



SAKSPROTOKOLL - HELSE- OG OMSORGSPLAN 2016-2026, PLAN FOR HELDØGNSOMSORG I KARMØY KOMMUNE.

Formannskapet behandlet saken den 28.11.2016, saksnr. 165/16

Behandling:

Ordfører opplyste om behandlingen i hovedutvalg helse og omsorg.

Innstillingen enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Karmøy kommunestyre vedtar den fremlagte plan for heldøgnsomsorg med følgende presiseringer:
 - Det tas sikte på å etablere minimum 100 plasser for heldøgnsomsorg innen 2026. Disse skal bestå både av institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger
 - Som ett ledd i dette arbeidet etableres nytt, stort og tidsmessig sykehjem på ved det fremtidige Spanne omsorgssenter. Sykehjemmet bygges med kapasitet både for dagens Bu og behandlingshjem (NBB) og i tillegg en netto økning på 40 – 50 plasser.
 - Dagens Bu og behandlingshjem på Norheim vurderes bygget om til heldøgns omsorgsboliger i tråd med nasjonale føringer og planforslaget. Det synes klart at disse to tiltakene (strekpunkt 2 og 3) vil gi best tjenestetilbud både på kort og lang sikt, og det er derfor ønskelig at disse to tiltakene prioriteres tidlig i perioden.
 - Nye heldøgns omsorgsboliger søkes lokalisert i tilknytning til/i nærheten av etablerte tjenestetilbud for å oppnå optimal ressursutnyttelse.
2. Ved etablering av nye heldøgns omsorgsboliger i Skudeneshavn, vurderes disse etablert i tilknytning til Skudeneshavn bo og behandlingshjem.
3. Ved Åkra bo og behandlingshjem etableres et utviklingsprosjekt ved at dagens 19 leiligheter vurderes omgjort til heldøgns omsorgsboliger og inngår i samme driftsenhet.
4. Sak om heldøgnsomsorg for brukere innen rus og psykisk helsetjeneste fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).
5. Sak om korttids- og rehabiliteringsopphold i sykehjem fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).
6. Arbeidet med innføring av velferdsteknologi innen pleie og omsorgstjenestene prioriteres og konkretiseres gjerne gjennom eget prosjekt i kommunen. Her kan m.a. en oppdatering på status for «Trygghetspakken» inngå. «Smart mat» er et pilotprosjekt i Bærum kommune som tilbyr en enkel bestilling av dagligvarer med plukking, pakking og levering av varene til den enkelte og med tilvarende enkel og sikker betalingsløsning via mobiltelefon. Dette er to eksempler hvor velferdsteknologien kan supplere våre tjenester

med gode løsninger. Slike ordninger må i størst mulig utstrekning gjøres tilgjengelige for alle med behov, med eller uten vedtak om ulike helse- og omsorgstjenester. Det fremmes egen sak om dette via hovedutvalget (HHO).

7. Ingen institusjonsplasser legges ned før nye er etablert.
8. Hovedutvalget helse- og omsorg skal ha en aktiv rolle i konseptutviklingen av det nye omsorgssenteret og tjenestetilbudene på Spanne.
9. Dimensjonering og planlegging av de enkelte tilbudene fremmes som enkeltsaker for hovedutvalget på tidligst mulig tidspunkt.
10. Det understrekes at brukerperspektivet må prioriteres gjennom aktiv deltakelse i aktuelle planprosesser.
11. Behov for ressurser knyttet til gjennomføring av de konkrete punkter i planen vurderes i forbindelse med de årlige økonomi- og budsjettplaner.



SAKSPROTOKOLL - HELSE- OG OMSORGSPLAN 2016-2026, PLAN FOR HELDØGNSOMSORG I KARMØY KOMMUNE.

Hovedutvalg helse og omsorg behandlet saken den 23.11.2016, saksnr. 41/16

Behandling:

Eldrerådet og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevnes vedtak av 22.11.2016 lagt ut.

Medhaug (H) fremmet følgende fellesforslag fra H, KrF, Ap, FrP, UA og SV:

1. Karmøy kommunestyre vedtar den fremlagte plan for heldøgnsomsorg med følgende presiseringer:
 - Det tas sikte på å etablere minimum 100 plasser for heldøgnsomsorg innen 2026. Disse skal bestå både av institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger
 - Som ett ledd i dette arbeidet etableres nytt, stort og tidsmessig sykehjem på ved det fremtidige Spanne omsorgssenter. Sykehjemmet bygges med kapasitet både for dagens Bu og behandlingshjem (NBB) og i tillegg en netto økning på 40 – 50 plasser.
 - Dagens Bu og behandlingshjem på Norheim vurderes bygget om til heldøgns omsorgsboliger i tråd med nasjonale føringer og planforslaget. Det synes klart at disse to tiltakene (strekpunkt 2 og 3) vil gi best tjenestetilbud både på kort og lang sikt, og det er derfor ønskelig at disse to tiltakene prioriteres tidlig i perioden.
 - Nye heldøgns omsorgsboliger søkes lokalisert i tilknytning til/i nærheten av etablerte tjenestetilbud for å oppnå optimal ressursutnyttelse.
2. Ved etablering av nye heldøgns omsorgsboliger i Skudeneshavn, vurderes disse etablert i tilknytning til Skudenes bo og behandlingshjem.
3. Ved Åkra bo og behandlingshjem etableres et utviklingsprosjekt ved at dagens 19 leiligheter vurderes omgjort til heldøgns omsorgsboliger og inngår i samme driftsenhet.
4. Sak om heldøgnsomsorg for brukere innen rus og psykisk helsetjeneste fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).
5. Sak om korttids- og rehabiliteringsopphold i sykehjem fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).
6. Arbeidet med innføring av velferdsteknologi innen pleie og omsorgstjenestene prioriteres og konkretiseres gjerne gjennom eget prosjekt i kommunen. Her kan m.a. en oppdatering på status for «Trygghetspakken» inngå. «Smart mat» er et pilotprosjekt i Bærum kommune som tilbyr en enkel bestilling av dagligvarer med plukking, pakking og levering av varene til den enkelte og med tilvarende enkel og sikker betalingsløsning via mobiltelefon. Dette er to eksempler hvor velferdsteknologien kan supplere våre tjenester med gode løsninger. Slike ordninger må i størst mulig utstrekning gjøres tilgjengelige for alle med behov, med eller uten vedtak om ulike helse- og omsorgstjenester. Det fremmes egen sak om dette via hovedutvalget (HHO).

7. Ingen institusjonsplasser legges ned før nye er etablert.
8. Hovedutvalget helse- og omsorg skal ha en aktiv rolle i konseptutviklingen av det nye omsorgssenteret og tjenestetilbudene på Spanne.
9. Dimensjonering og planlegging av de enkelte tilbudene fremmes som enkeltsaker for hovedutvalget på tidligst mulig tidspunkt.
10. Det understrekes at brukerperspektivet må prioriteres gjennom aktiv deltakelse i aktuelle planprosesser.
11. Behov for ressurser knyttet til gjennomføring av de konkrete punkter i planen vurderes i forbindelse med de årlige økonomi- og budsjettplaner.

Rådmannens innstilling fikk ingen stemmer og falt.

Fellesforslaget fremsatt av Medhaug enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Karmøy kommunestyre vedtar den fremlagte plan for heldøgnsomsorg med følgende presiseringer:
 - Det tas sikte på å etablere minimum 100 plasser for heldøgnsomsorg innen 2026. Disse skal bestå både av institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger
 - Som ett ledd i dette arbeidet etableres nytt, stort og tidsmessig sykehjem på ved det fremtidige Spanne omsorgssenter. Sykehjemmet bygges med kapasitet både for dagens Bu og behandlingshjem (NBB) og i tillegg en netto økning på 40 – 50 plasser.
 - Dagens Bu og behandlingshjem på Norheim vurderes bygget om til heldøgns omsorgsboliger i tråd med nasjonale føringer og planforslaget. Det synes klart at disse to tiltakene (strekpunkt 2 og 3) vil gi best tjenestetilbud både på kort og lang sikt, og det er derfor ønskelig at disse to tiltakene prioriteres tidlig i perioden.
 - Nye heldøgns omsorgsboliger søkes lokalisert i tilknytning til/i nærheten av etablerte tjenestetilbud for å oppnå optimal ressursutnyttelse.
2. Ved etablering av nye heldøgns omsorgsboliger i Skudeneshavn, vurderes disse etablert i tilknytning til Skudenes bo og behandlingshjem.
3. Ved Åkra bo og behandlingshjem etableres et utviklingsprosjekt ved at dagens 19 leiligheter vurderes omgjort til heldøgns omsorgsboliger og inngår i samme driftsenhet.
4. Sak om heldøgnsomsorg for brukere innen rus og psykisk helsetjeneste fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).
5. Sak om korttids- og rehabiliteringsopphold i sykehjem fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).

6. Arbeidet med innføring av velferdsteknologi innen pleie og omsorgstjenestene prioriteres og konkretiseres gjerne gjennom eget prosjekt i kommunen. Her kan m.a. en oppdatering på status for «Trygghetspakken» inngå. «Smart mat» er et pilotprosjekt i Bærum kommune som tilbyr en enkel bestilling av dagligvarer med plukking, pakking og levering av varene til den enkelte og med tilvarende enkel og sikker betalingsløsning via mobiltelefon. Dette er to eksempler hvor velferdsteknologien kan supplere våre tjenester med gode løsninger. Slike ordninger må i størst mulig utstrekning gjøres tilgjengelige for alle med behov, med eller uten vedtak om ulike helse- og omsorgstjenester. Det fremmes egen sak om dette via hovedutvalget (HHO).
7. Ingen institusjonsplasser legges ned før nye er etablert.
8. Hovedutvalget helse- og omsorg skal ha en aktiv rolle i konseptutviklingen av det nye omsorgssenteret og tjenestetilbudene på Spanne.
9. Dimensjonering og planlegging av de enkelte tilbudene fremmes som enkeltsaker for hovedutvalget på tidligst mulig tidspunkt.
10. Det understrekes at brukerperspektivet må prioriteres gjennom aktiv deltakelse i aktuelle planprosesser.
11. Behov for ressurser knyttet til gjennomføring av de konkrete punkter i planen vurderes i forbindelse med de årlige økonomi- og budsjettplaner.



SAKSPROTOKOLL - HELSE- OG OMSORGSPLAN 2016-2026, PLAN FOR HELDØGNSOMSORG I KARMØY KOMMUNE.

Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne behandlet saken den 22.11.2016, saksnr. 29/16

Behandling:

Oma foreslo følgende punkt 5:

Det forutsettes at det ikke blir for store boenheter for psykisk utviklingshemmede slik at beboerne blir integrert i boligområder jf tanken med HVPU-reformen.

Rådmannens innstilling med Omas forslag enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Karmøy kommunestyret vedtar den framlagte plan for heldøgnsomsorg og tilhørende handlingsplan.
2. Planen med handlingsplan legges til grunn for videre arbeid innenfor helse- og omsorgsetaten.
3. Behov for ressurser knyttet til gjennomføring av konkrete punkter i planen vurderes i forbindelse med årlige økonomi og budsjettplaner.
4. Det må etableres 100 nye plasser for heldøgnsomsorg innen 2026. Plassene skal i størst mulig grad samlokaliseres for å få best mulig ressursutnyttelse. Fordelingen av plassene vil bli endelig politisk vedtatt etter at konseptutvikling av området på Spanne er ferdigstilt.
5. Det forutsettes at det ikke blir for store boenheter for psykisk utviklingshemmede slik at beboerne blir integrert i boligområder jf tanken med HVPU-reformen.



SAKSPROTOKOLL - HELSE- OG OMSORGSPLAN 2016-2026, PLAN FOR HELDØGNSOMSORG I KARMØY KOMMUNE.

Eldrerådet behandlet saken den 22.11.2016, saksnr. 32/16

Behandling:

Avd.sjef omsorg Bodhild Eriksen orienterte og svarte på spørsmål.

Eldrerådet fremmet følgende forslag:

Eldrerådet støtter rådmannens innstilling med følgende kommentarer:

5. Eldrerådet etterlyser mer konkrete forebyggende tiltak på de laveste trinnene på omsorgstrappen og det må vise igjen i budsjettet.
6. Eldrerådet etterlyser en tydeligere boligbenevnelse og forskjellen på omsorgsbolig og omsorgsbolig med heldøgns pleie og omsorg.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Karmøy kommunestyret vedtar den framlagte plan for heldøgnsomsorg og tilhørende handlingsplan.
2. Planen med handlingsplan legges til grunn for videre arbeid innenfor helse- og omsorgsetaten.
3. Behov for ressurser knyttet til gjennomføring av konkrete punkter i planen vurderes i forbindelse med årlige økonomi og budsjettplaner.
4. Det må etableres 100 nye plasser for heldøgnsomsorg innen 2026. Plassene skal i størst mulig grad samlokaliseres for å få best mulig ressursutnyttelse. Fordelingen av plassene vil bli endelig politisk vedtatt etter at konseptutvikling av området på Spanne er ferdigstilt.
5. Eldrerådet etterlyser mer konkrete forebyggende tiltak på de laveste trinnene på omsorgstrappen og det må vise igjen i budsjettet.
6. Eldrerådet etterlyser en tydeligere boligbenevnelse og forskjellen på omsorgsbolig og omsorgsbolig med heldøgns pleie og omsorg.



SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Ingrid Sofie Rundhaug
Arkivsaksnr.: 16/4644

Arkiv: H 30

Sign:

Dato:

Utvalg:

| | |
|---|------------|
| Eldrerådet | 22.11.2016 |
| Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne | 22.11.2016 |
| Hovedutvalg helse og omsorg | 23.11.2016 |
| Formannskapet | 28.11.2016 |
| Kommunestyret | 19.12.2016 |

HELSE- OG OMSORGSPLAN 2016-2026, PLAN FOR HELDØGNSOMSORG I KARMØY KOMMUNE.

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Karmøy kommunestyret vedtar den framlagte plan for heldøgnsomsorg og tilhørende handlingsplan.
2. Planen med handlingsplan legges til grunn for videre arbeid innenfor helse- og omsorgsetaten.
3. Behov for ressurser knyttet til gjennomføring av konkrete punkter i planen vurderes i forbindelse med årlige økonomi og budsjettplaner.
4. Det må etableres 100 nye plasser for heldøgnsomsorg innen 2026. Plassene skal i størst mulig grad samlokaliseres for å få best mulig ressursutnyttelse. Fordelingen av plassene vil bli endelig politisk vedtatt etter at konseptutvikling av området på Spanne er ferdigstilt.

SAKSFRAMSTILLING

Hva saken gjelder:

Helse- og omsorgsetaten legger frem revidert helse og omsorgsplan, «Plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune 2016 - 2026». Den reviderte planen tar i hovedsak for seg strukturen i heldøgnsomsorg knyttet opp mot helse- og omsorgstjenester.

Planen har et ti års tidsperspektiv for perioden 2016 – 2026. Den gir en beskrivelse av dagens situasjon og anbefalinger med framtidige mål. Hovedmomentene oppsummeres i en handlingsplan for perioden.

Sammendrag og anbefalinger

Helse og omsorgsetaten står overfor store fremtidige endringer. Årsakene til dette kan bl.a. tilskrives en økende andel eldre de nærmeste årene. Kommunen har kartlagt heldøgnsomsorg for ulike brukergrupper og ved hjelp av denne fått kunnskap om dagens situasjon og fremtidige behov for heldøgnsomsorg. En behovsanalyse viser at økningen ikke kan håndteres med det nivået på tjenestene som kommunen har pr. i dag. Dette fordrer derfor at det planlegges for å imøtekomme denne veksten ved å ta i bruk ressurser som en ikke benytter pr i dag, samt å endre fordelingen av tilgjengelige ressurser.

Samtidig er det for kommunen også kartlagt et økende behov for helse og omsorgstjenester og boliger for yngre brukere med utviklingshemming. Dette behovet må det allerede nå planlegges for å kunne imøtekomme på en hensiktsmessig måte i siste halvdel av planperioden.

Den viktigste forutsetningen for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på «Best Effektive Omsorgs Nivå» (BEON-prinsippet). Prinsippet bygger på at kommunen bør tilby en trinnvis opptrapping av pleie- og omsorg for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig.

Nasjonale føringer for helse- og omsorgstjenester legger opp til at alle skal gis mulighet til å bo lengst mulig i egen bolig. For at dette skal la seg realisere i Karmøy kommune må kommunen etablere og øke tilbud til befolkningen i forhold til tjenester som

forebyggende arbeid, rehabilitering, avlastning og dagsenter. Videre vil det være behov for fokus på bedre tilrettelegging av egen bolig, bruk av velferdsteknologi, dagtilbud, utbygging av trygghetsboliger og sterkere satsing på hjemmetjenester med fokus på egenmestring og selvstendighet. Dette kan bidra til å redusere behovet for heldøgns omsorgsplasser.

I Karmøy kommune ble det i 2010 gjennomført en kartlegging av boliger og institusjoner, og denne viste at flere av disse begynner å bli utdatert og i dårlig bygningsmessig forfatning, samt at de er preget av tidligere rammer både lokalt og nasjonalt. Kommunen ser at det er behov for å utforme en fremtidig strategi i forhold til struktur og anvendelse av bygg som skal benyttes i helse- og omsorgssektoren. Videre er det i kartleggingen kommet frem at kommunen ikke har en hensiktsmessig fordeling av tjenestene i tråd med nasjonale anbefalinger og «omsorgstrappen». Kartleggingen viser at kommunen har særlige mangler knyttet til et lavt antall tilpassede omsorgsboliger og boliger med heldøgnsomsorg.

I planen gis det en beskrivelse av dagens situasjon på de ulike tjenestenivåene i kommunen og en beskrivelse av framtidige mål i forhold til BEON-prinsippet og kommunens egen «omsorgstrapp». For å kunne nå framtidige målsettinger på de lavere trinnene i omsorgstrappen og styrke tjenester knyttet til forebyggende og helsefremmende tiltak, samt tiltak som bidrar til at befolkningen skal kunne bo i egen bolig lengst mulig må det planlegges for en endring i hvordan ressursene blir fordelt på de ulike trinnene i omsorgstrappen sammenlignet med dagens situasjon.

Rådmannens vurdering og konklusjon:

Det må legges en strategi for å skape størst mulig grad av samlokalisering av ressurskrevende boligjenester enn det som er dagens struktur. Et slikt konsept må også kunne inkludere utbygging av tilrettelagte privatfinansierte seniorboliger i tillegg til kommunale botilbud med og uten heldøgns bemanning, samt langtidsplasser og spesialiserte plasser i institusjon. Kommunen bør videre kartlegge behovet for hvorvidt det skal etableres en «demenslandsby» (omsorgsboliger med heldøgnsomsorg).

Planens tiårsperiode er en periode med jevn vekst i behovet. Den største veksten vil komme i tiårsperioden etter 2026. Planperioden bør dermed ha som hovedmål at det skapes handlingsrom og legges til rette for en endring som bidrar til at kommunen ikke kommer på etterskudd i forhold til å kunne møte behovet for heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger.

Rådmannen i Karmøy, 14.11.2016

Sigurd Eikje
sign.

Oversikt over vedlegg:

[Helse- og omsorgsplan, plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune 2016 – 2026.](#)

Helse- og omsorgsplan

Plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune

2016 – 2026

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning | 3 |
| 1.1 | Bakgrunn | 3 |
| 1.2 | Statlige styringssignaler..... | 3 |
| 1.3 | Oppdrag og avgrensing..... | 4 |
| 1.3.1 | Målsetting med planen | 4 |
| 1.4 | Planprosess..... | 4 |
| 1.4.1 | Arbeidsform | 4 |
| 2 | Dagens situasjon..... | 5 |
| 2.1 | Demografisk utvikling..... | 5 |
| 2.2 | Kommunens helse- og omsorgstilbud..... | 8 |
| 2.1.1 | Forebyggende og helsefremmende tiltak..... | 10 |
| 2.1.2 | Bo hjemme | 13 |
| 2.1.3 | Tilrettelagte botilbud..... | 18 |
| 3 | Hvem bygger vi heldøgnsomsorgplasser for? | 31 |
| 4 | Estimert plassbehov heldøgnsomsorg..... | 34 |
| 4.1 | Prosjekter, utbygginger og arealer..... | 35 |
| 5 | Økonomiske konsekvenser | 37 |
| 6 | Handlingsplan 2016 – 2026. | 42 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Plan- og tiltaksplan for framtidens helse- og omsorgstjenester – 2020 ble vedtatt i kommunestyre juni 2011. Fem år er gått, og mange av tiltakene er gjennomført. Samhandlingsreformen har trådt i kraft (1. januar 2012), og kommunen har gjort seg noen erfaringer. Disse erfaringer kan være med å danne grunnlag for å justere kursen noe, og det er derfor behov for en revisjon/rullering av plan «Fremtidens helse- og omsorgstjenester 2020»

1.2 Statlige styringssignaler

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag» (Kåre Hagen)

St.melding 29 «Morgendagens omsorg» er ment å være en mulighetsmelding for omsorgsfeltet. Sentralt står tre hovedsiktemål:

- Få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter.
- Utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og endringer av organisatoriske og fysiske rammer.
- Støtte og styrke kommunenes forsknings-, innovasjons-, og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet.

I tråd med statlige styringssignaler ønsker Karmøy kommune å legge til rette for at alle mennesker med hjelpebehov skal få bo hjemme så lenge de evner og ønsker. Kommunen skal opprettholde og utvikle forebyggende og kompenserende tiltak og tjenester slik at alle innbyggere skal få leve selvstendige liv med god livskvalitet og trygghet.

Når helsetilstanden tilsier flytting til institusjon skal det være rom for variasjon i institusjonsmiljøene, og kommunen skal satse på høy faglig kompetanse i tjenestene knyttet til ulike brukergrupper og diagnoser.

1.3 Oppdrag og avgrensing

Helse- og omsorgstjenestene i kommunen er under endring og utvikling, og det pågår kontinuerlig flere parallelle prosesser på flere tjenesterområder. Revideringen av denne planen er avgrenset til å gjelde behovet for heldøgnsomsorg og ulike boformer, men strategien som foreslås vil bli understøttet av tiltak på de ulike trinnene i omsorgstrappen.

1.3.1 Målsetting med planen

Planen skal gi retning for strategiske valg innen omfang/behov og kvalitet for heldøgnsomsorg og ulike boformer til brukere over 18 år.

På de områder som er relevante, skal planen være overordnet dokument og reflektere følgende planer:

- Kommunal plan for psykisk helse- og rusarbeid 2013 – 2020
- Plan for legetjenesten 2013 – 2016
- Beredskapsplan 2016 - 2020
- Kompetanseplanen 2020
- Boligsosial handlingsplan 2014-2017
- Smittevernplan 2016 - 2020
- Handlingsplan – Vold i nære relasjoner 2016 - 2019
- Plan for rehabilitering (påbegynnes 2017)
- Handlingsplan SLT /Folhelsehelse
- Plan for frivillighet (påbegynnes 2017/2018)

1.4 Planprosess

Etatsledelsen har ledet revisjonsarbeidet, og revisjonsarbeidet har vært gjennomført i perioden januar 2015 – november 2016.

1.4.1 Arbeidsform

Administrasjonen har jobbet opp mot hovedutvalg for helse og omsorg i hele planprosessen. Det er avholdt samlinger, seminarer og studietur for administrasjon og hovedutvalg i fellesskap i perioden januar 2015 til og med november 2016. Hensikten har vært å tenke høyt sammen for å få til gode innspill på hvordan tjenestetilbudet kan se ut i framtiden.

Et midlertidig utkast av revidert plan ble utdelt medlemmer i hovedutvalget i møte 15. april 2015. Medlemmer i hovedutvalg hadde i perioden fra 15. april til 1. mai 2015 mulighet for eventuelle spørsmål, kommentarer og innspill til revidering av plan. 2015 var året for kommunevalg, og dette påvirket den videre arbeidsprosessen. Etter kommunevalget høsten 2015 vurderte etatsledelsen at det var et behov for å restarte prosessen med hovedutvalget. Underveis i revisjonsprosessen har det vært løpende dialogmøter med eiendomsavdeling, og med bestiller og utførerledd i helse- og omsorgstjenesten.

Saken ble lagt frem for politisk behandling i juni 2016, men den ble sendt i retur til administrasjonen for videre arbeid. ¹ Det har i løpet av høsten 2016 vært gjennomført besøk på ulike institusjoner i Karmøy kommune for medlemmer i hovedutvalg helse og omsorg, samt at det ble avholdt et seminar/åpent møte med tittelen «omsorg med kunnskap» hvor alle medlemmer i kommunestyret ble spesielt invitert.

I arbeidsprosessen ble det i etatsledelsen besluttet at det skulle innhentes bistand til kartleggings- og analysearbeidet. Konsulentselskapet Agenda Kaupang har bistått ledelsen i arbeidet i perioden mars – mai 2016 med kartlegging, analyse og fremskriving av dagens tjenestetilbud.

2 Dagens situasjon

2.1 Demografisk utvikling

Karmøy er en kommune i vekst, og med unntak av 2002 har Karmøy hatt folketilvekst i samtlige år siden kommunens opprettelse i 1965. Hvis en tar utgangspunkt i perioden 2000 – 2015, har kommunens folketall endret seg fra ca. 37 000 til 42100, en økning på ca. 5 100 personer.

Kommunens 42 100 innbyggere fordeler seg svært ulikt i kommunen. Omtrent 28 600 (68%) av kommunens innbyggere bor i Åkra, Veia, Kopervik og fastlandsområdet, mens ca. 13 500 (32%) bor i Skudenes og Avaldsnes/Torvastad området.

¹ Jmf. saksprotokoll sak 16/2243

Av kommunens samlede tilvekst var hele 4 700 (92%) konsentrert i området Åkra, Kopervik og fastlandsområdet. Folketilveksten har vært størst på Åkra og i fastlandsområdet, både i absolutt og relativ forstand. Kopervik har også opplevd en markant økning i folketallet, men i en mer moderat form sammenlignet med Åkra og fastlandet. Skudenes og Avaldsnes/Torvastad har hatt minst vekst, og det er særlig i Skudenes at veksten er lav. Slik har også utviklingen vært i flere tiår tilbake i tid.

Framtidig folketallsutvikling

Ved å legge til grunn Statistisk sentralbyrås framskrivninger for middels nasjonal vekst, blir det beregnet at Karmøys folketall når ca. 47 000 i 2030 og ca. 50 000 i 2040. I følge prognosen vil veksten hovedsakelig konsentreres i Åkra, Kopervik og fastlandsområdet, mens Skudenes og Avaldsnes/Torvastad vil oppleve en langvarig stabilitet i folketallet. Med andre ord vil den utviklingen som allerede har pågått over lang tid også med stor sannsynlighet fortsette frem mot 2040.

Innvandring

Antall og andel første- og andregenerasjons innvandrere i Karmøy er sterk økende. I løpet av perioden 2000 – 2015 har innbyggere med innvandrerbakgrunn økt fra ca. 1 200 til ca. 3 600 personer. Av kommunens samlede folketall er innvandrerandelen økt fra 3,2% til 8,6% i perioden. Innvandring har også vært en av hovedårsakene til folketallsveksten i Karmøy. Omtrent halvparten av Karmøys samlede folketilvekst kommer av økt innvandring i perioden 2000 – 2015, i hovedsak gjennom arbeidsinnvandring.

Aldersfordeling i nåtid og framtid

Ettersom Karmøy har vært en kommune i vekst over lang tid, har dette medført at kommunen har en forholdsvis ung befolkning sammenlignet med gjennomsnittet i fylket og landet. Følgelig betyr dette at Karmøy også har en lavere andel personer i pensjonsalder samt en høyere andel personer i arbeidsfør alder enn Rogaland og Norge generelt.

I de kommende tiår vil det skje en gradvis forskyvning i befolkningens aldersfordeling. Med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås framskrivninger for middel nasjonal vekst for tidsrommet 2016 – 2040, vil de langsiktige utviklingstrekkene i kommunens befolkning være

reduksjon i andel unge, reduksjon i andel personer i arbeidsfør alder og økning i andel pensjonister.

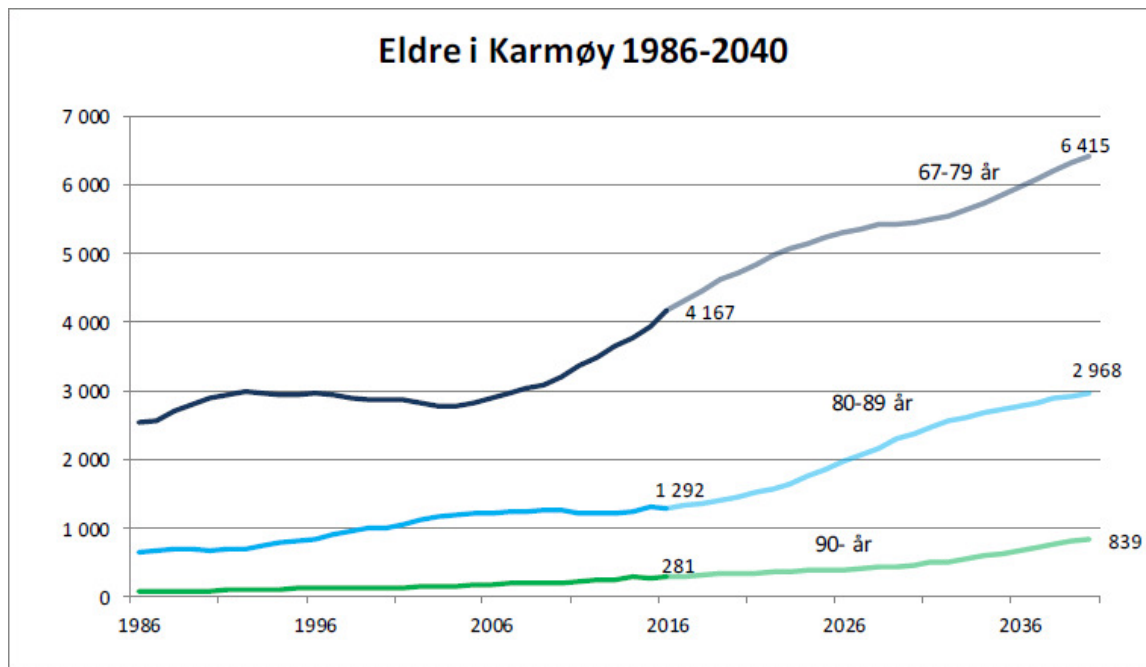
Karmøy kommune har med analyseverktøyet KOMPAS utarbeidet en befolkningsprognose for kommunen. Denne tar utgangspunkt i den boligbyggingen en har sett de senere år.

Figur 1: Befolkningsfremskriving KOMPAS/Karmøy kommune

| Framskrivning (KOMPAS) med aldersfordeling 2016-2030 | | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2016 | 2018 | 2020 | 2022 | 2024 | 2026 | 2028 | 2030 |
| 0-5 | 3246 | 3244 | 3250 | 3301 | 3330 | 3346 | 3355 | 3366 |
| 6-12 | 4001 | 4150 | 4216 | 4171 | 4136 | 4159 | 4188 | 4227 |
| 13-15 | 1638 | 1636 | 1731 | 1803 | 1888 | 1836 | 1832 | 1815 |
| 16-19 | 2410 | 2283 | 2165 | 2253 | 2342 | 2433 | 2477 | 2449 |
| 20-29 | 5410 | 5484 | 5450 | 5359 | 5299 | 5318 | 5341 | 5434 |
| 30-49 | 11336 | 11407 | 11573 | 11692 | 11870 | 12096 | 12257 | 12377 |
| 50-66 | 8364 | 8635 | 8924 | 9199 | 9350 | 9453 | 9632 | 9859 |
| 67-79 | 4315 | 4650 | 4897 | 5141 | 5315 | 5457 | 5533 | 5613 |
| 80 + | 1627 | 1743 | 1904 | 2059 | 2298 | 2552 | 2830 | 3075 |
| | 42346 | 43231 | 44111 | 44978 | 45827 | 46649 | 47445 | 48216 |

Prognosen viser i perioden 2016 til 2030, en økning på ca. 30% i aldersgruppen 67-79 år og en økning på ca. 89% i aldersgruppen 80+. Det mest fremtredende ved prognosen, er antallet eldre, både i aldersgruppen 67-79 år og 80+, som vil stige utover i perioden, mens antallet som er i yrkesaktiv alder er relativt stabil i samme periode. Dette vil kunne medføre utfordringer for pleie- og omsorgstjenester for eldre

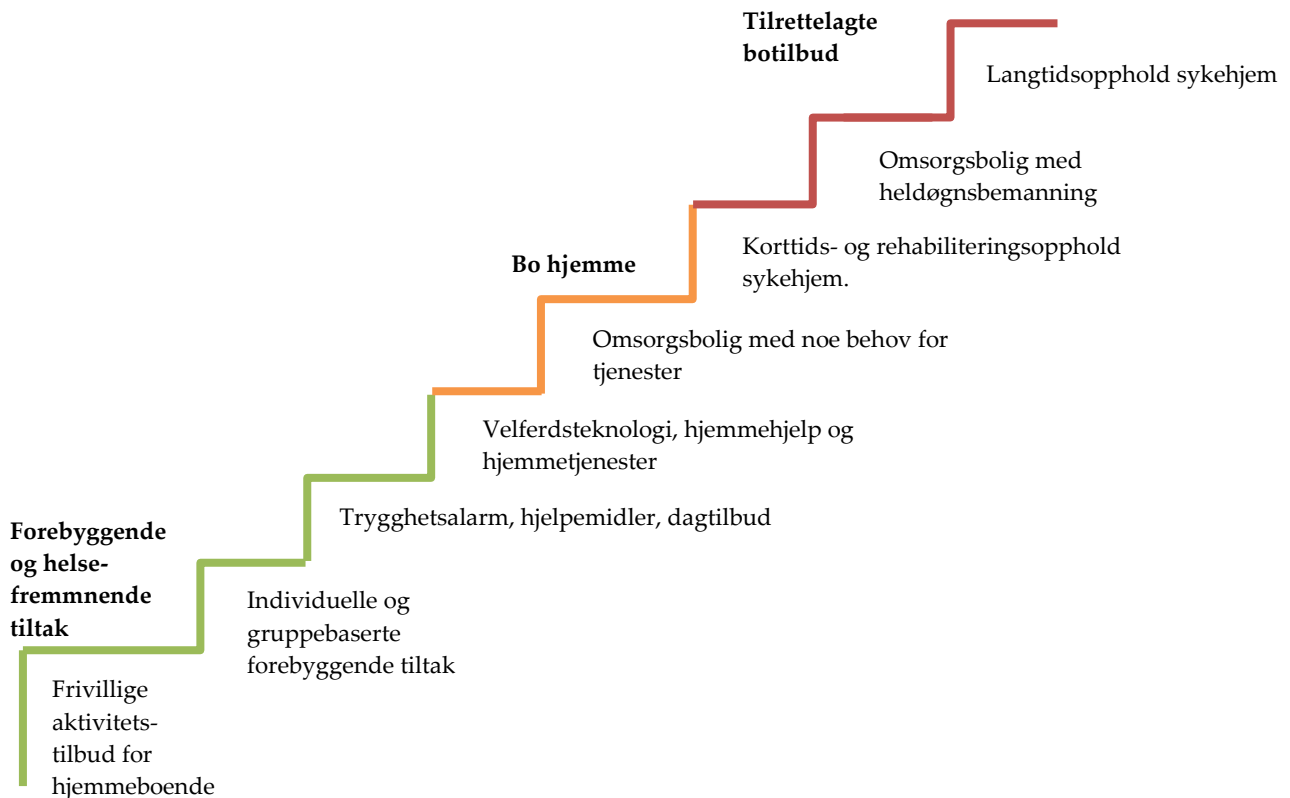
Figur 2: Befolkningsprognose 2016 – 2040. SSB prognose fra 21.juni 2016, basert på folketallet 1.1. 2016, MMMM – alternativet



2.2 Kommunens helse- og omsorgstilbud

Den viktigste forutsetningen for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på «Best Effektive Omsorgs Nivå» (BEON-prinsippet). Prinsippet bygger på at kommunen bør tilby en trinnvis opptrapping av pleie- og omsorg for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig.

Figur 3: Omsorgstrapp i Karmøy kommune.



BEON prinsippet omfatter både forebyggende arbeid, hjemmetjenester og tjenester i institusjon. Karmøy kommune har valgt å illustrere kommunens egen omsorgstrapp.

Karmøy kommune må for å nå målsettingen om at flere skal gis muligheten til å bo hjemme lengst mulig arbeide strategisk for å utvikle en framtidrettet og god helse- og omsorgstjeneste.

Hvorvidt kommunen oppnår målsettingen om at flest mulig skal gis anledning til å bo lengst mulig i eget hjem vil i stor grad være avhengige av strategiske valg knyttet til bl.a:

- Hvordan ressursene fordeles ut på de ulike nivåene i omsorgstrappen (jmf.BEON-prinsippet)
- Dekningsgrad for heldøgnsomsorg
- Spredning eller konsentrasjon av tjenestetilbudene
- Spesialisering eller generalisering av tjenestetilbudene

Det er behov for større vektlegging på aktivisering både sosialt og fysisk, og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov. Kommunene må gjøre eksisterende boliger og omgivelser funksjons- og aldersvennlige gjennom universell utforming, og ta i bruk velferdsteknologi som kan bidra til økt trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning for både hjemmeboende og i institusjon. Det må videre fokuseres på egenmestring og selvstendighet hos brukere, og arbeide for økt samarbeid med samfunnet og befolkningen som helhet. Økt satsing på hjemmebasert omsorg kan bidra til å redusere behovet for heldøgnsomsorg, noe som blir illustrert i følgende modell.

Figur 4: «Mestringsløpet»



2.1.1 Forebyggende og helsefremmende tiltak

Frivillige aktivitetstilbud for hjemmeboende

Karmøy kommune ser viktigheten av at frivillige blir en viktig medspiller og ressurs i sektoren i fremtiden. Kommunen har i dag mer enn 500 registrerte frivillige lag og foreninger som tilbyr aktiviteter, tjenester osv for befolkningen. Kommunen ansatte i august 2016 en frivillighetskoordinator, og oppgaven med bl.a å skape samarbeidsarealer mellom frivilligheten og kommunen er et framtidig mål.

Framtidige mål:

Det må vurderes utarbeidelse av en egen frivillighetspolitikk på både kommune og sektornivå. På sektornivå vil det være sentralt å se denne opp mot det å gi mennesker mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem.

Individuelle og gruppebaserte forebyggende tiltak.

Det samarbeides om lærings- og mestringstiltak med omliggende kommuner. Kommunen har flere forebyggende tiltak for enkeltindivider og som gruppetilbud. Her kan nevnes Kurs i depresjonsmestring (KID) og Kurs i mestring av belastninger (KIB kurs), balansekurs, KOLS kurs, hukommelsesteam, kurs for pårørende til demente. Hjertetrim utføres i samarbeid med privat fysioterapiinstitutt. Lavterskeltilbud gis i tillegg fra kreftkoordinator og kommunepsykologer.

Rus og psykisk helsetjeneste er i endring for å tilpasse tjenestetilbudet til dagens og framtidens behov. I følge samhandlingsreformen skal det være et større fokus på forebygging og tidlig innsats. I tillegg er det behov for å gi koordinerte og helhetlige tjenester til personer med langvarige og omfattende problemer.

Framtidige mål:

I samarbeid med Helse Fonna og omliggende kommuner utvikles læringstilbud og mestringstilbud i de store diagnosegrupper ut fra behov. Utvide kapasitet innen lavterskeltilbud psykisk helse.

Innenfor rus og psykisk helse har kommunen i tråd med både samhandlingsreformen og kommunens plan for psykisk helse- og rusarbeid 2013 – 2020 hvor det er økt fokus på forebygging og tidlig innsats satt i gang en endring av tilnæringsmåte og differensiering av tjenestene i 3 ulike forløp. Kommunen har et ansvar innenfor alle forløp

1. Milde og kortvarige psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.
2. Kortvarige, alvorlige problemer/lidelser og langvarige milde problemer/lidelser.
3. Alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

Trygghetsalarm, hjelpemidler og dagtilbud.

Kommunen er i gang med innføring av nye digitale trygghetsalarmer med et sentralt responscenter, og begynner nå med en overføring fra analog til digital plattform for våre trygghetsalarmer. Nye digitale trygghetsalarmer vil være et av de viktigste elementene i kommunens velferdsteknologisatsing i årene fremover. Nye alarmer på digital plattform gir kommunen og kommunens innbyggere nye muligheter i satsingen for å kunne bo trygt hjemme lenger. Nye trygghetsalarmer vil ha muligheter for å kunne koble til en rekke sensorer med ulike formål i den hensikt å trygge innbyggere i sin egen bolig. Hver enkelt bruker vil kunne få en tilpasset løsning som øker egen trygghet og som bidrar til at flere som ønsker å bo hjemme kan fortsette å gjøre det på en trygg måte.

Hjelmiddellageret er organisert under fysio- og ergoterapitjenesten og tildeler korttidshjelpemidler til personer som har behov for hjelpemidler i hverdagen. Det er ikke et krav om å oppfylle retten til å få helse og omsorgstjenester for å få hjelpemidler.

En framtidsrettet og god helse- og omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering, både sosialt og fysisk, og gi økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov.

Dagaktivitetstilbud er ofte omtalt som et manglende mellomledd i helse- og omsorgstjenesten. Dagaktivitetstilbud gir meningsfulle dager og gode opplevelser for den enkelte, og kan i mange tilfeller avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

Kommunen har flere dagtilbud tilpasset ulike brukergrupper.

- Dagtilbud for eldre på 5 steder
- Dagtilbud for brukere i rus og psykisk helsetjeneste på 3 steder
- Dagtilbud for utviklingshemmede er på 3 steder

Brukere som er på dagtilbud har fått dette innvilget som et vedtak etter søknad om helse og omsorgstjeneste.

Fremtidige mål:

Det vil bli en lavere terskel for å få trygghetsalarm, og innbyggere som kan dra nytte av trygghetsalarm vil nå få muligheten til å få dette som et forebyggende og trygghetsskapende tiltak uten at søker må innfri krav om rett til helse- og omsorgstjenester. Dette underbygger det forebyggende aspektet ved bruk av trygghetsteknologi. Alarmer vil også bli rutet mot et profesjonelt responsenter som siler hvilke alarmer som skal viderekobles til hjemmetjenesten. Dette vil være et viktig bidrag for kommunen til å møte fremtidige økende brukerbehov.

Det er behov for en evaluering på tilgjengeligheten til hjelpemidler utenom ordinær åpningstid.

Dag- og aktivitetstilbudet skal støtte opp under de øvrige tjenestetilbudene innen helse og omsorgstjenesten slik at brukerne samlet sett får et helhetlig tjenestetilbud. Målgruppene har svært ulike funksjonsnivå og behov. Det tilstrebes derfor å ha differensierte og tilpassede tilbud som fører til at flere brukere nyttiggjør seg et aktivitetstilbud. Tilbudene utformes ut fra brukernes behov, funksjonsnivå og interesser heller enn diagnose. Det vil utvikles lavterskeltiltak i kommunen i samarbeid med frivillige og brukerepresentanter.

Det må utarbeides en plan for utviding og differensiering av dagtilbud.

Framtidens dagtilbud for utviklingshemmede er under vurdering nasjonalt (jfr NOU 2016:17 «På lik linje»). Det kommunale tilbudet for dag og aktivitet må sees opp mot nasjonale føringer.

2.1.2 Bo hjemme

Velferdsteknologi, hjemmehjelp og hjemmetjenester.

Velferdsteknologi er et vidt begrep som kan inndeles i de fire følgende hovedgrupper:

- Trygghetsskapende teknologier som
 - skal muliggjøre at mennesker kan føle trygghet og gis mulighet til å bo lengre i egen bolig.

- Mestringsteknologier som
 - skal muliggjøre at mennesker bedre kan mestre egen helse og sykdom.
- Utrednings- og behandlingsteknologier
 - som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet.
- Velværeteknologier som
 - bidrar til at mennesker blir mer bevisst på egen helse

Innenfor det kommunale ansvarsområdet er det i hovedsak trygghetsteknologi og mestringsteknologi det vil være fokus på.

Kommunen har i liten grad tatt i bruk velferdsteknologi i sine tjenester for brukere som bor i eget hjem, men dette er nå på vei inn i tjenestetilbudet. Trygghetsalarmer er første skritt på veien. Videre vil det bli utviklet tjenestetilbud som tar i bruk mobile trygghetsalarmer, medisindispensere, og ulike typer sensorteknologi.

Mobil omsorg ble tatt i bruk i 2015. Arbeidsverktøyet har gitt de ansatte en bedre arbeidshverdag og en bedre ressursutnyttelse. Dokumentasjonsarbeidet knyttet til levering av tjenester er mer hensiktsmessig, samt at muligheten for mangelfull dokumentasjon er redusert.

«Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt, slik det også gjør i mer tradisjonell rehabilitering. Hverdagsrehabilitering er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet.



Det er et mål både for den enkelte og samfunnet å utnytte de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen. Derfor må habilitering og rehabilitering være en naturlig og sentral del av all omsorg og pleie. Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som de siste årene har spredd seg raskt både i Norge og i Norden for øvrig. Hverdagsrehabilitering er et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering i omsorgstjenesten bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne.

Framtidig målsetting:

Karmøy kommune er sterkt engasjert i det interkommunale prosjektarbeidet for velferdsteknologi på Haugalandet. Et av prosjektmålene er å gi brukere mulighet til å bo lengst mulig hjemme med god livskvalitet og gi pårørende trygghet for en god oppfølging av brukeren. Dette prosjektmålet vil også være et av fundamentene for arbeidet med velferdsteknologi i Karmøy kommune.

Velferdsteknologi åpner flere mulighetsrom. Det kan gi mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, bidra til at flere kan bo hjemme til tross for nedsatt funksjonsnivå, og bidra til å forebygge eller utsette institusjonseinnleggelse.

Tjenester i hjemmet – vil øke. Implementering av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten har satt fokus på at tjenester skal gis med målsetting om egenmestring og selvstendighet slik at mennesker blir rustet til å bo hjemme lengst mulig.

Både kvalitetsmessig og ressursmessig ligger det et stort potensiale i en enda sterkere satsing på utbygging av hjemmetjenester. Økt satsing på hjemmetjenesten og tidlig innsats, kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling, og bidra til å utsette behovet for institusjonsplass.

Omsorgsbolig med noe behov for tjenester.

Mange eldre har behov for et tilrettelagt botilbud uten å trenge tjenester hele døgnet.

Omsorgsboliger kan fylle dette behovet, og gi beboerne trygghet, fellesskap, praktisk hjelp og ulike aktivitetstilbud. Brukerne får tjenester fra hjemmetjenesten, eller boligen kan være lokalisert i et boligkompleks hvor det er egen personalbase.

Karmøy kommune har ulike typer omsorgsboliger hvor det gis tjenester tilpasset bruker.²

Følgende bolicalternativer kan tilbys av kommunen:

- Trygdeleiligheter
- Utleieboliger
- Omsorgsboliger

Fremtidig mål:

Nivået for antall omsorgsboliger/trygdeleiligheter/utleieboliger bør ligge på det nivået vi har i dag, men det er behov for å ha tilpassede boliger, sentralisere boligene i større grad, samt se det opp mot andre tjenestetilbud.

Ventelistene viser er det stort behov for omsorgsboliger med personalbase eller nærhet til personalbase for brukere med noe behov for tjenester. Dersom mennesker med behov for tjenester også skal kunne bo lengst mulig i egen bolig er nærhet til tjenesteytere viktig. Det skaper trygghet og kan i noen tilfeller bidra til å holde behovet for tjenester på et langvarig stabilt nivå. Dette viser seg å ha en særlig betydning for mennesker med utviklingshemming og mennesker med ulike psykiske lidelser.

² Boligsosial handlingsplan 2014 - 2017

Korttids- og rehabiliteringsopphold sykehjem.

Kommunen har gjennomført en funksjonsinndeling av sykehjem, det er nå et tydeligere skille på bofunksjonene til de som skal bo over lang tid og de som er inne på korttidsopphold. Kommunen har også valgt å lokalisere og organisere korttidsplassene sammen med behandlingsrettede tilbud da de defineres som korttidsplasser (mottaksavdeling, lindrende plasser). Sykehjem med korttidsplasser er pr 2016 lokalisert til Norheim bu- og behandlingsheim og Vea sykehjem.

- o Øremerkede lindrende plasser

Kommunen har i dag tre øremerkede senger for lindrende behandling. Omsorgstjenesten skal legge til rette for at mennesker kan dø hjemme, men noen av omsorgstjenestens brukere vil ha behov for behandling og pleie i kortere perioder ved sykehjem. For å kunne ivareta pasienter og pårørendes behov er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på en god måte, og legger til rette for involvering av pårørende.

- o Korttidsopphold/avlastning/behandling/

Kommunen har i dag 60 korttidsplasser. Pasienter i korttidsopphold er ofte personer som kommer rett fra et sykehusopphold. Mange av disse er svært syke, har gjerne flere diagnoser og kan ha omfattende behov for behandling, symptomlindring og pleie/omsorg. I tillegg er en del av plassene satt av til avlastningsopphold til mennesker som bor hjemme.

- o Rehabilitering

Veas sykehjem har plasser som er øremerket for pasienter som får vedtak om rehabiliteringsprosess. Pasienter som får innvilget dette får et korttidsopphold på Veas sykehjem med rehabilitering som formål for oppholdet.

Fremtidig mål:

Erfaringer fra funksjonsdelingen som ble gjennomført i 2013 viser at dette var et viktig grep for å øke kvaliteten i tjenestene. En samling av korttidsplasser og behandlingsrettede tilbud har gitt både brukere og ansatte en bedre hverdag under oppholdet. Ansatte opplever etter funksjonsdelingen at de får benyttet sin kompetanse på en bedre måte, samt at de opplever

større grad av mestring i forhold til å kunne gi tilpassede tjenester til brukerne. Kommunen ønsker å videreføre funksjonsdelingen, og Veia sykehjem vil ved ferdigstilling av del 2 ha et eget bygg som er tilrettelagt for korttidsplasser. I første omgang er nybygget på Veia sykehjem tenkt brukt til pasienter som for tiden er på andre institusjoner. Erfaring viser at det er behov for å øke antall rehabiliterende plasser og plasser for lindrende behandling. Det må gjennomføres en analyse av hvor stor andel av korttidsplassene som skal øremerkes disse behandlingsrettede tilbudene.

2.1.3 Tilrettelagte botilbud

Tilrettelagte botilbud deles inn omsorgsbolig med heldøgnsbemanning og langtidsopphold i institusjon. Alle botilbudene har heldøgnsomsorg. Planen er avgrenset til i hovedsak å omhandle tilrettelagte botilbud, og dette beskrives dermed noe mer enn de øvrige trinnene i omsorgstrappen, samt at de deles inn i forhold til brukergruppene.

Eldre

Karmøy kommune har i dag en total dekningsgrad for heldøgnsomsorg pr 2016 på ca **22,3%** for eldre i aldersgruppen 80+ . Fordelt på de ulike plassene har kommunen følgende dekningsgrad

- institusjon 17%
- heldøgnsomsorgsplasser 1,3%
- omsorgsboliger med hjemmetjenester 3,9%

Omsorgsbolig med heldøgnsbemanning

Kommunen har i dag 21 plasser for eldre i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning. Deler av Bygnestunet og deler av Løftentunet er omsorgsboliger med heldøgnsomsorg som retter seg mot demens . Omsorgsbolig med heldøgnsbemanning er tiltenkt brukere som kan dra nytte av å bo i egen bolig men hvor funksjonsnivået viser at de har behov for tjenester flere ganger i løpet av døgnet. Kommunen opplever at det i dagens drift er utfordringer med å få «rett bruker på rett omsorgsnivå», noe som har medført at brukere i heldøgnsomsorgsbolig og brukere på langtidsplass i institusjon pr i dag kan ha et like høyt behov for tjenester. Dette

gir en uhensiktsmessig drift og høyere driftsutgifter i boliger med heldøgnsomsorg enn det som er tiltenkt på dette omsorgsnivået.

Figur 5: Plasser i bolig med heldøgnsomsorg for eldre.

| | |
|--------------------------|----|
| Byggestunet ³ | 14 |
| Løftentunet ⁴ | 7 |

Rus og psykisk helse

Karmøy kommune har 23 heldøgnsomsorgsplasser/boliger med personalbase for brukere i rus og psykisk helsetjeneste, men disse retter seg i hovedsak mot yngre brukere. Det oppleves som utfordrende å gi et godt tilbud til eldre brukere med stort omsorgsbehov på disse plassene.

Brukere i denne gruppen har en lavere gjennomsnittlig levealder enn øvrig befolkning (betegnes som eldre fra ca 45 år). Brukerne får da et økende behov for pleie kombinert med sine utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse.

Det er pr i dag ikke definert egne heldøgnsomsorgsplasser i bolig eller institusjon for eldre brukere i denne brukergruppen i Karmøy kommune. Brukere med aktiv rus som har behov for somatisk behandling tildeles derfor en plass med heldøgnsomsorg ut fra et somatiske behov. Kommunen ser at det er utfordrende å gi et godt tilbud til eldre brukere med aktiv rus og eller psykisk sykdom i ordinære sykehjemsplasser eller heldøgnsomsorgsboliger.

Figur 6: Plasser i bolig med heldøgnsomsorg/omsorgsbolig med personalbase.

| | |
|--------------------------|----|
| Pilehagen ⁵ | 14 |
| Østremtunet ⁶ | 9 |

³ Heldøgnsomsorgsbolig lokalisert med Kopervik BBH og Østremtunet.

⁴ Heldøgnsomsorgsbolig lokalisert på Avaldsnes. I samme enhet er det også en avdeling for brukere med utviklingshemming.

⁵ Boliger med personalbase i nær tilknytning som yter tjenester på dag og kveld.

⁶ Boliger med heldøgnsomsorg.

Utviklingshemmede

Karmøy kommune har i dag heldøgnsomsorgsplasser i bolig for denne brukergruppen. Mennesker med utviklingshemming har økt sin gjennomsnittlig levealder vesentlig de siste 30 årene. Brukerne får med økende alder et økende behov for pleie kombinert med sine utfordringer knyttet til utviklingshemming. Det er pr i dag ikke definert egne heldøgnsomsorgsplasser i bolig eller institusjon for eldre brukere i denne brukergruppen. Brukerne bor i sin bolig livet ut, og ved økende behov for pleie har Karmøy kommune i hovedsak ikke hatt en tradisjon for å tildele disse brukerne plass i sykehjem. Bruker har fått tjenester i eget hjem utført av ansatte i aktuell bolig. Kommunen ser at det er mange og komplekse utfordringer ved å ha brukere som får store somatiske behov boende hjemme i egen bolig da disse som oftest deler bolig med andre utviklingshemmede som er fysisk friske.

Figur 7: Omsorgsboliger for utviklingshemmede/ brukere med nedsatt funksjonsevne pr nov.2016

| Omsorgsboliger | Antall plasser |
|-------------------------|----------------|
| Hålandshøgda | 6 |
| Øygaardshaugen | 4 |
| Mosbronvegen | 6 |
| Mosevegen | 4 |
| Engtunet | 12 |
| Eidevegen | 4 |
| Granvegen | 4 |
| Rusvikvegen a, b, c | 8 |
| Løftentunet | 5 |
| Dalabrekkå | 4 |
| Litlabjörgvegen | 8 |
| Tomasvegen 16 | 4 |
| Tomasvegen 17 | 4 |
| Austbøvegen 23, 24, 25. | 10 |

Langtidsplasser i institusjon

En institusjonsplass i Karmøy kommune har en gjennomsnittlig brutto kostnad på ca 1 131 000 pr år.⁷ Karmøy har en høy kostnad pr institusjonsplass sett i forhold til sammenlignbare kommuner.⁸ Variasjonen er imidlertid stor fra enhet til enhet, og det som ser ut til å påvirke kostnaden pr institusjonsplass er variabler som bl.a

- antall plasser totalt i enheten (størrelse)
- byggets utforming og funksjonalitet i forhold til brukergruppens behov
- antall institusjoner totalt i kommunen (stordriftsfordeler)

Funksjonsinndeling av sykehjemmene i kommunen har gitt et bedre botilbud til de som skal bo over lang tid. Både institusjoner og omsorgsboliger yter tjenester til brukere med ulike behov/diagnoser, og det er i liten grad lagt opp til spesialisert drift. Fredheim (institusjon) har kun pasienter som har hoveddiagnose demens. Ved de øvrige sykehjemmene er langtidsplassene organisert i demensavdeling og somatisk avdeling. Det kan forekomme at pasienter med demens diagnose får plass i somatisk avdeling i påvente av ledig plass i demens avdeling.

Kommunen 6 spesialplasser i forsterket skjermet enhet for demens, disse plassene er ved Veia sykehjem.

⁷ Netto driftsutgift pr. sykehjemsplass, funksjon 253 og 261. Kostra 2015.

⁸ Rapport, Agenda Kaupang juni 2016.

Figur 8: Plasser i institusjon fordelt på enheter og avdelinger pr. november 2016.

| Langtid | | | | Korttid | | | | |
|---------------|----------|-----------------|---------------------|----------------|-----------|---------|--------|--------|
| Sted | Somatikk | Skjernet demens | Forsterket skjernet | Rehabilitering | Lindrende | Korttid | Mottak | Totalt |
| Skudenes BBH | 30 | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 |
| Åkra BBH | 21 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 31 |
| Fredheim | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| Vea Sykehjem | 0 | 8 | 6 | 4 | 0 | 28 | 0 | 46 |
| Kopervik BBH | 21 | 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 42 |
| Storesund BBH | 21 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 |
| Norheim BBB | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 16 | 9 | 28 |

Erfaringer fra funksjonsdelingen som ble gjennomført i 2013 viser at dette var et viktig grep for å øke kvaliteten i tjenestene innenfor heldøgnsomsorg i institusjon. Økende levealder i kombinasjon med mer komplekse helsetilstander i befolkningen medfører at det er økt behov for tjenester med høy faglig kompetanse og mer spesialisert kompetanse. Ansatte opplever etter funksjonsdelingen at de får benyttet sin kompetanse på en bedre måte, samt at de opplever større grad av mestring i forhold til å kunne gi tilpassede tjenester til brukerne. Det er behov for en ytterligere funksjonsinndeling av langtidsplasser, da i forhold til opprettelse av egne tilrettelagte senger/en avdeling for pasienter i rus og psykisk helsetjeneste. Dette er en brukergrupper som er utfordrende å samordne med andre brukergrupper, samt at det er behov for ansatte med spesialkompetane innenfor området.

En høy andel av de som bor på institusjon i dag i Karmøy kommune har en demensdiagnose eller vurderes som begynnende demente. Dette kan også ses i nasjonale tall hvor om lag 84%

av de som bor i sykehjem har demenssykdom. Samme kartlegging viser også at ca 40% av de som er over 70 år og som mottar hjemmetjenester har demens.

En økning av antall eldre (jmf figur 2) vil medføre at flere av kommunens befolkning i den eldre aldersgruppen får demens, fordi forekomsten av demens øker med alderen.

I underkant av halvparten av plassene i institusjon/heldøgnsomsorgsboliger er forbeholdt demente. Flere av disse plassene er i liten grad tilpasset de dementes behov. Evalueringen av det totale tjenestetilbudet til disse brukerne påpeker at enhetene/avdelingene i sykehjemmet er for store og krevende å orientere seg i. I forhold til demente kan dette medføre uro og uønsket adferd. Flere av plassene ligger i etasjer over bakkenivå, noe som begrenser de dementes mulighet til å gå ut, og utearealene er i liten grad tilpasset de dementes behov. Kommunen har en enhet med heldøgnsomsorgsboliger for demente (Løftentunet).

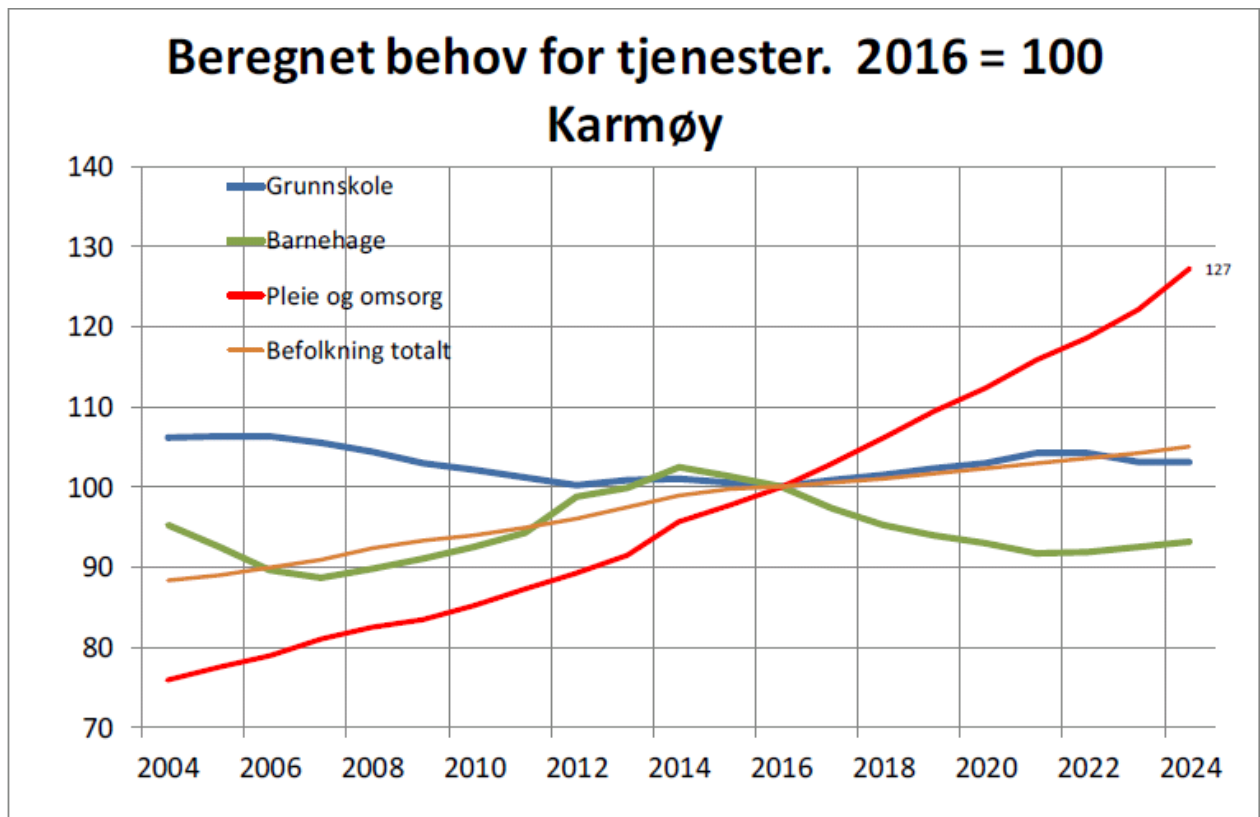
Kommunen ser at det er et behov for å tilrettelegge og definere flere av dagens plasser i institusjon til brukere med demenssykdommer.

Framtidig mål for heldøgnsomsorg:

En fremskriving av befolkningen i kommunen sett opp mot dagens nivå på tjenestene i helse- og omsorgssektoren viser at kommunen vil ha økning på 108% i 2040 sammenlignet med dagens nivå. Denne økningen vil ikke være bærekraftig dersom nivået på tjenestene i 2040 skal være identisk med dagens nivå på tjenestene. Kommunen må derfor som skissert tidligere i planen ta strategiske og bevisste veivalg for å møte denne utfordringen. Med bakgrunn i nasjonale føringer og kommunens målsetting om at flere skal gis anledning til å bo lengst mulig i eget hjem må det legges opp til en styrking i tjenester og tiltak som bygger opp under dette.

Kommunen har igansatt flere parallelle prosesser som kan være med på å bygge opp under målsettingen om at befolkningen skal gis mulighet til å bo i eget hjem lengst mulig (jmf. kapittel 5). Dette kan dermed danne grunnlag for de fremtidige strategiske valg som kommunen må ta i forhold til hvordan det skal planlegges for fremtidens heldøgnsstilbud og alternative boformer for brukere i helse- og omsorgstjenesten.

Figur 9: Beregnet behov for tjenester pr 21.juni 2016. Kilde SSB. MMMM alternativet. Korigert for behov.

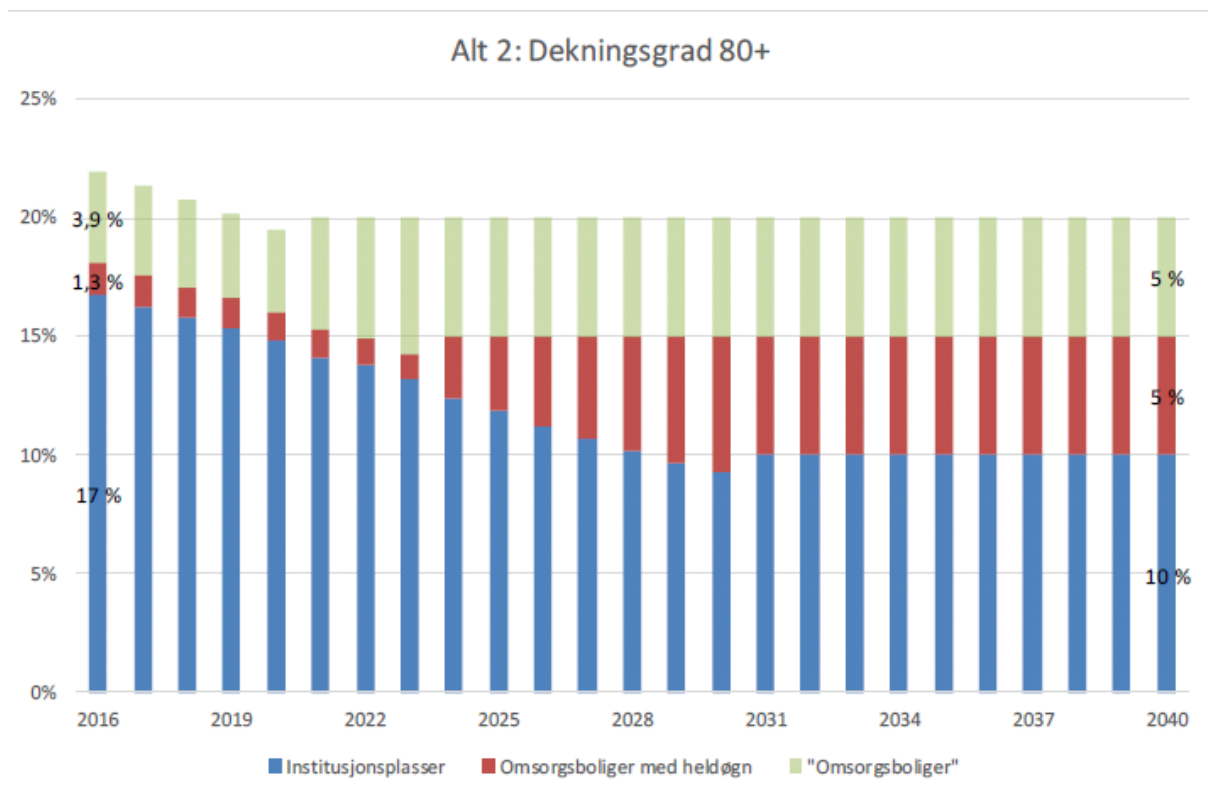


Anbefalinger basert på kartlegging og analyser gjort av Agenda Kaupang viser at Karmøy kommune kan gå for en modell for fremtidig heldøgnsomsorg hvor det legges opp til en økning i antall boliger med en kombinasjon av heldøgnsomsorg, samt at det tilrettelegges for omsorgsboliger hvor beboer kan motta tjenester fra hjemmetjenesten. Sammenlignet med dagens situasjon vil en større andel av heldøgnstilbudet bli gitt i omsorgsboliger. Denne dreiningen forutsetter en videre økt satsing på hjemmebaserte tjenester, noe i følge andre kommuner erfaringsmessig vil gi en reduksjon i behovet for heldøgnsomsorg i institusjon. Dersom kommunen lykkes med denne sastingen vil det i praksis bety at det ikke er behov for å bygge flere institusjonsplasser før ca år 2028.

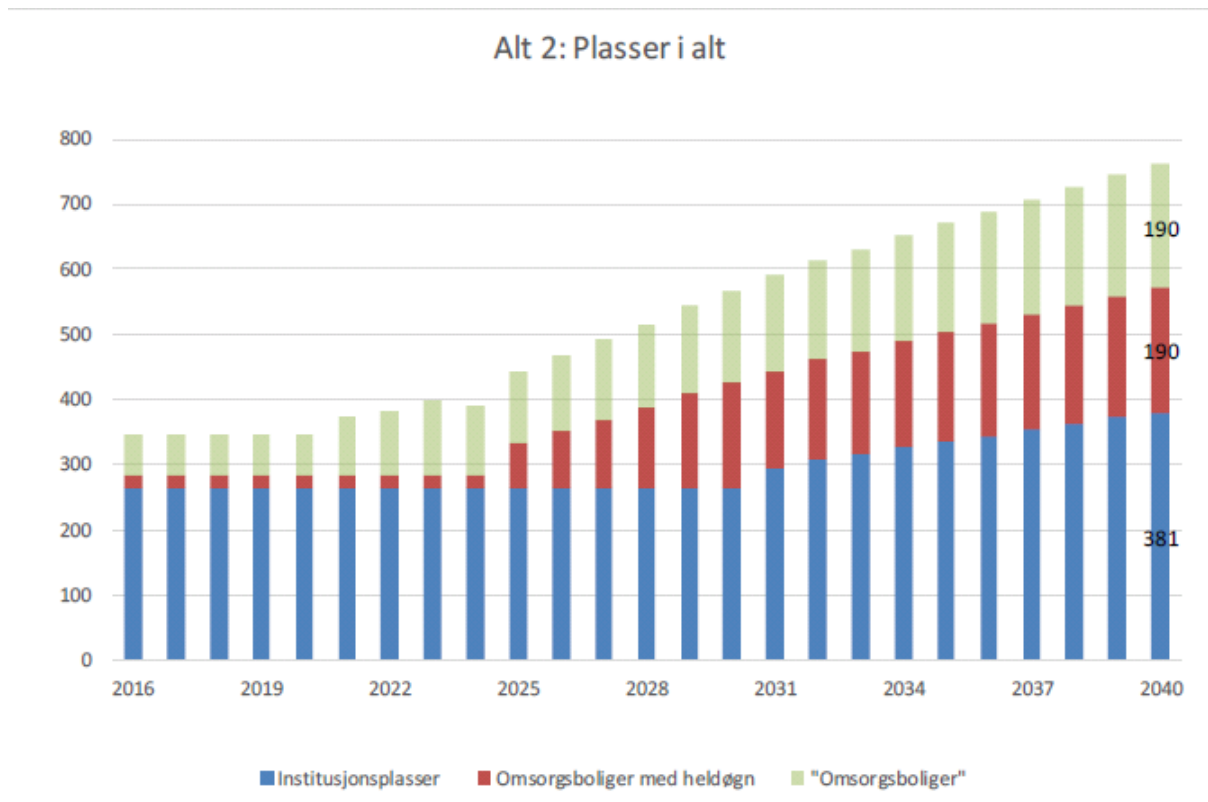
Fordelt på de ulike plassene vil kommunen i 2026 ha følgende dekningsgrad

- institusjon 11%
- heldøgnsomsorgsplasser 4%
- omsorgsboliger med hjemmetjenester 5%

Figur 10: Dekningsgrad for innbyggere 80 år og eldre.

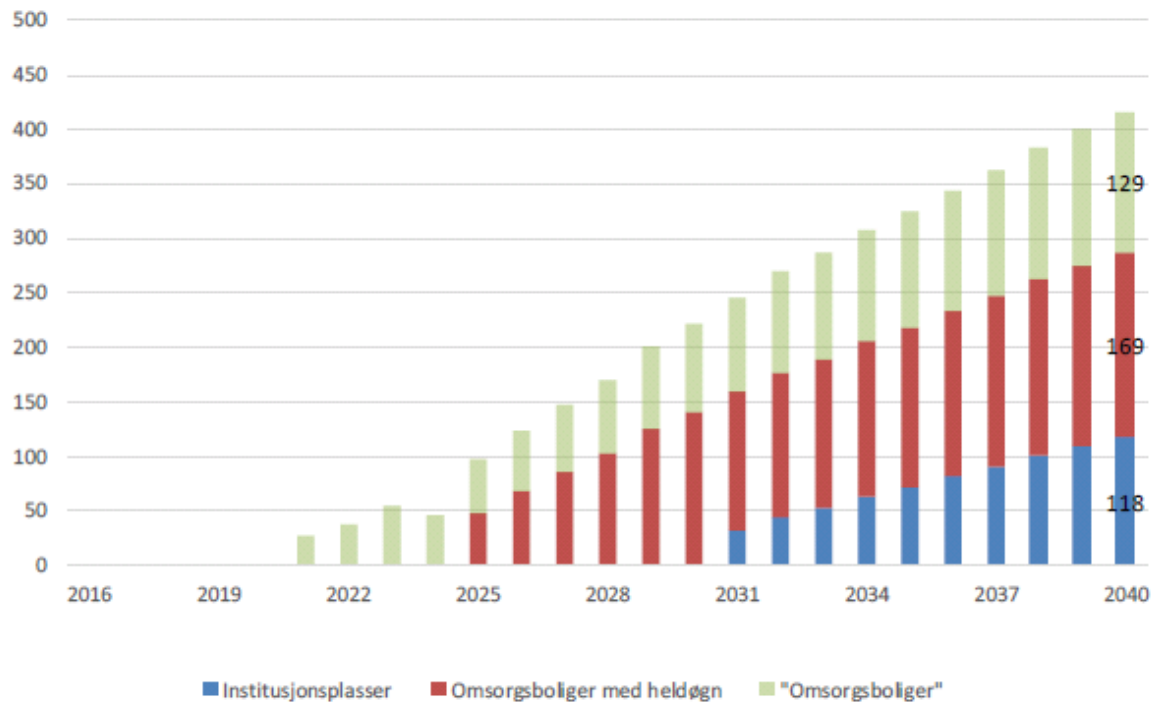


Figur 11: Totalt antall plasser frem mot 2040.



Figur 12: Antall nye plasser det er behov for frem til 2040.

Alt 2: Nye plasser



Det anbefalte alternativet viser at kommunen i planperioden 2016 til 2026 må legge opp til en økt satsing på boliger med heldøgnsomsorg og omsorgsboliger kombinert med en styrking av hjemmebaserte tjenester for å nå målsettingen for eldre.

Ved utbygging av omsorgsboliger for eldre med omfattende tjenestebehov kan det være en fordel med samlokalisering i nærhet til heldøgnsbemannede tilbud (institusjon). Erfaringer viser at eldre som bor i slike boliger kan bo i egen bolig selv med et stort tjenestebehov.

Omsorgsboliger hvor bruker mottar tjenester fra hjemmetjenesten kan bygges og eies av kommunen eller private, men kommunen vil ved privat eie ha tildelingsrett på boligen. Brukere vil ha ulike behov for tjenester, men felles er at alle mestrer hverdagen i egen bolig ved hjelp av individuelle tilrettelagte tjenester i hjemmet. Boligene kan med fordel etableres nært hjemmetjenestens base, eller ha en egen personalbase.

Målsettingen om å gi alle muligheten til å bo lengst mulig i eget hjem forsetter en variasjon i private og offentlige boliger. Det betyr i praksis at kommunen må inngå samarbeid med

private aktører når boliger skal bygges, det må bygges «demensvennlige boliger» og det må være variasjon i boligtypene. For enkelte brukergrupper er det mest formålstjenelig med kommunal utbygging. Videre må boligtypene være bemanningsvennlige slik at det kan gi grunnlag for en rasjonell kommunal drift ut fra hvilken type bistand som skal gis i de ulike boligformene.

Studier viser at pårørende tar mer aktivt del i omsorgsarbeid i omsorgsboliger enn i sykehjem og institusjonstilbud (Bogen og Høyland 2006). Utvikling av hjemmetjenester gir grunnlag for å videreutvikle samarbeidet mellom den offentlige omsorgstjenesten og den frivillige og familiebaserte omsorgen.

Demens

Dagens tjenestetilbud er ikke i tilstrekkelig grad bygd og tilrettelagt for mennesker med demens. Nasjonal og internasjonale undersøkelser viser at spesielt tilrettelagte dagaktivitetstilbud kan være kostnadseffektive og gi hensiktsmessig avlastning for familien. Demente brukere utgjør en stor andel av de som tildeles heldøgnsomsorg i institusjon eller i omsorgsbolig med heldøgnsomsorg. Behovet for heldøgns tjenester for denne gruppen er stort, og demente må ofte plasseres i somatiske avdelinger i påvente av ledig plass i en demensavdeling. Ofte er dette lite gunstig både overfor de demente, men også i forhold til andre brukere.

Det vil i fremtiden være behov for

- Et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demenslidelse
- En godt utbygd hjemmetjeneste
- Gode avlastningsordninger
- Sykehjem/omsorgsboliger tilpasset mennesker med demens, med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til tilrettelagte utearealer

Utviklingshemmede

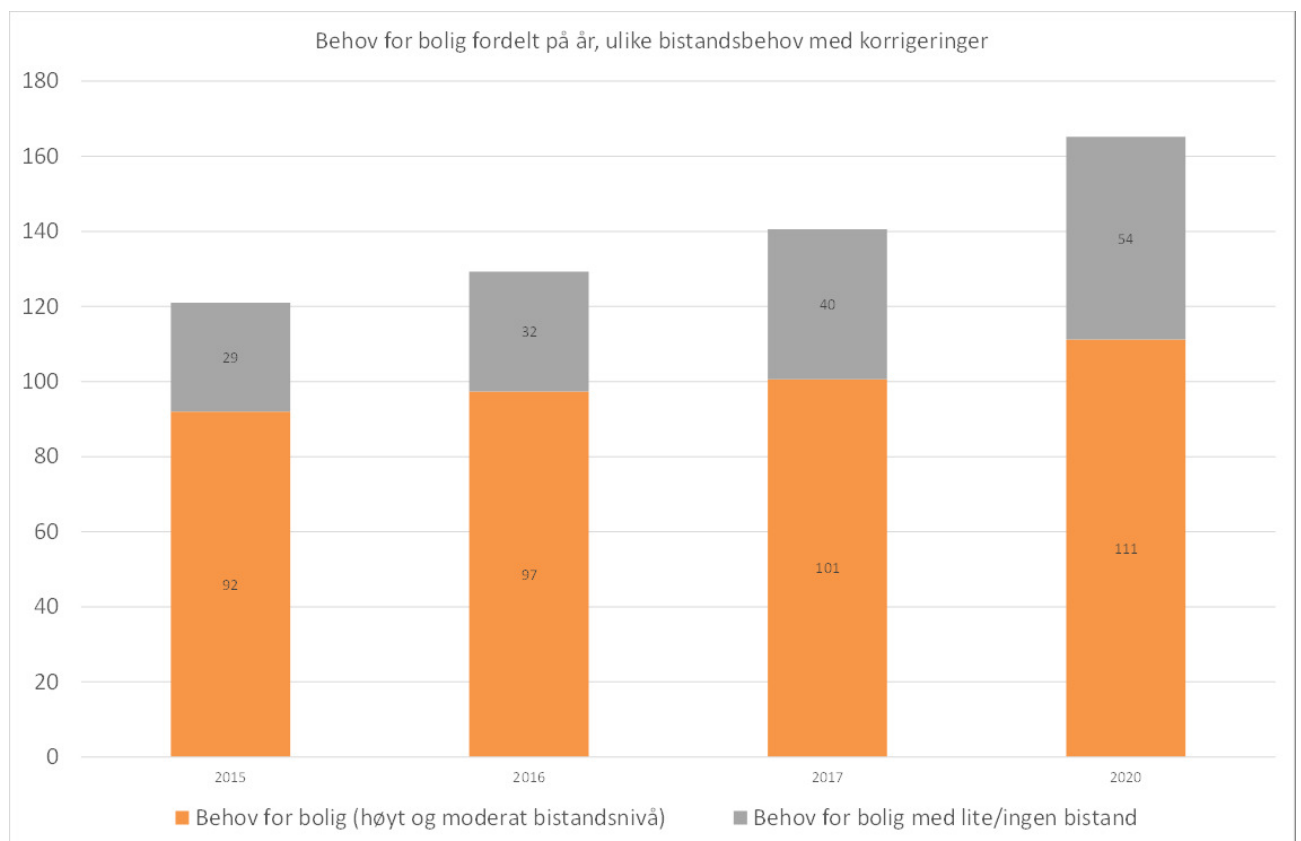
Det kan være problematisk å framskrive et behov for tjenester statistisk til denne brukergruppen. Dette henger sammen med at brukere som i dag har en tjeneste, kan ha

behov for andre typer tjenester når de blir eldre. I tillegg kan det forekomme endringer i behovene hos brukerne, som kan medføre endrede behov for tjenester.

Dette kan både omhandle type tjenester, samt at behovene kan gjøre seg gjeldende før/senere enn det som er lagt til grunn i en kartlegging. Behover for barnebolig er ikke tatt med i fremskrivingen.

I beregningene som er gjort og som det vises til nedenfor er det lagt til grunn et 10 års perspektiv fram til 2026. Kommunen har pr mai 2016 registrert 83 nye brukere som kommunen kjenner til, og 55 av disse har behov for bolig innen 2021 (basert på at de flytter i egen bolig i en alder av 20 år) . 23 personer er vurdert å ha behov for mye bistand, 4 er vurdert å ha moderat behov for bistand, 28 personer vurdert til å ha lite eller ingen behov. Behover for 55 nye plasser frem til 2021 kommer i tillegg til de 87 plassene kommunen har pr i dag fordelt på 17 boliger.

Figur 13: Modellen viser behovet for boliger for utviklingshemmede.



Behov for tjenester kan endres (komme før, komme senere- eller frafalle). I framskrivningen er ikke tilflytting til kommunen inkludert. Framskrivningen baseres på historisk frafall innenfor denne brukergruppen siste 5 år (2011 – 2015).

Hovedvekten av brukerne som har et behov for bolig fremover, beskrives å ha store behov for helse- og omsorgstjenester. Det innebærer at kommunen i tillegg til å planlegge for nye omsorgsboliger, også må planlegge og dimensjonere øvrige helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen som for den øvrige befolkning i tiden frem til eventuell overgang i egen bolig (jmf. omsorgstrappen og BEON- prinsippet).

Dette innebærer at kommunen må kunne tilby tjenester i form av avlastning, ambulante tjenester, dag-/aktivitetstilbud mv. Erfaringer fra andre kommuner viser at dette har stor innvirkning på når behovet for bolig og tilhørende tjenester gjør seg gjeldende. Planlegging og bygging av nye omsorgsboliger, hvor det skal tilrettelegges med personaltjenester, er et langsiktig arbeid. Kommunen må planlegge og sikre driftsoptimale avdelinger, og sikre samlokaliseringseffekter f eks bolig/dagtilbud. Det må som i dag også i fremtiden planlegges for ulike «botilbud» for å ivareta ulike behov (fra ambulante til stedlig bemanning).

Det vil i framtiden være behov for

- Se på struktur og innhold dag/aktivitetstilbud
- Gode avlastningsordninger
- Omsorgsbolig med bemanning
- Omsorgsbolig i nær tilknytning til personalbase med mulighet for tett oppfølging

Rus og psykisk helse.

Mest sannsynlig kan dagens rate for antall personer med rus og psykiske lidelser benyttes ved framskrivning av behov. Karmøy kommune vil dermed ha 8,0 rusmiddelavhengige pr 1000 innbyggere over 18 år og 9,7 brukere med psykiske lidelser pr 1000 innbyggere over 18. Forebygging og gode tjenestetilbud kan bidra til noe reduksjon i raten .

Samtidig har kommunale tjenester rettet mot psykisk helse og rusomsorgen økt og vil øke i omfang fram mot 2030 som følge av samhandlingsreformen, opptrappingsplan for psykisk helse og opptrappingsplan rus . Kommunen har fått et økt ansvar for forebygging, behandling og oppfølging av personer med psykisk lidelse og rus som får betydning for tjenesteutviklingen.

Gjennomsnittsalderen for rusmiddleavhengige har økt de siste år som et resultat av god rusbehandling (særlig LAR og boligoppfølging). Rusmiddleavhengige karakteriseres som eldre fra 45 år, med aldersforandringer. Dette medfører behov for bemannede omsorgsboliger, pleie og omsorgstjenester. I planlegging av tjenestetilbud må det derfor tas høyde for en aldrende gruppe personer med rus og psykiske lidelser.

Omsorgsbolig med personalbase eller nærhet til personalbase gir mulighet til å gi trygghet og oppfølging til personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse og rusmiddleavhengighet som har behov for det. Ved å samle flere omsorgsboliger i tilknytning til eksisterende personalbaser kan det gis et bedre tilbud til flere brukere. Dette vil gi bedre kompetanse, bedre tjenester til brukerne og øke den effektive driften av tjenestetilbudet.

De utfordringene og behovet kommunen står overfor er:

- Oppfølging av brukere med samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser.
- En god oppfølging av brukere i hjemmet ved rus og psykisk helsetjeneste som reduserer behov for heldøgnsomsorg.
- Utbygging av tilstrekkelig antall tilpassende kommunale boliger som kan redusere behovet for omsorgsboliger uten eller med bemanning.
- Tiltak for brukere med lettere og moderate psykiske lidelser som kan dempe tilvekst av nye brukere.
- Tilpasset omsorgsbolig i nær tilknytning til personalbase med mulighet for tett oppfølging.
- Heldøgnsomsorg for eldre rusmiddelbrukere.

3 Hvem bygger vi heldøgnsomsorgplasser for?

Kunnskapsgrunnlaget om fremtidens behov for kommunale tjenester er basert på den demografiske utviklingen. Dette danner grunnlaget for å kunne vurdere hvor mange plasser med heldøgnsomsorg det vil bli behov for. Antall eldre i befolkningen vil øke, samtidig går gjennomsnittlig levealder opp. Det vil med høy sannsynlighet føre til at vi får flere syke i årene fremover. Det er en klar usikkerhet i forhold til å si noe om behovet for antall plasser med heldøgnsomsorg, samt behovet for plasser og boliger til ulike typer brukergrupper. For å imøtekomme behovene i kommunen i fremtiden må Karmøy kommune bygge fleksible plasser og boliger som kan tilpasses ulike brukere og behov.

Forekomst demens

Figur 14: Nasjonale tall på forekomst av demens i befolkningen.

| | prevalens | 2020 | 2030 |
|------------|-----------|-------------|-------------|
| 65 – 69 år | 0,9 % | 4 897 (147) | 5 613 (168) |
| 70 – 74 år | 2,1 % | | |
| 75 – 79 år | 6,1 % | | |
| 80 – 84 år | 17,6 % | 1 904 (571) | 3 075 (922) |
| 85 – 89 år | 31,7 % | | |
| 90 år + | 40,7 % | | |

Personer med demens er en stor diagnosegruppe blant brukere av kommunale omsorgstjenester. I Demensplan 2020 fremheves behovet for å utvikle et mer demensvennlig samfunn.

«Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder, og kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. Demens skyldes progredierende sykdommer som påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke og deres pårørende. De som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp. Personer med demens har ofte et sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder. For helse- og omsorgstjenestene innebærer det store utfordringer å planlegge, dimensjonere og tilrettelegge

for helhetlige og sammenhengende tjenester til personer med demens og deres pårørende.

(Demensplan 2020)

Personer med en demensdiagnose er den største gruppen som har behov for tilrettelagte botilbud⁹. Flere studier peker i retning av at tilrettelagte boenheter med hjemelig miljø og få brukere har gunstig effekt på personer med demens, blant annet ved at det reduserer uro. Husbanken har lagt føringer for dette i investeringstilskudd for bygging av sykehjem og omsorgsboliger hvor kravet er at plassene skal være tilrettelagt for personer med demens og annen kognitiv svikt. Dette innebærer små avdelinger og bofellesskap med enkel tilgang til uteareal, transport, som integreres i et nærmiljø og gjerne deler areal med andre tjenester og tilbud.¹⁰

Utviklingshemmede

Det er ingen klar definisjon av forekomst innenfor utviklingshemming, men nasjonale tall anslår ca 1 – 2 % av befolkningen. Det er en målsetting at personer med utviklingshemming får leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Ideologien bak HVPU reformen var normalisering og intergrering i samfunnet, samt å unngå særomsorg basert på utviklingshemming og diagnose.

Et anslag basert på at 1,5% av befolkningen vil ha utviklingshemming betyr at Karmøy vil ha ca 660 personer med utviklingshemming i 2020, og i 2030 vil anslaget bli ca 720 personer med utviklingshemming. Videre blir det definert at 1/3 av disse vil ha et større behov for bistand. Per mai 2016 er det 206 brukere med utviklingshemming som mottar helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Kommunen har totalt 87 brukere som mottar tjenester i 17 ulike bofellesskap¹¹ (i hovedsak knyttet til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser). Flere av disse boenhetene ligger i samme bygningsmasse som personalbasen, mens andre boenheter ligger i nær tilknytning til bygning med personalbase. Kommunen har etablert 2 barneboliger som

⁹ Demensplan 2020

¹⁰ Omsorg 2020

¹¹ Pr mai 2016

gir tjenester til 2 brukere. Det er i dag 14 barn/unge og 15 voksne mottar avlastning i bolig. Kommunen har 4 BPA ordninger til brukere i brukergruppen, og en av disse er i kommunal regi. Brukere med utviklingshemming har hovedsakelig blitt boende i bolig livet ut (ikke flyttet over på insitusjon ved økt pleiebehov, men fått pleie i egen bolig).

Avlastningstilbudet kommunen har i dag, viser at det er behov for større differensiering av tilbudet. Dette både i form av aldersgrupper, funksjonsnivå og type tilbud.

Brukerundersøkelser viser også at pårørende har et større behov for valgfrihet og forutsigbarhet i forhold til tidspunkter for avlastning.

Kommunen har i dag fire dag/aktivitetstilbud for utviklingshemmede. Tilbudene er differensiert ut fra funksjonsnivå for brukergruppen. Erfaringstall viser at det er 4-5 brukere som har behov for dagtilbudsplass hvert år. Dette reguleres med at noen av brukerne «pensjoneres», og får tilbud i egen bolig eller nærmiljø.

Det er behov for å se på struktur og innhold i dagens tilbud, og se på muligheter for optimalisering av tilbudet innenfor dagens økonomiske rammer.

Dagens organisering er botilbud i små enheter, med små og sårbare fagmiljø. Mange av botilbudene har små og uhensiktsmessige personalbaser.

Ventelister for bolig er 3-5 nye brukere årlig. De fleste ønsker å bo i bolig med heldøgns bemanning.

Rus/psykisk helse

Forekomsten av psykiske lidelser har vært stabil de siste tiårene ifølge Folkehelseinstituttet, 2009. Forekomsten i Norge er på nivå med andre vestlige land. 30-50% av befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet. De tre vanligste psykiske lidelsene er angstlidelser, depressive lidelser og alkoholmisbruk/avhengighet. Dette omfatter mindre alvorlige, moderate og alvorlige tilstander. De fleste psykiske lidelser debuterer i ung alder (mange i barne- og ungdomsalder, de fleste før 30 år.) For mange er den psykiske lidelsen kronisk fra det tidspunkt den debuterer. Forekomsten av alvorlig psykiske lidelser er stabil og ligger på 1-2 % av befolkningen.

Kartlegging ved hjelp av Brukerplan er utført årlig fra 2005 for rusmiddelavhengige i Karmøy. Fra 2013 er det også gjennomført kartlegging av personer med psykisk lidelse. Hensikten med kartleggningen er todelt; skaffe kommunen oversikt dagens brukere, funksjonsnivå og behov. I tillegg gir det mulighet til å framskrive brukerbehov til bruk i kommunens planarbeid.

Karmøy kommune ligger på landsgjennomsnittet når det gjelder andel rusmiddelavhengige i kommunen. I 2015 er 262 brukere over 16 år kartlagte, 69% er menn og 31 % er kvinner. Det utgjør en rate på 8,0 pr 1000 innbygger (raten for hele landet er på 7,7% for alle innbyggere over 18 år.) Rusproblematikken har vært og er relativt stabil i kommunen og det er god oversikt over behovet til kjente brukere i kommunen ut fra rusarbeidet i kommunen og brukerplankartleggingen. Utskiftning ligger på om lag 20%, det vil si 20% går ut og det kommer 20% nye brukere inn fra år til år.

315 brukere (9,7 brukere/1000 innbyggere) med kun psykiske lidelser ble kartlagt i Karmøy i 2015. 67% kvinner og 33% menn. Dette er tilnærmet raten på landsbasis (9,4 % pr 1000 innbygger over 18 år) hva gjelder prevalens og kjønnsfordeling. Det er sannsynlig at ved framskriving av behov og vurdering av dekningsgrad at dagens rate for antall personer med rus og psykiske lidelser kan benyttes.

Målet med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. I tillegg er målet at alle skal leve et mest mulig normalt liv og være innlemmet i det lokalsamfunnet de er en del av. Brukernes behov skal være utgangspunkt for tjenestene; brukerperspektiv og brukervedvirkning framheves som viktig.

4 Estimert plassbehov heldøgnsomsorg

Kommunen har i tidligere planer operert med begrepet dekningsgrad, og en har hevdet at dette er en statlig norm som tilseier at kommunene skal ha en dekningsgrad på 25% sykehjemsplasser i prosent av eldre over 80 år. I de siste årene har det blitt stilt spørsmål med hvorvidt det er mulig å operere med en lik praksis for beregning av behovet i kommunene, og om en slik praksis eventuelt lar seg overføre til en nasjonal standard.

En undersøkelse gjort av KS tyder på at det kan være vanskelig å beregne en mer lik praksis av behov for heldøgns plasser i kommunene da dette vil være forbundet med en rekke utfordringer som foreløpig ikke er løst. En kommunal veiledende norm kan være fornuftig, men denne må kunne differensieres i ulike nivåer av heldøgnsomsorg.

Denne undersøkelsen bekrefter også det som står å lese i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg «I offentlige debatter blir det i mange sammenhenger hevdet at det er behov for 25 % dekning av sykehjems plasser i prosent av eldre 80 år og over, og at dette er en statlig norm for sykehjemsdekning. Dette er en myte som brukes både i politisk ordskifte, fra interesseorganisasjoner og i lokal planlegging. Det eksisterer imidlertid ingen slik statlig norm. En dekningsgrad på 25 % savner også et faglig vitenskapelig belegg, og blir spesielt vanskelig når den forsøkes anvendt på enkeltkommuner.

Det har fra regjeringens side aldri blitt vedtatt en norm eller en minimums dekningsgrad verken for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem eller omsorgsboliger. Det er behovet i befolkningen i den enkelte kommune til enhver tid som er avgjørende for hvor mange som skal gis et heldøgns tilbud i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. På dette området er det forholdsvis store kommunale variasjoner i behov, både ut fra befolkningssammensetning og ulike lokale forhold. Tvert i mot ble det i St meld nr 31 (2001-2002) om avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen advart mot å benytte slike normtall: «Regjeringen vil understreke at dekningsgradene ikke er å betrakte som normtall eller minimumsstandarder, og at de i denne sammenheng bare er benyttet som måltall for handlingsplanen» (NOU 2011:11 kapittel 3.2.3)

4.1 Prosjekter, utbygginger og arealer.

Karmøy kommune hadde i 2011 en tilstandsvurdering på institusjoner og omsorgsboliger. Noen av byggene som ble benyttet til heldøgnsomsorg for eldre er nå avvirket (Avaldsnes og Kopervik aldersheim). Øvrige institusjoner og boliger med heldøgnsomsorg for eldre ble beskrevet med følgende:

1. Skudenes bu- og behandlingsheim: bygget tilfredstillende ikke bygningsmessig kvalitet, samt bokvalitet og bakkenærhet for beboere.

2. Åkra bu- og behandlingsheim: Omfattede maurproblemer. Bakkenærhet og tilgjengelige uteområder gjør at det kan fungere godt som omsorgsboliger, men bygningsmessige forhold må utredes nærmere.

3. Fredheim bufellesskap: Bygninger er i god teknisk stand. Ingen utbyggingsmuligheter.

4. Kopervik bu- og behandlingsheim: Bygget har ombyggingspotensialet og det er utbyggingsmuligheter. Bygget har god teknisk stand. Det har ikke bakkenærhet for beboere.

5. Storesund bu- og behandlingsheim: Bygget er i god teknisk stand. Det er ikke bakkenærhet for beboere.

6. Norheim bu- og behandlingsheim: Bygget har ikke bakkenærhet for beboere. Store pasientrom. Potensialet for ombygging til heldøgnsomsorgsboliger.

7. Bygnestunet (heldøgnsomsorgsboliger) : Bygget fungerer godt for eldre og demente da det er på bakkenivå og har gode tilhørende uteområder.

8. Løftentunet (heldøgnsomsorgsboliger): Bygget fungerer godt for eldre og demente da det er på bakkenivå og har gode tilhørende uteområder.

Funksjonsfordelingen som ble gjennomført i 2013 viser at en samling av langtidsplasser og korttidsplasser har gitt bedre faglig kvalitet i tilbudet, bedre hverdager for beboerne, lavere sykefravær, bedre utnyttelse av kompetansen hos ansatte, bedre utnyttelse av økonomiske ressurser. Et mål om å fortsatt øke kapasiteten og kvaliteten i driftsenhetene, samt skape en bedre ressursutnyttelse forutsetter bl.a en ytterligere funksjonsfordeling og samling av plasser for heldøgnsomsorg.

Kommunen har så langt følgende planer om heldøgnsomsorg for eldre.

Spanne:

Karmøy kommune har i sin kommuneplan avsatt et område på Spanne til kommunale formål innenfor helse og omsorg. Området er på en slik størrelsesorden at det kan romme en kombinasjon av institusjon og boliger samt andre eventuelle tilhørende funksjoner.

Vea II:

Byggetrinn II på Veia sykehjem skal gi 61 plasser. For å drifte 61 nye korttidsplasser vil det økte driftsbudsjettet til Helse og omsorg øke med ca 36 millioner pr år¹². I tillegg kommer, vaskeri, kjøkken, teknisk drift og vedlikehold. Dette betyr at skal kommunen ta i bruk Veia II må en legge ned tilsvarende plasser ved andre sykehjem. Hvilke sykehjem dette blir vil avhenge av byggenes tilstand i kombinasjon med hvor det er mest kostnadseffektivt å flytte driften til Veia sykehjem.

5 Økonomiske konsekvenser

Det er gjennomført en sammenligning i forhold til bygging og drift for to alternativer for heldøgnsomsorg.

Alternativ 1 – omsorgsbolig med heldøgnsomsorg/omsorgsboliger med tjenester fra hjemmetjenesten.

Alternativ 2 – heldøgnsomsorg i institusjon.

Forutsetningene er lagt i oppsettet nedenfor.

Alternativ 1 - Forutsetninger for omsorgsboliger

På omsorgsboliger varierer arealet fra 46 m² til 72 kvm. Trenden blant flere kommuner er 50-55 kvm, men noen bygger mindre. Til grunn for dette oppsettet er størrelsen 50 kvm. Investeringskostnad bygg pr kvm er varierende i kommunene, og flere er under 30 000 kroner pr kvm som her er lagt til grunn. Vi har lagt til grunn Husbankens satser for tilskudd, som er 30 600 kroner pr kvm.

¹² Estimert i 2016

Fem av kommunene som har blitt forespurt i en kartlegging høsten 2016 rapporterer at de bygger aktivitetssenter i sammen med omsorgsboligene, da med en variasjon på mellom 200 opp mot 1000 kvm. Nesodden kommune bygger nå 30 omsorgsboliger med et aktivitetssenter på 208 kvm. Total bygningsmasse blir likefullt ikke mer enn 2779 kvm, hvilket gir 92,6 kvm i snitt pr bolig. Personalbasen utgjør en mindre andel jo flere omsorgsboliger som bygges, og det ser ut til å variere mellom 10 og 15% av totalt areal.

Det er lagt en forutsetning på 0,5 i pleiefaktor i omsorgsbolig da dette er et omsorgsnivå som er lavere i omsorgstrappen enn heldøgnsomsorg i institusjon. Husleien kan justeres, det vil da gi noe endring i kommunens nettoeffekt. Husleien i allerede eksisterende omsorgsboliger i kommunen er i dag på mellom 5300,- og 10 000,-¹³

Alternativ 2 - Forutsetninger for institusjonsplass.

Dagens pleiefaktor i institusjoner i Karmøy er på 0,7. I denne sammenligningen er pleiefaktoren justert ned til 0,6. Dette er basert på tilbakemeldinger fra andre kommuner som planlegger nybygg og som trekker frem tre momenter som skal gi lavere bemanningafaktor:

- utforming av rom. Lukkede rom uten fare for «rømning» men med vandre plass. Fleksible rom med mulighet for tilpasning til brukes behov.
- sensorteknologi. Kan gi særlig effekt i forhold til bemanningsbehov på natt.
- overvåkning. Kan gi særlig effekt i forhold til bemanningsbehov på natt.

¹³ Eksklusiv faste utgifter.

Figur 15: Sammenligning av kostnader mellom institusjon og omsorgsbolig.

| Heldøgns helse- og omsorgstjenester | | | | |
|---|---------------|-------------------|-----------------------|--|
| Investering og driftskostnad | Forutsetning | Omsorgsboliger | Sykehjemsplasser | Kommentarer |
| Antall plasser | 100 | | | |
| Antall m2 tomt totalt | | 10 000 | 10 000 | 100 m2 for sykehjemsplass, 100 m2 for omsorgsbolig |
| Investering byggekostnad inkl. mva pr m2 | 30 600 | 306 000 000 | 306 000 000 | Dette varierer. Fra ned mot 20 tusen pr m2 og opptil 35' |
| Tomtekostnad pr m2 | 2 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | Samme forhold mellom m2 som for arealet, 10 mål til sykehj. |
| MVA- kompensasjon på byggekostnader (20 % av brutto investering bygg) | | -48 960 000 | -48 960 000 | |
| Investeringstilskudd | | -137 700 000 | -168 300 000 | 1 377 000 i støtte pr omsorgsbolig, 1 683 000 pr sykehjemsplass. |
| Netto investering | | 139 350 000 | 108 750 000 | |
| Årlige kostnad på investeringen | 2,50 % | 6 495 429 | 5 069 091 | Nedskrevet til 0 over 30 år, til grunn nettoinvesteringsbehov |
| Årlige drifts- og bemanningskostnader | | | | |
| FDV | 400 | 400 000 | 2 400 000 | I omsorgsbolig er Kommunen kun ansvarlig for 10% |
| Energi | 200 | 200 000 | 2 000 000 | |
| Varmt vann + vannforbruk m3 | 10 | 10 000 | 100 000 | |
| Renovasjon | 30 | 30 000 | 300 000 | |
| Renhold | 300 | 300 000 | 3 000 000 | |
| Driftsteknisk brukerstyr | 50 | 50 000 | 500 000 | |
| Direkte driftskostnad omsorgsbolig | 0,5 | 48 269 600 | | Mindre sykepleierbruk gir eff.gevinst på 3,3% utover pleiefaktorsbesparelsen |
| Direkte driftskostnad sykehjem | 0,6 | | 59 900 220 | Med utgangspunkt i kommunens langtidssengeplasskostn |
| Sum driftskostnader virksomhet | | 49 259 600 | 68 200 220 | |
| Årlig drifts- og investeringskostnad | | 55 755 029 | 73 269 311 | |
| Inntekter | | | | |
| | | Husleie pr mnd | 85% av gj.sn. Årslønn | |
| Månedlig inntekt pr bruker | | 8 000 | 13 626 | Lagt til grunn tidligere brukerbetaling for sykehjemsplass |
| Inntekt på årsbasis totalt | | 9 600 000 | 16 351 620 | |
| Nettoeffekt | | 46 155 029 | 56 917 691 | Nettokostnad kommunens ansvar |

Case – fra et brukerperspektiv.

For å se på hvordan kostnadsbilde vil se ut fra et brukerperspektiv er et utført en sammenligning i forhold til hvordan det økonomisk vil fortone seg for et ektepar dersom en av ektefellene blir tildelt plass i heldøgnsomsorg i kommunen. Ekteparet består av en minstepensjonist og en pensjonist med en årlig pensjon på 300 000 kroner.¹⁴ Det er utformet to ulike case.

Forutsetningene er lagt i oppsettet nedenfor.

¹⁴ I Karmøy kommune er 21% av pensjonistene definert som minstepensjonister pr november 2016.

Case 1

| Ektepar, en er minstepensjonist. Den andre har en årlig pensjon på 300 000 | Omsorgsbolig til | Sykehjem til |
|---|-------------------------|---------------------|
| Minstepensjonist flytter i omsorgsbolig/institusjon. | bopel | bopel |
| Netto utbetalt minstepensjonist trekktabell 7104 | 12 720 | 12 720 |
| Innvilget bostøtte | 1 662 | 0 |
| Til disposisjon pr mnd | 14 382 | 12 720 |
| Utgifter: | | |
| Inntil 85% inntekstrekk, se regelverk | 0 | 9 553 |
| Husleie | 8 000 | 0 |
| Mndl forbruksutg. iht SIFO, redusert med 30% | 3 360 | 840 |
| Strøm og renhold | 1 200 | 0 |
| Lege | 500 | 0 |
| Totale månedlige utgifter | 13 060 | 10 393 |
| Netto til fri disposisjon | 1 322 | 2 327 |

| Konsekvens gjennværende ektefelle 300': | Egen bopel | Kommentar |
|--|-------------------|---------------------|
| Netto utbetalt minstepensjonist trekktabell 7104 | 20 137 | Økt med 494 i mnd |
| Innvilget bostøtte | 0 | |
| Til disposisjon pr mnd | 20 137 | |
| Utgifter: | | |
| Boutgifter | 4 000 | |
| Mndl forbruksutg. iht SIFO | 4 800 | |
| Timer fra omsorgstjenesten, sats 411 | 2 055 | Samme som tidligere |
| Lege | 500 | |
| Totale månedlige utgifter | 11 355 | |
| Netto til fri disposisjon | 8 782 | |

Case 2

| Ektepar, en er minstepensjonist. Den andre har en årlig pensjon på 300 000. | Omsorgsbolig til | Sykehjem til |
|--|-------------------------|---------------------|
| Pensjonist med 300 000 flytter inn i omsorgsbolig/institusjon. | bopel | bopel |
| Netto utbetalt minstepensjonist trekktabell 7104 | 19 643 | 19 643 |
| Innvilget bostøtte | 0 | 0 |
| Til disposisjon pr mnd | 19 643 | 19 643 |
| Utgifter: | | |
| Inntil 85% inntekstrekk, se regelverk | 0 | 15 437 |
| Husleie | 8 000 | 0 |
| Mndl forbruksutg. iht SIFO, redusert med 30% | 3 360 | 840 |
| Strøm og renhold | 1 500 | 0 |
| Lege | 500 | 0 |
| Totale månedlige utgifter | 13 360 | 16 277 |
| Netto til fri disposisjon | 6 283 | 3 366 |

| Konsekvens gjenværende minstepensjonist: | Egen bopel | |
|--|-------------------|------------------|
| Netto utbetalt minstepensjonist trekktabell 7104 | 11 190 | Økt med 530 |
| Innvilget bostøtte - | 1 020 | Økt med 1020 |
| Til disposisjon pr mnd | 12 210 | |
| Utgifter: | | |
| Boutgifter | 4 000 | |
| Mndl forbruksutg. Iht SIFO | 4 800 | |
| Timer fra omsorgstjenesten, sats lavest 257 | 1 285 | redusert med 770 |
| Lege | 500 | |
| Totale månedlige utgifter | 10 585 | |
| Netto til fri disposisjon | 1 625 | |

6 Handlingsplan 2016 - 2026.

| Heldøgnsomsorg | |
|----------------|--|
| 2016 – 2026 | <p>Heldøgnsomsorg for eldre</p> <p>Det legges opp til en økning i antall boliger med en kombinasjon av heldøgnsomsorg, samt at det tilrettelegges for omsorgsboliger hvor beboer kan motta tjenester fra hjemmetjenesten. Fordelt på de ulike plassene vil kommunen i 2026 ha følgende dekningsgrad</p> <ul style="list-style-type: none">- institusjon 11%- heldøgnsomsorgsplasser 4%- omsorgsboliger med hjemmetjenester 5% <p>Det betyr at det må etableres 100 plasser i heldøgnsomsorg i perioden.</p> <p>Det vil ved etablering av omsorgsboliger vektlegges</p> <ul style="list-style-type: none">- samlokalisering av heldøgnsomsorgsboliger og institusjoner- etablering av omsorgsboliger hvor brukere mottar tjenester fra hjemmetjenesten kan med fordel etableres nært hjemmetjenestens base, eller ha en egen personalbase.- omsorgsboliger kan bygges og eies av private eller kommunen, men kommunen vil ha tildelingsrett på boligene.- øremerke en større andel plasser i heldøgnsomsorgsbolig og insituisjon for demente hvor det er tilpasset brukergruppen ved bl.a mulighet for aktivitet og direkte utgang til tilrettelagte utearealer. <p>Oppstart av Veia II. Vil gi behov for økning i driftsmidler estimert til 36 millioner pr år. Det må legges frem en politisk sak vedrørende endring av drift i dagens struktur for heldøgnsomsorg.</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| 2016 - 2026 | <p>Heldøgnsomsorg for utviklingshemmede</p> <p>Tøkjemyrvegen som er under bygging vil gi en økning i boliger med heldøgnsomsorg. En kartlegging viser at det er behov for etablering av 44 boliger i perioden. 19 av disse må være boliger med heldøgnsomsorg.</p> <p>Det må i videre planlegging av boliger for utviklingshemmede vektlegges:</p> <ul style="list-style-type: none"> - det må planlegges for, og sikre driftsoptimale avdelinger. - sikre samlokaliseringseffekter f.eks bolig/dagtilbud. - planlegges for ulike «botilbud» for å ivareta ulike behov (fra ambulante til stedlig bemanning). |
| <p>2020</p> <p>2016 - 2026</p> | <p>Heldøgnsomsorg for brukere i rus og psykisk helsetjeneste.</p> <p>Økning i den totale kapasiteten på plasser med heldøgnsomsorg vil gi mulighet for flere tilpassede løsninger med tilknytning til personalbase for brukere med ruslidelser og psykiske lidelser. Det må i videre planlegging av heldøgnsomsorg for brukere i rus og psykisk helsetjeneste vektlegges</p> <ul style="list-style-type: none"> - etablering av egen avdeling med institusjonsplasser for brukere innenfor rus og psykisk helsetjeneste. - omsorgsbolig med personalbase eller nærhet til personalbase gir mulighet til å gi trygghet og oppfølging til personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet som har behov for det. |
| 2020 | <p>Korttids- og rehabiliteringsopphold sykehjem.</p> <p>Kommunen ønsker å videreføre funksjonsdelingen, og Veia sykehjem vil ved ferdigstilling av del 2 ha et eget bygg som er tilrettelagt for korttidsplasser. I første omgang er nybygget på Veia sykehjem tenkt brukt</p> |

| | |
|---|---|
| 2019 | <p>til pasienter som for tiden er på andre institusjoner. Videreutvikle kortidsplasser.</p> <p>- økning av antall plasser til rehabilitering og plasser for lindrende behandling. Det må gjennomføres en analyse av hvor stor andel av korttidsplassene som skal øremerkes disse behandlingsrettede tilbudene.</p> |
| 2016 - 2026 | <p>Omsorgsbolig med noe behov for tjenester.</p> <p>Nivået for antall omsorgsboliger/trygdeleiligheter/utleieboliger bør ligge på det nivået vi har i dag, men det er behov for en justering i form av</p> <ul style="list-style-type: none"> - å ha tilpassede boliger. - sentralisere boligene i større grad. - se plassering av boliger opp mot andre tjenestetilbud. - etablere flere omsorgsboliger med personalbase eller nærhet til personalbase for brukere med noe behov for tjenester. |
| <p>2016 - 2017</p> <p>2017</p> <p>2017</p> <p>2016 - 2026</p> | <p>Velferdsteknologi, hjemmehjelp og hjemmetjenester.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakelse i det interkommunale prosjektet for velferdsteknologi på Haugalandet. - Ta i bruk de mulighetene som finnes i bruk av velferdsteknologi med fokus på at det kan gi brukere mulighet til å bo lengst mulig hjemme, øke brukerens livskvalitet og gi pårørende trygghet for en god oppfølging av bruker. - implementere hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten med målsetting om at dette skal øke brukers egenmestring og selvstendighet. - videre økt satsing på og utbygging av hjemmetjenester. Både kvalitetsmessig og ressursmessig ligger det et stort potensiale i en enda |

| | |
|-------------|--|
| | sterkere satsing på tjenester som kan bidra til at bruker blir bedre rustet til å bo hjemme lengst mulig. |
| 2017 | <p>Trygghetsalarm, hjelpemidler og dagtilbud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det vil bli en lavere terskel for å få trygghetsalarm. - Det er behov for en evaluering på tilgjengeligheten til hjelpemidler utenom ordinær åpningstid. - Framtidens dagtilbud for utviklingshemmede er under vurdering nasjonalt (jfr NOU 2016:17 «På lik linje»). Det kommunale tilbudet for dag og aktivitet må sees opp mot nasjonale føringer. - Det må utarbeides en plan for utviding og differensiering av dagtilbud for eldre. |
| 2019 | |
| 2017 - 2020 | |
| 2017 | |
| 2017 - 2020 | <p>Individuelle og gruppebaserte forebyggende tiltak.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvikle læringstilbud og mestringsstilbud i de store diagnosegrupper ut fra behov. - Utvide kapasitet innen lavterskeltilbud psykisk helse. |
| 2016 - 2018 | |
| 2017 | <p>Frivillige aktivitetstilbud for hjemmeboende.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det må vurderes utarbeidelse av en egen frivillighetspolitikk på både kommune og sektornivå. På sektornivå vil det være sentralt å se denne opp mot det å gi mennesker mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem. |



SAKSPROTOKOLL - HELSE- OG OMSORGSPLAN 2016-2026, PLAN FOR HELDØGNSOMSORG I KARMØY KOMMUNE.

Kommunestyret behandlet saken den 19.12.2016, saksnr. 126/16

Behandling:

Innstillingen enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Karmøy kommunestyre vedtar den fremlagte plan for heldøgnsomsorg med følgende presiseringer:
 - Det tas sikte på å etablere minimum 100 plasser for heldøgnsomsorg innen 2026. Disse skal bestå både av institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger
 - Som ett ledd i dette arbeidet etableres nytt, stort og tidsmessig sykehjem på ved det fremtidige Spanne omsorgssenter. Sykehjemmet bygges med kapasitet både for dagens Bu og behandlingshjem (NBB) og i tillegg en netto økning på 40 – 50 plasser.
 - Dagens Bu og behandlingshjem på Norheim vurderes bygget om til heldøgns omsorgsboliger i tråd med nasjonale føringer og planforslaget. Det synes klart at disse to tiltakene (strekpunkt 2 og 3) vil gi best tjenestetilbud både på kort og lang sikt, og det er derfor ønskelig at disse to tiltakene prioriteres tidlig i perioden.
 - Nye heldøgns omsorgsboliger søkes lokalisert i tilknytning til/i nærheten av etablerte tjenestetilbud for å oppnå optimal ressursutnyttelse.
2. Ved etablering av nye heldøgns omsorgsboliger i Skudeneshavn, vurderes disse etablert i tilknytning til Skudeneshavn bo og behandlingshjem.
3. Ved Åkra bo og behandlingshjem etableres et utviklingsprosjekt ved at dagens 19 leiligheter vurderes omgjort til heldøgns omsorgsboliger og inngår i samme driftsenhet.
4. Sak om heldøgnsomsorg for brukere innen rus og psykisk helsetjeneste fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).
5. Sak om korttids- og rehabiliteringsopphold i sykehjem fremmes som egen sak via hovedutvalget (HHO).
6. Arbeidet med innføring av velferdsteknologi innen pleie og omsorgstjenestene prioriteres og konkretiseres gjerne gjennom eget prosjekt i kommunen. Her kan m.a. en oppdatering på status for «Trygghetspakken» inngå. «Smart mat» er et pilotprosjekt i Bærum kommune som tilbyr en enkel bestilling av dagligvarer med plukking, pakking og levering av varene til den enkelte og med tilvarende enkel og sikker betalingsløsning via mobiltelefon. Dette er to eksempler hvor velferdsteknologien kan supplere våre tjenester med gode løsninger. Slike ordninger må i størst mulig utstrekning gjøres tilgjengelige for

alle med behov, med eller uten vedtak om ulike helse- og omsorgstjenester. Det fremmes egen sak om dette via hovedutvalget (HHO).

7. Ingen institusjonsplasser legges ned før nye er etablert.
8. Hovedutvalget helse- og omsorg skal ha en aktiv rolle i konseptutviklingen av det nye omsorgssenteret og tjenestetilbudene på Spanne.
9. Dimensjonering og planlegging av de enkelte tilbudene fremmes som enkeltsaker for hovedutvalget på tidligst mulig tidspunkt.
10. Det understrekes at brukerperspektivet må prioriteres gjennom aktiv deltakelse i aktuelle planprosesser.
11. Behov for ressurser knyttet til gjennomføring av de konkrete punkter i planen vurderes i forbindelse med de årlige økonomi- og budsjettplaner.