med brukeren selv og deres pårørende.
- Gode overganger i et livsløp, så vel som i det daglige.
- Tverrfaglige tjenester.
- God og tidlig informasjon om kommunens planer for utbygging av tilrettelagte boformer.
- Delta i planlegging og utforming av bolig og tjenestetilbud.

MÅL:

- **Ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming, skal få styrket sin kompetanse.**

TILTAK:

- Grunnleggende kompetanse for ufaglærte.
- Kompetanseheving og videreutdanning for fagarbeidere og høyskoleutdannede.



3. Psykisk helse

I kommuneplanen fra 2018 er ett av satsingsområdene å "fremme trivsel og god psykisk helse". Kommuneplanen er overordnet satsingsområder, mål og tiltak i *Aktiv omsorg 2030*.

Innenfor helse- og omsorgstjenestene er helsestasjonen/skolehelsetjenesten sentral når det gjelder forebygging av psykiske vansker. Hjemmetjenesten og institusjonene er óg - i varierende omfang og varighet - i kontakt med og gir tjenester til personer som har psykiske vansker.

Personer som sliter med lettere psykiske vansker som angst og depresjon, har etter siste revidering av prioriteringsveilederen for spesialisthelsetjenesten, fått lavere prioritet. Tiltak og tilbud for denne gruppen blir dermed kommunens ansvar. Kommunens arbeid innenfor psykisk helse er styrket ved opprettelse av psykologstillinger. Fra 2020 vil det bli pålagt å ha kommunale psykologstillinger.

Personer som sliter med alvorlige psykiske lidelser har i økende grad også en ruslidelse. Denne brukergruppen krever sammensatte behandlings- og tjenestetilbud. Felles for alle er behovet for å ha en meningsfull dag å stå opp til. «Arbeid er den beste medisin» heter det på folkemunne. Mange brukere med langvarige psykiske vansker, gjerne også rusvansker, har erfart at et tilrettelagt og meningsfullt arbeidstiltak gir tilværelsen mening og verdighet. Arbeidstiltakene bør være varierte og utformes i samarbeid med NAV.

Personer med psykiske vansker skal være medvirkende og aktive i behandlings- og oppfølgingstilbudet. Gjennom aktiv deltakelse fremmes empowerment ("myndiggjøring") og tro på egne ressurser for å styrke den psykiske helsen.



MÅL:

- **Styrke oppfølgings- og behandlingstilbudet til personer med lettere og moderate psykiske vansker.**

TILTAK:

- Gruppebaserte kurs med utgangspunkt i kognitiv terapi og mestringsfokus.
- Lavterskel kartleggings- og ev. behandlingstilbud for lettere psykiske lidelser.
- Aktivitetstiltak og selvhjelpsgrupper.

MÅL:

- **Legge til rette for gode boforhold som fremmer forutsigbarhet og stabilitet.**

TILTAK:

- Tilby ulike boformer.
- Utnytte det juridiske, faglige og etiske handlingsrommet, på en slik måte at tjenestene ivaretar verdighet, helse og velferd.

MÅL:

- **Styrke arbeids- og aktivitetstiltak for personer med langvarige psykiske vansker.**

TILTAK:

- Arbeidsplasser innenfor kommunens egne tjenester.
- Tilrettelagt arbeid innenfor privat næringsliv.
- Arbeidsplasser innenfor landbruket.
- Arbeidsmarkedsbedrifter (på oppdrag fra NAV).

4. Tidlig innsats

Tidlig innsats er en av fire kjernekomponenter innenfor tjenesteområde Helse og oppvekst. Tidlig innsats er en verdi, en strategi og konkrete tiltak. I denne planen er tidlig innsats avgrenset til det som er direkte knyttet til helse- og omsorgstjenestene. Viktige strategier som tverrfaglig samarbeid og styrking av foreldrekompetansen blir ivaretatt gjennom helhetlig plan for barn og unge.

Teknologi er en viktig del av *Tidlig innsats*. Satsingsområdet *Smarte og nyttige løsninger i kommunepåbudet*, med tilhørende strategier og fokusområder vil være overordnet *Aktiv omsorg 2030*.

Tidlig innsats kan være tiltak som retter seg mot barn, voksne og eldre. Videre kan tidlig innsats omfatte både forebyggende tiltak for å forhindre at sykdom og uhelse utvikler seg (primærforebygging), og tiltak som reduserer videre utvikling av allerede kjent risiko og sykdom (sekundærforebygging). *Aktiv omsorg 2030* definerer - under satsingsområdet *Tidlig innsats* - tre målområder for barn, voksne og eldre.



"Teknologi er en viktig del av *Tidlig innsats*."



MÅL:

- **Styrke barns fysiske og psykiske helse.**

TILTAK:

- Styrke skolehelsetjenesten med mål om helsesøster til stede på skolen hver dag.
- Styrke arbeidet overfor flerkulturelle familier.
- Styrke innsatsen rettet mot vold og overgrep.

MÅL:

- **Forebygge livsstilssykdommer.**

TILTAK:

- Legge til rette for livsstilsendringer gjennom gruppebaserte tilbud innenfor en frisklivssentral.

MÅL:

- **Leve hele livet.**

Regjeringen har startet arbeidet med kvalitetsreformen Leve hele livet. Målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Leve hele livet handler om det mest grunnleggende i hverdagen, som mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

TILTAK:

- Forebygging av aldersrelaterte helseutfordringer gjennom satsing på:

- Mat

Underernæring og feilernæring er et stort problem og fører til sykdom og helseplager. God mat og gode måltider er viktig for både den fysiske og psykiske helsen.

- Aktivitet og fellesskap

Legge til rette for en aktiv livsstil og fellesskap med andre selv om helsen er svekket. Ved å forebygge ensomhet, forebygger vi også fysiske og psykiske lidelser.

- Helsehjelp

Dekke behovet for tidlig og riktig helsehjelp ved endring i livssituasjon.

- Sammenheng i tjenestene

Eldre har ofte behov for tjenester fra flere instanser, samtidig og over tid. Sammenheng i tjenestene er avgjørende for kvaliteten av den enkelte tjeneste, så vel som for det samlede tjenestetilbud.



5. Pårørende og frivillige

Utfordringsbildet tilsier at flere aktører deltar i helse- og omsorgsarbeid. Samtidig blir det avgjørende at pårørende som påtar seg store omsorgsoppgaver ikke i tillegg får store økonomiske og helsemessige belastninger, og at de får støtte og faglig veiledning fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten (*Omsorg 2020*).

Pårørende er ikke en ensartet gruppe. Noen er pårørende i en kort periode under akutt sykdom, andre er pårørende i et livsperspektiv som foreldre og søsken til barn med store hjelpebehov. Pårørende til personer med demens er ofte eldre og kan ha egne helseutfordringer.

På samme måte som brukernes tjenester er individuelt tilpasset, må pårørendearbeidet være tilpasset den enkelte og den situasjonen de står overfor. For å styrke pårørende i rollen som nære omsorgsgivere, må pårørendearbeid inngå som en definert og godt synlig del av helse- og omsorgstjenestene. Dette vil ha direkte effekt og verdi i tillegg til å virke forebyggende for den pårørendes egen helse.

Pårørende og frivillige utøver ulikt arbeid. Men fra kommunens side handler samarbeidet mye om det samme; styrke samarbeidet gjennom kompetanse og veiledning, og overføre oppgaver og ansvar i samsvar med faglig forsvarlighet.

Frivilligheten skaper mangfold, den utfordrer og gjør en forskjell i menneskers liv. Frivilligheten har en egenverdi og frivillig aktivitet er i seg selv et gode. Frivilligheten er en avgjørende ressurs i velferdssamfunnet. Helse- og omsorgstjenestene ønsker å være en aktiv aktør som legger til rette for og samarbeider med frivilligheten i Randaberg til beste for alle parter.





MÅL:

- **Ivareta og styrke de pårørende sin rolle.**

TILTAK:

- Kartlegge pårørendes situasjon og deres behov ut fra faktorer hos den pårørende, faktorer hos personen som de er pårørende til og relasjonen dem imellom, samt ytre faktorer.
- Kartlegge fysiske, psykiske/mentale, sosiale og økonomiske konsekvenser av pårørenderollen.
- Koordinere pårørende sine ressurser.
- Veiledning, støtte og kompetanseheving for å kvalitetssikre tjenestene og trygge den enkelte pårørende.
- Avlastende tiltak tilpasset den pårørendes behov.

MÅL:

- **Mobilisere, motivere og aktivere til frivillig innsats.**

TILTAK:

- Kartlegge behov og ressurser.
- Utarbeide en frivillighetspolitikk / -melding, sammen med andre tjenesteområder og frivillig sektor, som gir retning for måloppnåelse.
- Opplæring og oppfølging av aktivitetsvenner (i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen).
- Koordinere de frivillig ressursene.
- Kompetanseheving for å kvalitetssikre tjenestene og trygge den enkelte frivillige.



B

Tiltak og
økonomi

6. Fremskriving av behov for institusjonsplasser for eldre

Randaberg har fra forrige plan (*Aktiv omsorg 2020*) prioritert hjemmetjenester og heldøgnsbemannede bofellesskap. Dette har resultert i at eldreomsorgen i Randaberg troner i toppsjiktet i Kommunebarometeret. Bildet endrer seg noe nå når Vistestølen er omdefinert til sykehjem, men kommunen har fortsatt lavere sykehjemsdekning enn sammenlignbare kommuner.

Framskriving av aldersfordeling i befolkningen er det vanligste parameter for planlegging av sykehjemsplasser. I 2017 har kommunen 41 sykehjemsplasser. Det gir en sykehjemsdekningen på 11,4 prosent for alle over 80 år. Dersom alderssammensetningen er uendret, vil kommunen fra år 2019, når nytt Randaberg sykehjem står klart, ha en dekning på 15 prosent. Hvis vi inkluderer bofellesskapene på Vardheim, er tallene 18,1 per nå og 21,7 prosent i 2019. På landsbasis er sykehjemsdekningen 18 prosent for innbyggere over 80 år.

I 2025 viser beregninger at det vil være 515 personer over 80 år i Randaberg. 54 sykehjemsplasser vil da tilsi en dekning på 10,5 prosent. Hvis vi inkluderer plassene på Vardheim, er dekningen på 15,1 prosent.

I 2030 vil det være 607 personer over 80 år. Da vil 54 sykehjemsplasser gi en dekning på 8,9 prosent. Inkludert plassene på Vardheim, vil dekningen være på 12,9 prosent.

Den største økningen i antall eldre kommer frem mot 2040. Da vil det etter SSB's framskrivinger være 855 personer over 80 år i Randaberg. Av disse vil 230 ha en demenslidelse. For planlegging av sykehjemsplasser, må det vurderes om dagens gjennomsnittsdekning på 18 prosent er et ideelt måltall. På den ene siden vil helsetilstanden i befolkningen gi økt levealder og flere friske år, på den andre siden vil antall personer med demens øke betydelig.

En ny forskrift fra 1. juli 2017, om rett til sykehjemsplass, gir brukerne enda bedre rettsikkerhet for å sikre at de får tilbud på riktig omsorgsnivå.

"Den største økningen i antall eldre kommer frem mot 2040."



7. Omsorgstrappen

Omsorgstrappen er en modell som beskriver kommunale helsetjenester ut fra ulike behov. Kostnadene øker jo høyere opp i trappen brukeren befinner seg. Institusjonsplasser med heldøgns omsorg ligger på øverste trinn i omsorgstrappen, og er dermed den mest kostnadskrevenne tjenesten.

Alle anbefalinger tilsier at kommunene må legge vekt på å forskyve ressursbruken lengre ned i omsorgstrappen (*venstreforskyvning*). Forebygging og tidlig innsats er en positiv verdi for den enkelte, så vel som i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Erfaringer viser ofte at siste trinn i omsorgstrappen er relativt høyt. Pasienter som blir lagt inn på langtids plass i sykehjem, har i tiden før innleggelse relativt få timer per uke med hjemmesykepleie. Ved å øke kapasiteten i hjemmesykepleien, slik at hjemmeboende med omfattende tjenestebehov kan få flere timer per uke, vil behovet for institusjonsplass utsettes.

Aktiv omsorg 2030 gir retning for å styrke hjemmetjenesten. Kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten må ligge til grunn når behovet for nye sykehjemsplasser skal vurderes. I et brukerperspektiv vil økt antall timer med hjemmebaserte tjenester innfri den enkeltes ønske om å kunne bo lengre hjemme. I et økonomisk perspektiv ligger det store besparelser hvis institusjonsplassen utsettes.

"Omsorgstrappen er en modell som beskriver kommunale helsetjenester ut fra ulike behov."

5

4

3

2

1

Tjenester som ikke er knyttet til direkte tjenesteyting fra menneske til menneske, f. eks. trygghetsalarm, tilrettelegging av bolig, tekniske hjelpemidler og matombringing.

Personlig tjenesteyting knyttet til praktiske forhold som praktisk bistand og opplæring og støttekontakt (i loven betegnet som personlig assistanse), f.eks. hjemmehjelp eller boveiledning. På dette trinnet kommer også tjenester som primært støtter opp om tjenestemottakerens egenomsorg og privat omsorg fra familie og andre. Dette inkluderer også avlastningstjenester rettet mot barn eller eldre, i institusjon (sykehjem/ barnebolig) eller i tjenestemottakerens hjem.

Helsetjenester i hjemmet (ofte kalt hjemmesykepleie), inkludert hjelp til å ivareta medisinske behov. Det tenkes her på bistand til personlig stell, medisiner, gjennomføring av medisinske prosedyrer i forbindelse med ulike funksjonstap eller sykdom.

Det er i mange kommuner vanlig å betrakte en kombinasjon av 2 og 3 (personlig assistanse og helsetjenester i hjemmet) som trinn 4. Det er også mulig å yte så omfattende hjemmetjenester at det i realiteten er snakk om heldøgns omsorg. Overgangen er flytende, se trinn nr. 5.

Heldøgns omsorg. Dette trinnet vil i praksis inneholde tjenester for mennesker som har fra middels til de mest omfattende bistandsbehovene.

8. Hjemmebaserte tjenester

Få områder innenfor helse- og omsorgstjenestene utfordres mer på innovasjon og nytenkning enn hjemmetjenestene.

Endringene vil handle om:

- Mer gruppebaserte tilbud
- Investering og implementering av teknologi
- Økt tilstedeværelse hos hjemmeboende personer med demens
- Aktivitetstilbud (dagaktivitetstilbud med utvidet åpningstid)
- Mer rettighetsbevisste brukere
- Samarbeid med frivillige og pårørende
- Samarbeid med private tilbydere

Kostnader knyttet til hjemmebaserte tjenester vil være:

- Flere årsverk
- Kompetanseheving
- Investering i teknologiske løsninger
- Kjøp av tjenester fra eksterne leverandører

Satsingsområde nr. 5, *Pårørende og frivillige*, har potensial for betydelig verdiskaping, også omregnet i kroner og ører. Samtidig fordrer samarbeid med pårørende og frivillige endringer i tjenesteyting og rutiner for de ansatte, ikke minst innenfor kompetanseheving og koordinering av frivillig innsats.

9. Boliger for personer med utviklingshemming

Kommunens plan for tilrettelagte boliger til personer med utviklingshemming følger gjeldende boligsosial handlingsplan og fremtidige revideringer av denne.

Som det fremkommer av mål og tiltak for satsingsområde nr. 2, *Utviklingshemming*, vil det være flere muligheter for personer med utviklingshemming til å etablere seg i egen bolig. Leiekontrakt i et kommunalt bofellesskap er bare ett alternativ, men sannsynligvis det alternativet som de fleste vil foretrekke også i årene som kommer. Det er likevel forventet at flere vil velge å organisere tjenestetilbudet som en BPA-ordning i egen leilighet, ev. kjøpe leilighet selv som ikke er tilknyttet et bofellesskap.

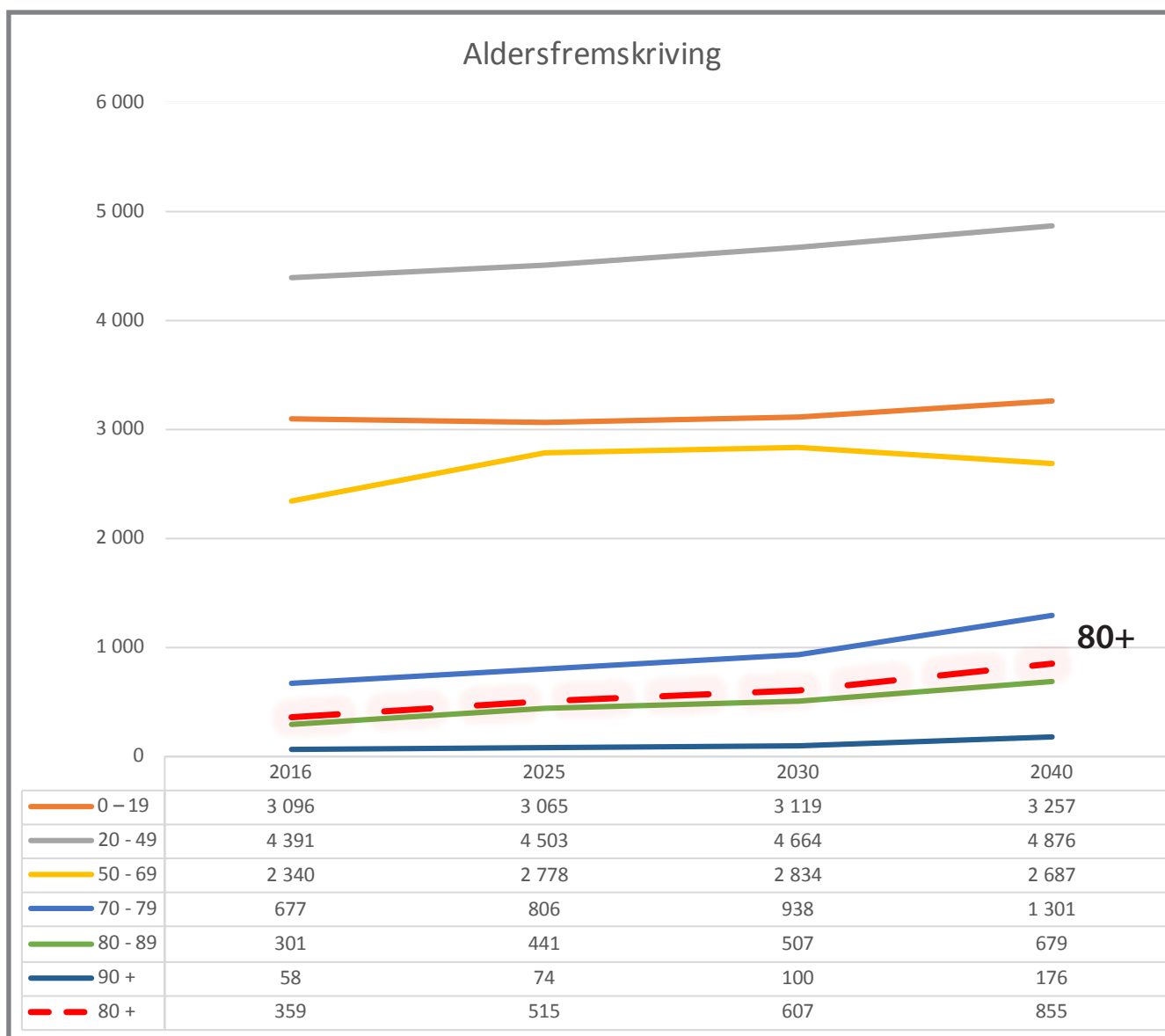
Forekomsten av utviklingshemming og antall personer som vil ha behov for tilrettelagte boliger vil være uendret. Personer med utviklingshemming er oftest kjent for tjenesteapparatet helt fra fødselen av. Kommunen har derfor gode forutsetninger for å planlegge og etablere tilrettelagte boliger i samarbeid med brukere og foresatte.

"Kommunen har (derfor) gode forutsetninger for å planlegge og etablere tilrettelagte boliger i samarbeid med brukere og foresatte."

Vedlegg

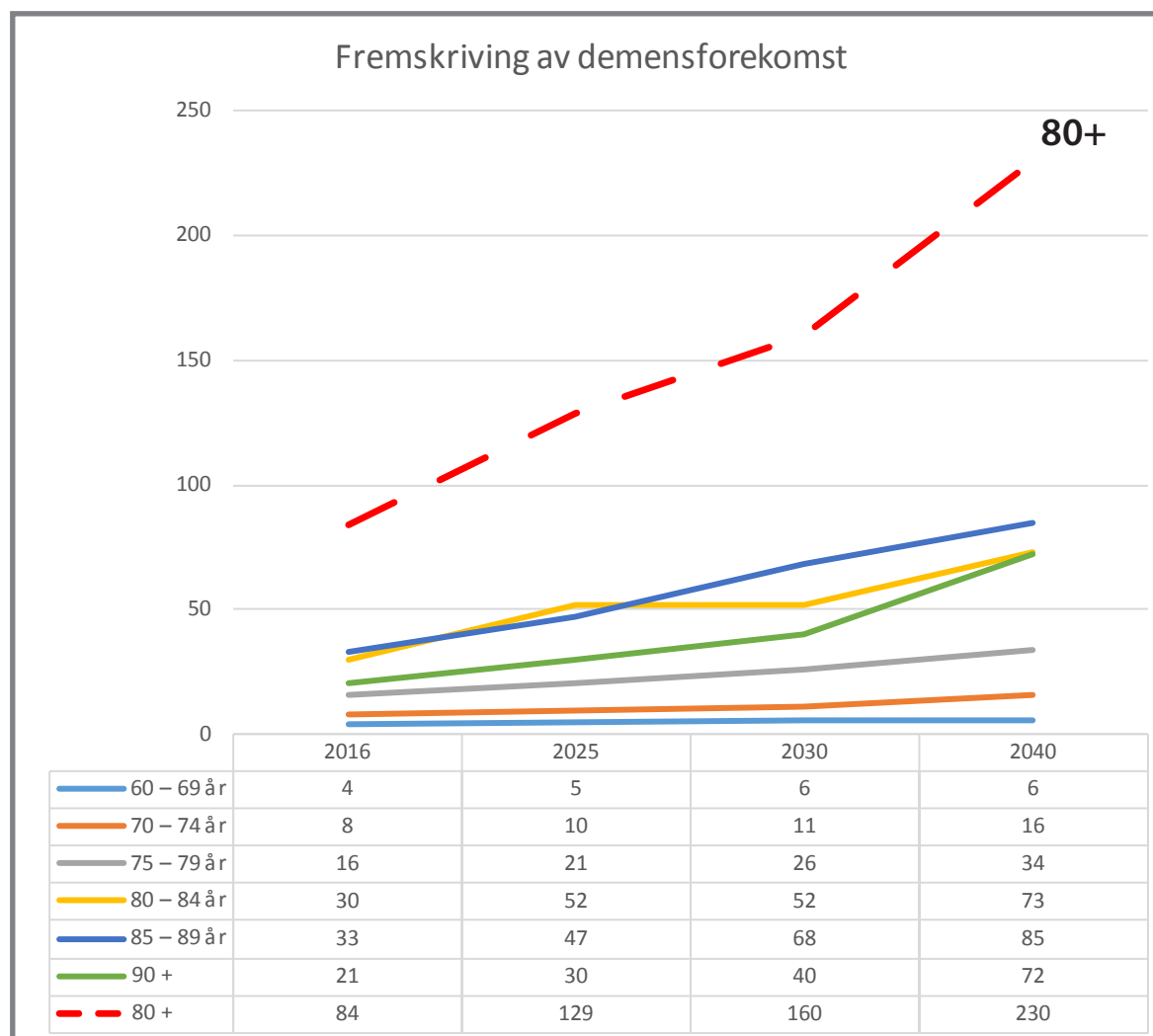
Tabell 1) Aldersfremskriving.

For Randaberg ser faktisk og fremskrevet aldersfordeling slik ut:



Tabell 2) Fremskriving av demensforekomst.

Fremskreven forekomst av antall personer med demenslidelse vil for Randaberg se slik ut:



"I 2040 vil det etter SSBs framskrivinger være 855 personer over 80 år i Randaberg. Av disse vil 230 ha en demenslidelse."

Kvalitetsforskriften

[Lenke til forskriften \(Lovdata\): https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=Kvalitetsforskriften for helse- og omsorgstjeneste](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=Kvalitetsforskriften%20for%20helse-og%20omsorgstjeneste)

§ 1. Formål: Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

§ 2. Virkeområde: Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Dersom deler av disse tjenestene utføres av private, skal kommunen ved avtale sikre seg at denne forskriften også blir fulgt i den private partens utførelse av tjenestene.

§ 3. Oppgaver og innhold i tjenestene: Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

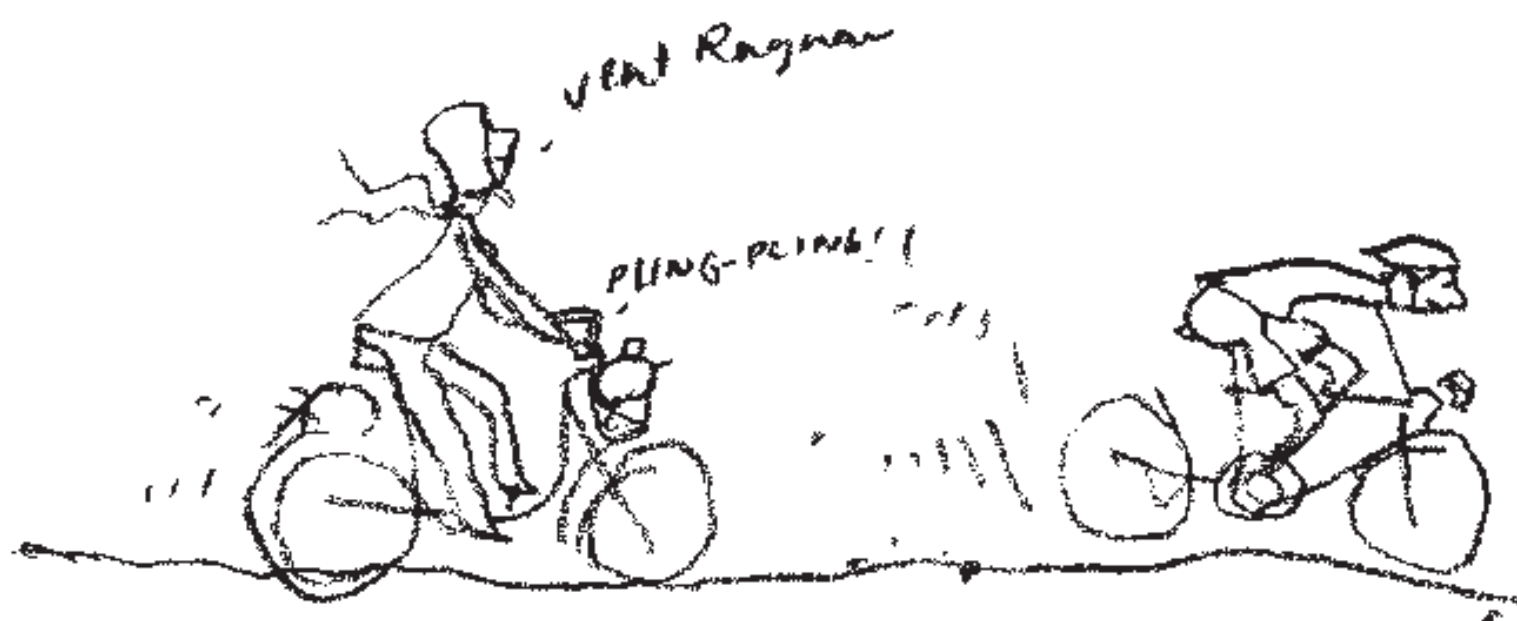
- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise tilpasset hjelp ved av- og påklledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

§ 4. Ikrafttreden: Denne forskrift trer i kraft 1. juli 2003. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 27. februar 1997 nr. 358 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9.

Grunnlagsdokumenter

- Stortingsmelding 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- *Omsorg 2020*, regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
- *Demensplan 2020* - Et mer demensvennlig samfunn
- Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)
- Nasjonal faglig retningslinje om demens:
<https://helsedirektoratet.no/nyheter/ny-retningslinje-om-demens-god-diagnostikk-og-behandling>
- NOU 2016:17, *På lik linje*. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming
- NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*





**Randaberg
kommune**

www.randaberg.kommune.no