



SULA KOMMUNE

HELSE- OG OMSORGSPLAN 2021 - 2025

Meistring og tryggleik gjennom førebygging, rehabilitering og omsorg

INNHALDSLISTE

1. INNLEIING	4
2. VISJON OG MÅL	6
2.1 Visjon og mål for helse og omsorgstenestene i Sula	6
3. KVA VI VIL GJERE – OG KORLEIS VI VIL GJERE DET – HANDLINGSPLANEN	7
3.1 Førebygging, folkehelse og aldersvennlege lokalsamfunn	7
3.2 Samskaping med brukarar, pårørande og frivillige.....	9
3.3 Aktivitet, dagsenter og avlasting	11
3.4 Kvardagsmeistring: Velferdsteknologi, kvardagsrehabilitering og palliativ plan	13
3.5 Tenester for personar med demens	16
3.6 Psykisk helsearbeid	18
3.7 Tenester for personar med funksjonsnedsetting.....	20
3.8 Behovsutvikling og tenestestruktur	23
3.9 Bustadbehov og optimal byggstruktur	26
3.10 Kvalitet og innovasjon	28
3.11 Attraktiv arbeidsgjevar – kompetanse og heiltidskultur	30
4. OMSORGSTRAPPA I SULA	32
 VEDLEGG 1: SENTRALE STYRINGSOKUMENT	34
VEDLEGG 2: LEVE HELE LIVET – HANDLINGSPLAN	38
VEDLEGG 3: OVERSYN OVER BUSTADER TIL OMSORGSFØREMÅL OG DEKNINGSGRADER	40

K-080/21 Vedtak:

1. Sula kommunestyre godkjenner Helse- og omsorgsplan 2021-2025. Meistring og tryggleik gjennom førebygging, rehabilitering og omsorg., slik den ligg føre.
2. Føreslegne tiltak i planen er førande for vidare utvikling av tenestene, men ikkje økonomisk bindande. Kostnadskrevjande tiltak må vurderast i samanheng med budsjett og økonomiplan, eller fremjast i egne saker.
3. Sula har i dag ei helse- og sosialteneste som driv rimeleg og er effektiv. Sektoren slit med aukande underfinansiering. Mange av bygga er arealknappe og lite eigna til dagens drift. Dette er vel kjent og også omtalt i Agenda Kaupang AS si tenesteanalyse frå 2018.

Befolkningframskrivingane varslar ein sterk vekst i dei eldste aldersgruppene komande tiår som vil skape ein auke i utgiftsbehov på 20%. Denne utgiftsveksten kan påverkast 5 (reducerast) ved å investere klokt og organisere oss godt, slik at vi kan drifte effektivt med tilstrekkeleg kvalitet. Skal vi holde oss unna ROBEK, må vi snarast gjere vedtak og kome i gang med planlegging.

Kommunestyret viser til planen kap 3.9 og tiltaket om å "Legge fram eigen plan for byggstruktur i helse og omsorg med 10 - 20 - års perspektiv".

Kommunestyret anmoder om at dette arbeidet vert prioritert ved å sette av midlar til dette formål i budsjett for 2022.

1. INNLEIING

Dette plandokumentet er ei rullering av «*Helse- og omsorgsplan 2015-2019. Meistring og tryggleik gjennom førebygging, rehabilitering og omsorg*». Planen er forseinka på grunn av pandemien, men det har vore mange og gode prosessar som har leia fram mot resultatet. Vi ønskjer i denne planen å ytterlegare forsterke vårt fokus på å hente fram brukarane sine ressursar og bidra med hjelp til sjølvhjelp. Dette klarer vi berre å få til dersom vi samstundes, og som ein konsekvens, bidrar til å gje brukarar og pårørande ei kjensle av meistring og tryggleik.

Meistring og tryggleik er då også dei to sentrale orda i vår visjon for helse- og sosialsektoren: *Meistring og tryggleik for alle*. Visjonen heng godt saman med den overordna visjonen for Sula kommune, og er forankra i grundige diskusjonar med tenestene. Godt forankra er også strategiane og tiltaka i planen. Engasjementet har vore stort, og vi har mykje kreativitet å spele på i arbeidet med å møte utfordringane som kjem.

Vi meiner at planen slik den no ligg føre, har eit sterkt ideologisk og strategisk fokus. Vi har lagt vekt på ærlege analyser av utfordringane som vi ser, tydelege vegval og med eit konsekvent verdisyn i botn. Dette er eit medvite val. I møte med tøffe krav og eit samfunn i stadig endring, er det viktigare enn nokon gong at vi har kart som stemmer med terrenget, ei retning som vi er einig om og eit felles kompass som vi styrer etter.

I kapittel 2 finn du helse- og omsorgstenestene sin visjon, og dei måla som vi jobbar etter for å strekke oss etter denne visjonen. Både visjon og mål seier noko om det ideologiske grunnlaget og dei verdiane vi skal legge til grunn for tenesteutøvinga vår.

Kapittel 3 går rett på det vi ønskjer å gjere i perioden. Det er dette som er sjølve planen. Her finn du dei prioriterte utfordringsområda, med våre strategiar og tiltak for å møte dei.

Kapittel 4 er ei skildring av omsorgstrappa i Sula. Denne er viktig for å forstå korleis tenestene våre er innretta og kvifor dei har denne innrettinga.

Mot slutten er det sett inn ein vedleggsdel med ulikt fordjupings- og faktastoff for den som vil gå djupare inn i grunnlaget for planen.

Sula har lenge hatt ei svært heimetenesteorientert omsorgsteneste. Denne typen omsorgsprofil er moderne og effektiv, og har vore vellukka i Sula. Vi har blitt kjent for å yte mykje omsorg for pengane. For få plassar med heildøgns omsorg, kombinert med ei underdimensjonert ambulerande heimeteneste, kan truge med å gjere modellen ineffektiv. Vi er igjen i ferd med å nærme oss ein slik ubalanse. Komande vekst i tal på eldre vil ytterlegare kunne utfordre balansen i tenestene våre, dersom vi ikkje tek grep i planperioden.

I arbeidet med planen har fleire trendar blitt tydelege. Det skjer ei ansvars- og oppgåveforskyving frå 2. linetenestene til kommunen. Dette er i samsvar med tankane bak

samhandlingsreforma, og er fagleg og samfunnsøkonomisk rett, men konsekvensane av utviklinga er underfinansiert for kommunen sin del. Det er utfordrande. Vidare skjer ein auka bruk av teknologi i tenestene, og ytterlegare oppgåveforskyvingar knytt til dette. Desse trendane er ressurskrevjande, og vil også krevje meir av oss når det gjeld kompetanse, innovasjon og fagutvikling. Vi er nøydd til å satse meir på desse områda dersom vi skal skape tenester som er robuste nok til å møte framtida.

Planen har i stor grad preg av å vere ein retningsplan. Tiltak som krev friske midlar, må fremjast som eigne saker eller i samband med budsjett og økonomiplan, og tiltaka er slik ikkje bindande gjennom at denne planen vert vedtatt.

Oppsummert teiknar denne planen eit bilete av helse-, sosial- og omsorgstenestene som er prega av effektiv organisering og vilje til omstilling og fagleg utvikling, men der dei økonomiske rammene er urovekkjande knappe i høve dei utfordringane som vi ser. Vi skal fortsette å utvikle smarte arbeidsformer som gir best mogleg helse og omsorg for pengane, men ser at det i planperioden kan bli behov for tøffe prioriteringar når det gjeld omfang og innhald i dei tenestene som vi yter.

2. VISJON OG MÅL

Overordna visjon for Sula kommune:

Sula skal vere den leiande kultur- og friluftskommunen i Ålesundsregionen, med aktive innbyggjarar som opplever samkjensle og identitet.

2.1 Visjon og mål for helse- og omsorgstenestene i Sula

Visjonen:

Meistring og tryggleik for alle

Vi bidrar til dette ved å

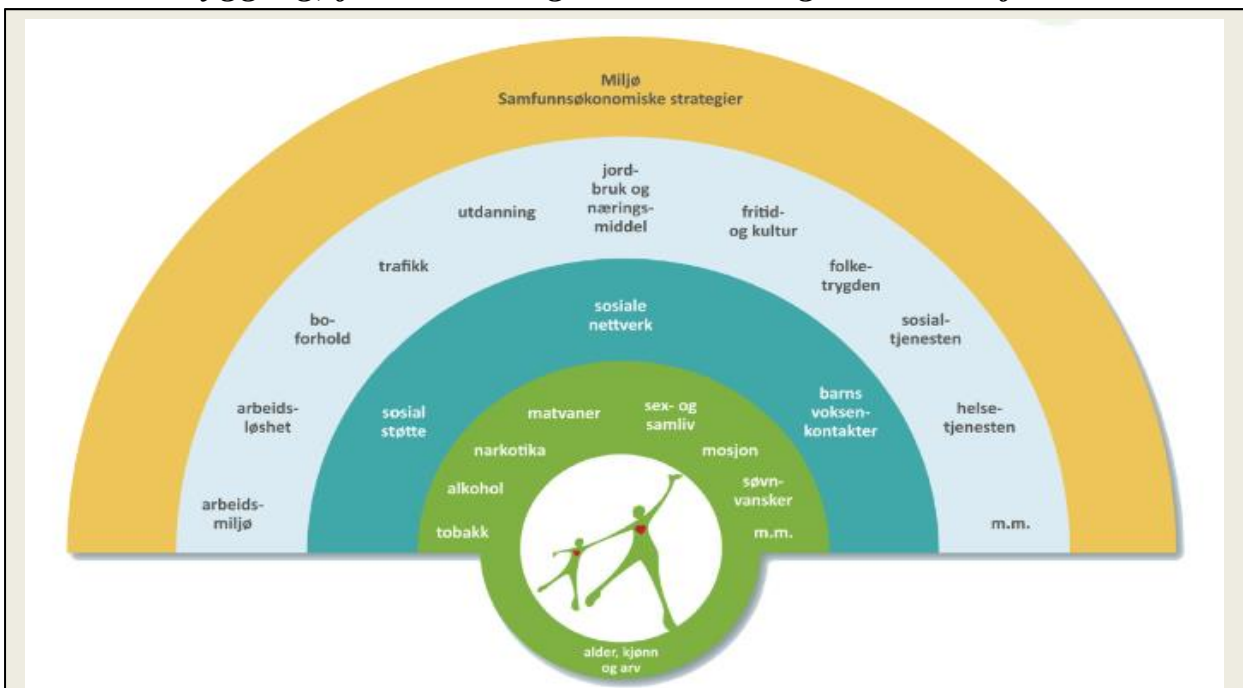
- gje tilpassa tenester ved behov, med fokus på førebygging, rehabilitering, hjelp til sjølvhjelp og mobilisering av brukaren sine ressursar. Hjelp og omsorg skal ytast med respekt for den einkilde sin integritet og menneskeverd, og den som tek imot hjelpa skal vere aktivt med i tilrettelegging, utforming og gjennomføring av tenestetilbodet.
- utvikle tenestetilbodet til å vere heilskapleg og samordna, effektivt og fleksibelt. Tenestetilbodet skal utformast etter BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Innbyggjarane skal oppleve tryggleik, føreseielegheit og kontinuitet i møte med tenesteapparatet.
- ha tilstrekkeleg og kvalifisert personell til å kunne yte tenester med ein kvalitet som minst fyller gjeldande krav og standard til utøving av tenesta.
- legge til rette for sunn livsførsel hjå fysisk og sosialt aktive innbyggjarar som ser verdien i å ta ansvar for eiga helse - kvar og ein sin eigen ”helseminister”. Stimulere til å planlegge eigen alderdom.
- legge folkehelse og samfunnsmedisinsk perspektiv til grunn i all planlegging.
- søkje samarbeid med brukarar, pårørande og frivillige om betre og meir berekraftig helse og omsorg i Sula kommune.
- satse på tenesteinnovasjon og velferdsteknologi for å skape berekraftige tenester for framtida.

Gode helse og omsorgstenester, i kombinasjon med satsing på førebygging, tilrettelegging og folkehelse, vil kunne hjelpe oss til å nå måla som er formulert gjennom [FN sine berekraftsmål](#).

3. KVA VI VIL GJERE – OG KORLEIS VI VIL GJERE DET - HANDLINGSPANEN

I dette kapitlet skildrar vi dei utfordringsområda, strategiane og tiltaka som vi vil setje spesielt fokus på i planperioden. Det er dette som er planen vi har lagt for åra som kjem. Lista er ikkje uttømande for all dagleg drift av helse- og omsorgstenestene, men er dei områda som vi meiner det er naudsynt å prioritere for å møte utfordringane vi står oppe i, eller ser kome.

3.1 Førebygging, folkehelse og aldersvennlege lokalsamfunn



Førebygging, folkehelse og aldersvennlege lokalsamfunn handlar om dei faktorane som er med på å påverke helsa vår og vår evne til å meistre kvardagslivet . Sirkelfiguren over illustrerer nokre av desse. Dersom vi kan bidra til at desse faktorane vert «positivt ladde», så vil vi også bidra til at fleire lever med god helse og meistringsevne. Nokre av desse faktorane er lettare å påverke enn andre. Som det går fram av figuren, så er helsa og meistringsevnen vår mellom anna sett saman av våre kroppslege og psykiske føresetnader, våre fysiske omgjevnader, våre personlege val, våre nære relasjonar, lokalsamfunn og storsamfunn. Helse- og sosialsektoren kan påverke nokre av desse faktorane, men det ligg i saka sin natur at folkehelse, førebygging og meistringsfremjande lokalsamfunn må vere eit samarbeid mellom alle som spelar ei rolle i desse sirklane, frå innerst til ytst. Svært mykje av dette arbeidet skjer utanfor helsesektoren.

Utfordringsbiletet

Det er gode grunnar til å satse meir på [førebygging](#), [folkehelse](#) og eit [aldersvennleg lokalsamfunn](#). Enkelte livsstilssjukdommar aukar. Psykiske helseproblem er ei utfordring både blant barn og vaksne. Det er store sosiale forskjellar knytt til helse. Auken i talet på eldre vil setje helse- og omsorgstenestene under sterkt press i åra som kjem. Om vi bidrar til å hindre at folk vert sjuke og styrkar deira evne til å meistre kvardagslivet sitt, vil store

ressursar kunne bli spart. Viktigast av alt er likevel at det vil hindre uhelse og funksjonstap for mange enkeltpersonar. Berre den som har vore sjuk, er truleg i stand til å fastsetje den verkelege verdien av å halde seg frisk og meistre kvardagslivet sitt.

Likevel er det ofte slik at satsing på førebygging og folkehelse stiller bak i køa når tiltak skal prioriterast. Dette er ein tendens vi ser også i Sula, sjølv om vi har klart å prioritere dette i planperioden vi har hatt bak oss. Dei akutte behova er vanskeleg å setje på vent. Slik skapast ein uheldig spiral, der alt pressa tenester må yte hjelp og behandling til fleire enn det som hadde vore naudsynt om vi hadde klart å bidra til å halde dei friske gjennom førebygging og folkehelseiltak. Denne spiralen må vi vere med å snu.

Strategiane

Vi vil møte utfordringane knytt til førebygging og folkehelse med følgjande strategiar:

- Vi vil dreie prioriteringane av ressursar enda meir i retning av førebygging og folkehelsearbeid.
- Skaffe oss oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar i Sula.
- Vi vil arbeide for å styrke den universelle innsatsen på arenaer der alle innbyggjarane (uavhengig av etnisitet, økonomi og bakgrunn) er, til dømes på helsestasjonen, i barnehagen og skulen - og på fritidsarenaer elles i lokalsamfunnet.
- Vi vil sette inn kunnskapsbaserte tiltak raskt ved bekymring, og tilstrebe *rett tiltak til rett tid*.
- Det må vere ein raud tråd i det arbeidet vi gjer for innbyggerane i Sula gjennom heile livsløpet. God samhandling for heilskapelege og gode tenester til det beste for innbyggerane våre. Det må vidareutviklast gode, avklarte grensesnitt i samarbeidet mellom helse- og sosialtenestene og oppvekst og kultursektoren.
- Alle einingar og sektorar i Sula må gjerast medvitne om at dei er ein viktig del av arbeidet med førebygging, folkehelse og det å skape eit aldersvennleg lokalsamfunn – helse i alt vi gjer.
- Gjere folk meir ansvarleg for eiga helse og livsmeistring – kvar sin eigen «helseminister». Kommunen skal legge til rette for at folk kan gjere gode helseval og planlegge for endra livssituasjonar, td. planlegge for eigen alderdom.
- Samarbeide med frivillige lag og organisasjonar og andre samfunnssektorar om å skape eit meir helsefremjande og aldersvennleg lokalsamfunn.

Tiltaka

Tiltak i planperioden:

- Oppdatere oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar i kommunen. Spesielt: Sula har sidan 1999 systematisk undersøkt ungdom og vaksne sine helse- og livsvilkår i kommunen, og vi vil fortsette dette gjennom bruk av spørjeundersøkingverktøya i [Ungdata](#) og kartlegge den generelle folkehelsa gjennom [folkehelseundersøkinga](#).
- Legge til rette for fysisk aktivitet i alle aldrar; td. den gyldne spaserstokk, idrettsanlegg, turstigar, mv.
- Drive aktiv fallførebygging, td. gjennom trimgrupper.
- Gjere oss nytte av psykologstillingar i det førebyggjande arbeidet i kommunen og sjå på kompetanse innan psykisk helse under eitt, for å sikre tilbod til både born, unge og vaksne, med tidleg og rett innsats som fokus. Vidareføre arbeidet med [BTI \(betre tverrfagleg innsats\)](#).

- Førebyggande tiltak til eldre: Oppsøkande verksemd til 80-åringar – hjelpemiddel og tilrettelegging i heimen for å førebygge skadar og hjelpebehov.
- Bruke nettverket og kompetansemiljøet Aldersvennlege lokalsamfunn og deltaking i prosjektet «[mobilisering av seniorressursen](#)» til å utforske ny metodikk for å gjere Sula til eit meir aldersvennleg lokalsamfunn (Sula er plukka ut).
- Krav om folkehelse og meistringstenking i den enkelte sektor og i alt planarbeid – «[helse i plan](#)».
- Ha [universell utforming og tilrettelegging](#) som perspektiv i alt vi gjer.
- Utfordre ulike samfunnssektorar til innsats, som til vanleg ikkje ser seg sjølv som ein del av arbeidet med å skape god folkehelse og eit aldersvennleg samfunn.

3.2 Samskaping med brukarar, pårørande og frivillige

«I møte med morgendagens omsorgsutfordringer, blir det nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, bør denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet som tar sin del av samfunnsansvaret. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Det forutsetter også at folk tar ansvar for best mulig tilrettelegging av egen bolig, og at vi i fellesskap legger til rette de fysiske omgivelser slik at de blir tilgjengelige for alle og for alle generasjoner».

Utfordringsbiletet:

Tekstutsnittet over er henta frå [Meld. St. 29 \(2012-2013\) Morgendagens omsorg](#), og er eitt av hovudgrepa som er skissert for ei berekraftig utvikling for helse- og omsorgstjenestene i framtida. Avsnittet ligg til grunn også for strategiane i, [Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020](#) og for kvalitetsreformen for eldre [Leve hele livet](#). Teksten illustrerer at også vi i Sula må bli flinkare til å skape eit meir dynamisk samarbeid med brukarar, pårørande, frivillige og resten av det sivile samfunnet i åra som kjem. Vi må lære oss å samskape.

Det er fleire grunnar til dette:

- Vi kjem til å bli færre hender i høve talet på dei vi skal hjelpe i åra som kjem. Då må vi ha brukarar og pårørande med på laget for å skape løysingar som fremjar eigenmeistring.
- Moderne menneske er på mange måtar meir kravstore, og ser på seg sjølv som forbrukarar heller enn hjelpemottakarar. Vi må levere tenester som er gode nok til å ha legitimitet i befolkninga.
- Samfunnet vårt er i stadig endring og vi er blitt meir mobile. Mange har familien buande andre stader i landet, og familienettverket vert mindre. Folk lever hektiske liv. Det vert frå forskarhald hevda at den samla omsorgsinnsatsen frå pårørande ikkje er svekka, men vi registrerer i alle fall at den har endra seg. Vi må finne samarbeidsformer og fremje nettverk som er tilpassa ei ny tid.

- Også frivillig innsats er i endring, og vi må også på dette området finne samarbeidsformer som er tilpassa ei ny tid.

Strategiane:

Vi vil:

- involvere innbyggjarar som treng hjelp frå kommunen på ein måte som bidrar til medskaping og myndiggjering. Vi skal bidra med hjelp og tryggleik ved behov, men også stimulere til at den enkelte tek i bruk sine ressursar for å meistre mest mogleg av livet på eiga hand. Desse ressursane inkluderar også pårørande og nærmiljø, og eit lokalsamfunn som fremjar eigenmeistring.
- strebe etter å vere gode samarbeidspartar for det frivillige organisasjonslivet i Sula, og legge til rette for at dei kan bidra til å utløyse fleire av dei samla omsorgsressursane i kommunen.
- gå i dialog med innbyggjarane om korleis ein kan planlegge for alderdommen.
- i sterkare grad ta i bruk digitale kommunikasjonsløysingar med publikum, for betre sørvis og meir effektiv drift.

Tiltaka:

- Vi må vidareutvikle tiltakskontoret som koordinerande eining for mest mogleg profesjonell og dynamisk kommunikasjon med brukarar og pårørande.
- Vi må ha eit system som på rettferdig vis utmåler ressursar, og som samstundes utløyser brukaren sine eigne ressursar gjennom god dialog og kartlegging.
- Vi må ha god oversikt over kva som er viktig for ”kundane” våre for å skape gode tenester. Brukarundersøkingar gjennom [Bedre kommune](#) er døme på tiltak.
- Vi må i større grad finne tilnærmingar og metodar som endrar våre spørsmål frå ”kva kan vi hjelpe deg med” til ”korleis kan vi hjelpe deg å meistre det som er viktig for deg”? Kvardagsrehabilitering og palliativ plan er gode dømer på ei slik tilnærming.
- [Frivilligsentralen](#) er eit døme på korleis lokalsamfunnets omsorgsressursar kan bli kanalisert til dei som treng hjelp. Vi bør støtte opp om tiltak som kanaliserar omsorg på denne måten, og finne meir forpliktande samarbeidsformer.
- Frivillige lag og organisasjonar er ein stor meistrings- og omsorgsressurs, og vi må støtte opp om denne typen aktivitet. Røde Kors si besøksteneste og kafeen ved Sulatunet er gode dømer på slike ressursar.
- Bruke Eldreråd, Råd for likestilling av personar med funksjonsnedsetting og [Ungdomsråd](#) som rådgjevarar og samarbeidspartnarar i arbeidet med å mobilisere lokalsamfunnet sine aktivitets- og omsorgsressursar.

3.3 Aktivitet, dagsenter og avlasting



Dette herlege biletet frå Erindringscenteret seier eigentleg alt om kva eit dagsentertilbod kan vere: Aktivitet, tilpassa utfordringar, kos og sosialt samvere. Gode opplevingar – meistring og tryggleik.

Utfordringsbiletet:

Med ei heimetenesteorientert omsorgsteneste, der vi har som mål at innbyggjarane skal bu i eigen heim lengst mogleg, vert det desto viktigare med tilbod som gir aktivitet, tilrettelagt arbeid og avlasting. Dagsenter- og avlastingstilboda er eit kinderegg i så måte, som gir fleire gevinstar på ein gong:

- For det første er det ein god arena for tilpassa aktivitet og sosialt samvere. Enten det er snakk om personar med funksjonsnedsetting (Molvær senter), personar med ei psykisk lidning (Møteplassen), personar med demens (Erindringscenteret) eller om «ordinære» eldre (Seniorsenteret), så er dette viktige grunnsteinar for eit meningsfylt liv. Det motverkar psykososiale problem, og held den enkelte friskare lengre. Det er med andre ord eit godt førebyggjande og helsefremmande tilbod som motverkar ei for tidleg nedstiging i omsorgstrappa.
- For det andre kan det vere god avlasting for pårørande som elles har ei krevjande omsorgsoppgåve. Slik gjer vi det lettare for dei å stå i desse omsorgsoppgåvene lengre.
- For det tredje så er det effektiv ressursutnytting for omsorgstenestene: Dersom brukarane ikkje hadde vore på dagsenter eller i avlasting, ville mange vore avhengig av omfattande og enkeltvis oppfølging i eigen heim. I tillegg gir dagsenter og avlasting moglegheit for omsorgspersonell til å følgje dei tett over tid, og kan dermed lettare ha oversikt over endringar i helsetilstand og funksjonsnivå.

Det er ikkje berre dagsenter som gir arenaer for aktivitet og sosialt samvere. Eit lokalsamfunn med mange og varierte møteplassar, gjerne i regi av frivillige lag og foreiningar, er gull verdt. Dette gjeld også [Sula bedriftsteneste AS](#), som gir tilrettelagt arbeid for ei gruppe menneske som elles ville ha problem med å kome seg inn på den ordinære arbeidsmarknaden. Det er

også viktig med aktivitet i det daglege for dei som har tilhald på Sulatunet eller i bustader med heildøgns omsorg. Frå kommunen si side er det lagt til rette for denne typen aktivitet, mellom anna gjennom støtte til [Frivilligsentralen](#) og gjennom [Den kulturelle spaserstokken](#). Eit spennande tiltak er hunden Dexter, som saman med eigaren sin, som arbeider ved Sulatunet, er utdanna terapihundekvipasje.

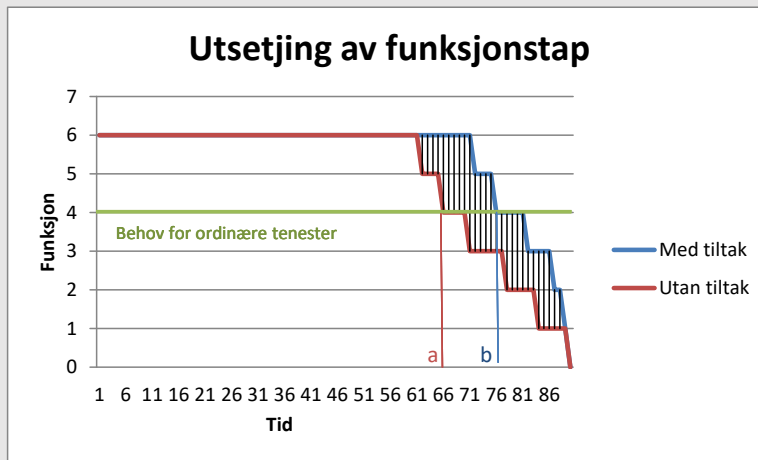
Strategiane:

- Bruke dagsenter og avlasting som helsefremjande tiltak ved å skape arena for aktivitet, meistring og sosialt samvere. Bruke Sula bedriftsteneste AS som arena for tilrettelagt arbeid.
- Bruke dagsenter og avlasting som verkemiddel for å utnytte omsorgskapasiteten vår på ein effektiv måte, og støtte opp under pårørande sin omsorg i heimen.
- Støtte opp om eit breitt utval aktivitetar og møteplassar i lokalsamfunnet for eldre og andre grupper som kan ha spesielle behov.

Tiltaka:

- Auke dagsenter- og avlastingskapasiteten slik at fleire i målgruppene får eit tilbod.
- Skaffe meir eigna lokale for dagsentertilbodet Møteplassen (psykisk helseteneste).
- Brukarane ved Molvær senter (personar med funksjonsnedsetting) er i endring, og ein må sjå nærare på tilbodet si innretting og om det er mogleg å utvide kapasiteten.
- Søkje meir forpliktande samarbeid med Frivilligsentralen og andre om aktivitet for eldre og andre personar med spesielle behov, og for å mobilisere meir frivillig innsats.
- Fortsette å støtte eit utval aktivitetar, td. gjennom ordninga med Den kulturelle spaserstokken og bruk av terapihund.
- Stimulere til fleire naturlege og uformelle møteplassar der alle kan møtast uavhengig av funksjonsnivå.

3.4 Kvardagsmeistring: Velferdsteknologi, kvardagsrehabilitering og palliativ plan



Satsing på tiltak innan folkehelse, førebygging, planlegging/tilrettelegging, kvardagsrehabilitering og velferdsteknologi har eit viktig felles hovudmål; å utsetje funksjonstap, eller følgjene av funksjonstap, for den enkelte. I modellen over tenker vi oss korleis dette kan gje to ulike løp for same personen. Med vellukka tiltak vil personen det gjeld ha ei utsett og kanskje brattare kurve for tap av funksjonsnivå fram mot slutten av livet. Og då også ei utsett og brattare kurve ned omsorgstrappa. Det skraverte feltet vert då auka livskvalitet for den enkelte, samt pengar spart for samfunnet. Tilhøvet mellom a og b illustrerer at tida for når personen vil trenge hjelp gjennom ordinære helse- og omsorgstenester vert utsett. Får vi til at mange personar får ei slik utsett kurve for funksjonstap, vert reknestykket svært positivt både for samfunn og innbyggjarar. Denne typen tenking har effekt, og kan bidra til å flate ut veksten i behov for omsorgstenester noko.

Utfordringsbiletet:

Visjonen vår peikar på at vi skal legge til rette for meistring og tryggleik for innbyggjarane våre. Målet må vere ein kvardag der kvar enkelt meistrar kvardagslivet sitt så langt det let seg gjere utifrå føresetnaden sin. Og samstundes kjenner mest mogleg tryggleik. Vi må starte med spørsmålet – kva er viktig for deg? Her kan vi finne motivasjonen den enkelte treng for å gjere det beste ut av situasjonen sin. Vi vil peike på tre satsingar, som på kvar sin måte kan vere med å skape meistring og tryggleik for menneske som treng hjelp frå helse- og omsorgstenestene. For oss har satsinga på etisk refleksjon vore ein viktig støttemetodikk knytt til desse satsingane.

Velferdsteknologi

I all omtale av [velferdsteknologi](#) vert det peika på at dette vil kunne effektivisere tenestene og gjere brukarane meir sjølvhjelpete. Dette skal gjere oss betre rusta til å møte utfordringane knytt til at det vert stadig fleire eldre, og at vi vil få problem med å skaffe nok hender i omsorgstenestene i framtida. Dette vil også Sula satse på, og velferdsteknologi er alt ein integrert del av tenestetilbodet vårt. Men når ein går inn i bruken av velferdsteknologi, så ser ein likevel fort at dette ikkje alltid er like opplagt. Bruk av velferdsteknologi kan gje oss nye moglegheiter, men kan også vere ressurskrevjande på fleire måtar.

Bruk av velferdsteknologi krev andre typar kompetanse enn det som tradisjonelt har lagt til helse- og omsorgstenestene, sjølv om delar av desse har operert avansert teknisk utstyr før også. Vi må derfor sørge for å ha tilstrekkeleg og rett kompetanse inn mot nye tekniske løysingar vi tek i bruk, slik at bruken vert trygg og kvalitetssikra. Velferdsteknologi er også krevjande på det etiske plan. Grensa mellom der teknologien gir individet fridom, verdigheit og sjølvstende, og der teknologien kan verke overvakande, tvingande og erstatte meir verdig omsorg, kan vere hårfin. Våre tilsette må ha kompetanse på dette området, og temaet bør jamleg vere gjenstand for etisk refleksjon. Vi må også kunne forsvare ressursbruken som er knytt til å innføre og drifte ny teknologi i eit heilskapsperspektiv.

I forlenginga av det som er sagt over, må kommunen utarbeide gode prosedyrar og rutinar. Dette gir tilsette større tryggleik i møte med teknologien, og brukarar og pårørande vil kunne få svar på sine spørsmål.

Strategiane:

- Sula bør satse på teknologi som vi ser fungerer, og som er tilpassa nasjonale standardar.
- Det vi satsar på bør vere ressursbruksmessig berekraftig i eit heilskapsperspektiv; om ikkje vil andre brukarar måtte betale for enkelte brukarar sin auka kvalitet.
- Vi bør drive eit kontinuerleg arbeid med å halde oss orientert om nye løysingar, oppdatere rutinar og prosedyrar, vurdere kompetansebehov og organisering på området. Dette er spesielt naudsynt sidan kommunen ikkje er einaste «drivaren» på området; brukarar, pårørande og andre instansar tek i bruk ny teknologi, og vi må møte dette på ein proaktiv og avklart måte.
- Vidreutvikle digitale samhandlingsplattformer.

Tiltaka:

- Etablere ei fast gruppe som skal følgje utviklinga innan velferdsteknologi tett, og ha ansvar for å få vurdert velferdsteknologiske løysingar som kan vere aktuelle. Rådgjevar for velferdsteknologi leiar gruppa.
- Prøve ut elektroniske medisindispensarar i heimetenesta.
- Vurdere elektronisk låssystem for brukarar av heimetenesta.
- Samhandle meir på digitale plattformer.
- Vurdere virtuell kortidsavdeling.
- Opparbeide oss auka kompetanse i bruk av aktuelle velferdsteknologiske løysingar.
- Dilemma knytt til bruk av velferdsteknologi må bearbeidast gjennom systematisk etisk refleksjon, td. gjennom refleksjonsgrupper.

Kvardagsrehabilitering og andre tiltak for å fremje kvardagsmeistring

I Sula har vi skapt ein modell for [kvardagsrehabilitering](#) som gjer at brukarar som har godt rehabiliteringspotensiale, og som er motivert, får oppfølging på ein slik måte og av eit slikt omfang at dei vert betre i stand til å klare seg sjølv enn dei ville bli med tradisjonell oppfølging. Kvardagsrehabilitering er eit lavterskeltilbod der tett oppfølging i ein avgrensa periode skal utførast i brukaren sin heim og/eller nærområde. Brukaren sine ressursar og målsettingar er heilt sentrale for å lukkast med å ivareta meistring i kvardagen sine gjeremål.

Forskning viser at rehabilitering i eigen heim gir best resultat. Gode resultat gir også å stimulere til fysisk aktivitet/trening, mellom anna for å førebygge fall.

Strategiane:

Vi vil arbeide med kvardagsrehabilitering på følgjande måtar:

- Ved å oppsøke brukarar på grunnlag av tidleg indikasjon. Målet då vert at vi gjennom samtale og besøk i heimen kartlegg status, moglege tiltak, brukaren sine ulike ressursar og moglegheiter for tilrettelegging i heimen, slik at vi kan førebygge funksjonsfall og behov for hjelp.
- Den andre måten vi vil arbeide med kvardagsrehabilitering på, er når eit funksjonsfall alt har skjedd. Vi vil då i ein avgrensa periode tilby intensiv oppfølging i heimen for raskt å snu utviklinga av eit funksjonstap.

Tiltaka:

Vi skal gjere følgjande i planperioden:

- Vidareutvikle ei arbeidsform/metode som skil seg frå anna type rehabilitering i kommunen ved at den blir utført i heimen av tilsette i heimetenesta i tett samarbeid med fagpersonar med kompetanse i rehabilitering.
- Gje våre tilsette tilstrekkeleg kompetanse til å bruke kvardagsrehabilitering som metode i arbeidet sitt, og vidareutvikle gode rutinar og prosedyrar.
- Arbeide for å styrke rehabiliteringstenkinga i helse- og omsorgstenestene, til dømes gjennom bruk av refleksjonsgrupper.
- Gjere kvardagsrehabilitering betre kjent for innbyggjarane i Sula, og motivere brukarar og pårørande til å delta.
- Satse på ulike fallførebyggande tiltak for å hindre at behovet for rehabilitering oppstår.

Kreftkoordinator og palliativ plan

Hovudambisjonen til samhandlingsreforma er at meir helse og omsorg skal flyttast frå sjukehusa til kommunane. Tanken er at dette er samfunnsøkonomisk meir berekraftig, og at det gir auka kvalitet for pasientane på den måten at dei slepp unødvendige turar til sjukehuset og sjukehusinnleggingar. Satsinga vår på [kreftkoordinator](#) og [palliativ plan](#), bidrar til at fleire kan meistre og kjenne seg tryggare i ein situasjon der dei har fått ein alvorleg diagnose.

Desse satsingane har vore ein suksess; vi gir no ei betre og meir heilskapleg oppfølging av kreftpasientar, og eit fleirtal av pasientar i livets siste fase får høve til å døy heime, mens det motsette er tilfelle på landsbasis. Utvikling av palliativ plan og etisk refleksjon som verktøy har vore essensielt for å få til dette. Vi ønsker å utvikle desse verktøya vidare i samarbeid med sjukehusa og dei andre kommunane i fylket. Sula har med andre ord tatt ei leiarrolle i dette arbeidet i vår del av landet.

Sjølv om satsinga har vore spissa inn mot kreftomsorg og palliativ omsorg, har satsinga hatt ringverknader også for andre brukargrupper. Dette er ein medviten strategi. Målretta arbeid med kompetanseheving, forbetring av rutinar og prosedyrar, og etablering av betre samarbeid med 2. linetenester og mellom tenester innan kommunen, er alt mogleg å overføre til andre delar av det helse- og omsorgsarbeidet som vi utfører. Ikkje minst har kompetansen i å

handtere kompliserte pasientforløp gitt oss sjølvtilitt og pondus til å ta på oss meir krevjande oppgåver enn før – vi veit no at vi kan.

Strategiane:

Vi må:

- fortsatt satse på spissa fagutvikling og kompetanseheving som strategi for å oppnå ei generell heving av kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstenestene våre.
- fortsatt ha kreftomsorg og palliativ omsorg som satsingsområder i planperioden.

Tiltaka:

Vi vil:

- auke funksjonen som kreftkoordinator til 100% stilling, også etter at det palliative prosjektet er over. Kreftkoordinator skal kunne bistå kreftpasientar i alle fasar, både i ein førebyggjande, kurativ og palliativ setting, og også gje tilbod til dei som er ferdig behandla.
- vidareutvikle palliativ plan og etisk refleksjon som verktøy for god palliativ omsorg.

3.5 Tenester for personar med demens

Tal personar med demens i Sula (prevalenstal)

Årstal	Tal personar	Prosent av innbyggerane
2020	182	1,95
2025	195	2,03
2030	225	2,28
2040	325	3,13
2050	413	3,84

Talet på personar med demens aukar i takt med at vi lever lengre, og at vi vert høvesvis fleire eldre. [Denne oversikta](#) frå Aldring og helse er den hittil grundigaste kartlegginga og prognosen som er gjort for Noreg, og du kan klikke på lenka for å sjå nærare på utviklinga for Sula og andre kommunar. Vi har nokre år føre oss med moderat kraftig auke, før det for alvor tek laust frå 2030. Denne tida må vi nytte til å førebu oss på det som kjem. Kjem vi bakpå her vil det koste Sula dyrt.

Utfordringsbiletet:

Nokre får sjukdommen relativt tidleg, mens dei fleste får den heilt mot slutten av livet. Å skape eit godt tilbod til dei personane som får diagnosen svært tidleg er utfordrande og her har vi ein veg å gå i Sula. Felles for alle i denne gruppa er at det skjer ei gradvis forverring av dei kognitive ferdigheitene, og at ein vert meir avhengig av hjelp i dagleglivet. Det er mykje å hente for den sjuke og deira pårørande dersom det vert lagt til rette for å klare seg sjølv lengst mogleg.

Den gradvise forverringa utgjør ei utfordring både for den sjuke, dei pårørende og for hjelpeapparatet i høve det å avgjere når det er på tide å ta eit nytt steg ned i omsorgstrappa. Dette krev kompetanse og god dialog. Utfordringa vert større fordi dimensjoneringa av hjelpeapparatet ikkje alltid står i samsvar med behova som denne gruppa har. Per dato er denne dimensjoneringa i ubalanse i Sula kommune; det er for få heildøgns omsorgsplassar for personar med demens, og resultatet er at andre delar av hjelpeapparatet vert overbelasta og får mindre kapasitet til å følgje opp dei brukarane som dei eigentleg er innretta for å hjelpe. Dette er eit trugsmål mot den effektive innrettinga av omsorgstenestene som Sula har blitt kjent for.

Strategiane:

- Vi ønskjer å arbeide for at det skal bli mindre tabu og meir openheit om sjukdommen demens. Det vil gjere kvardagen lettare for denne gruppa og deira pårørende.
- Vi ønskjer å avdekke sjukdommen tidlegast mogleg, slik at det er mogleg å kome inn med råd og tiltak i høve tilrettelegging.
- Vi vil satse på velferdsteknologi som kan gi personar med demens og deira pårørende størst mogleg grad av meistring og tryggleik, og halde dei unna dei lågare trinna av omsorgstrappa lengst mogleg.
- Vi vil satse på erindringssenter som sosial arena og avlastning.
- Vi vil etablere eit tilstrekkeleg tal på heildøgns omsorgsplassar for personar med demens, og legge til rette for at gruppa får rett hjelp til rett tid.
- Vi møter personar med demens i alle delar av helse- og omsorgstenestene, og vi må derfor ha tilstrekkeleg kompetanse i alle ledd av tenesteytinga.

Tiltaka:

- Vi skal arbeide for at Sula vert eit meir [demensvennleg samfunn](#).
- Vi vil satse på kartleggingsbesøk, pårørandesamtale, pårørandeskule og demensteam som tidlege tiltak for å gjere pårørende betre i stand til å ta vare på personar med demens lengre. Tiltaka skal sikre god informasjon om tilbodet, avklare forventningar og sikre god brukarmedverknad.
- Greie ut behovet for særskilte tiltak til yngre personar med demens eller anna form for kognitiv svikt.
- Omgåande starte å planlegge for ei utviding av talet på demensplassar med heildøgns omsorg, for å kunne møte den auken i talet på personar med demens som vi ser kome.
- Planlegge nye omsorgsbygg slik at dei er tilrettelagt for personar med demens.
- Engasjere frivillige krefter for å skape arenaer for aktivitet for brukargruppa.
- Utvide dagsenterkapasiteten når ein ser at det vert behov for det.

3.6 Psykisk helsearbeid

Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen. I følge Folkehelseinstituttet har cirka en tredel av voksne en psykisk lidelse i løpet av et år, mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Angstlidelser er vanligst hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med andre vestlige land. Det har ikke vært noen vesentlig endring i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene.

Tala over støttar seg på [Folkehelseinstituttet](#) sine kartleggingar, som også slår fast at om lag halvparten av oss vil oppleve ei psykisk plage i løpet av livet. Ikkje alle søker hjelp for desse plagene, men talet på dei som søker hjelp har auka i kommunen. Dersom 8% av barn og unge i Sula til ei kvar tid har ei psykisk lidning, så vil dette seie at om lag 2 elevar i ei klasse på 25, eller 10 elevar på kvart klassetrinn, slit psykisk.

Utfordringsbiletet:

Psykisk helseteneste i kommunen (HBO) melder om bratt auke i tal på brukarar av sine tenester; i 2005 var det 42 brukarar av denne tenesta, i 2010 var det 72, i 2015 var det 102 og i 2020 153. I tillegg er det mange som berre nyttar seg av fastlegen sin. Tenesta hadde i 2005 3,3 årsverk, og i samband med budsjettet i 2020 var dette auka til 4,3. Bakgrunnen for denne auken er kompleks, men vi kan peike på nokre faktorar som truleg verkar inn: Kommunen sitt folketal veks. Psykiske lidningar er blitt mindre tabubelagt. Fastlegar og andre delar av tenesteapparatet er blitt flinkare til å identifisere desse lidningane og vise folk vidare til dei tilboda som finnest. Mange har sosiale utfordringar, både akutte og meir langvarige, som påverkar den psykiske helsa og kan trigge psykisk sjukdom: Dette kan vere vanskelege eller dysfunksjonelle nære relasjonar, rus, mobbing, samlivsbrot, konkurs, tap av jobb, einsemd og så bort etter. Dei mest vanlege vanskaner er knytt til angst og depresjonskjensle. Vidare er psykoselidningar, affektive lidningar, eteforstyrning, sjølv-skading, personlegdomsforstyrningar og arbeid knytt til sjølv-mordsfare, utfordringar som tenesta møter.

Ein viktig årsak til veksten i talet på brukarar er nok også at 2. linjetenesta overlater meir av psykisk helsearbeid til kommunane, og at terskelen for å få hjelp på polieklinikken er blitt høgare. Dette er i samsvar med den oppgåveforskyvinga som vi ser elles på helsefeltet, og er forsterka av at psykisk helsearbeid no er blitt ein del av samhandlingsreforma. I tillegg til å gi større breidde/pågang i henvisingane, endrar det også innhaldet i dei kommunale tenestene meir frå støttesamtaler og i retning behandling og terapi. Dette krev auka grad av kompetanse og tidsbruk. Det er også eit inntrykk at opphalda på sjukehus vert kortare, og at vi raskare får pasientane i retur.

Under har vi skissert noko av den kompleksiteten i utfordringsbiletet som vi møter på det psykiske helseområdet:

- Psykiske lidningar opptrer i alle aldrar. Det betyr også at det er ulike hjelpeinstansar inne i biletet i ulike fasar, og at hjelpa må fungere like godt uavhengig av kva konstellasjonar av hjelpeinstansar som er ansvarleg til ei kvar tid. Dette er utfordrande, både for brukarar og hjelpeapparat.

- Nokre brukarar er inne i hjelpeapparatet berre ei kort stund. Andre har langvarige, samansette eller kroniske vanskar, og kan vere avhengig av hjelp over lang tid. Nokre heile livet. Hjelpa dei treng vil då vere vidt forskjellig.
- Mange med psykiske lidingar har kombinasjonsdiagnosar. Kombinasjonar med rusmisbruk, demens, utviklingshemming eller kognitiv svikt er til dømes vanleg. Noko av utfordringa knytt til slike kombinasjonsdiagnosar er at mange instansar må inn i biletet, grensegangane mellom dei ulike tenestene vert uklare, og at desse personane risikerer å falle mellom fleire stolar.
- Psykiske lidingar er ei utfordring som alle einingar som arbeider med menneske må takle, både i helse- og sosialsektoren og i oppvekstsektoren. Dette krev brei kompetanse på området på tvers av einingane, og godt tverrfagleg samarbeid.
- Psykisk helsearbeid krev ikkje berre utstrakt tverrfagleg samarbeid mellom einingane i Sula, det krev også samarbeid med ulike delar av 2. linetenesta og instansar som til dømes politi, NAV og vidaregåande skular. Det er ekstra utfordrande.
- Psykisk helse har ofte nær samanheng med ulike sosiale utfordringar som brukaren har, og det kan vere uklart kva som er årsak til kva. Av og til er det dei sosiale utfordringane ein må jobbe med å meistre for at den psykiske helsa skal bli betre. Nære relasjonar, skule og arbeid er typiske arenaer for desse sosiale utfordringane. Desse arenaene vert då uansett viktige medspelarar og vernande faktorar for betre psykisk helse.
- Utvikling av psykisk sjukdom kan ofte førebyggast gjennom tidlege tiltak og støttande sosiale nettverk. Ei sentral utfordring vert då å skape arenaer som fungerer på denne måten, og system som fangar opp tidlege teikn på psykiske eller sosiale problem.

Strategiane:

Vi må:

- satse på førebygging gjennom å styrke støttande sosiale arenaer og system for å fange opp tidlege teikn på sosiale og psykiske problem. Folkehelseprogrammet.
- satse på tiltak som styrkar den enkelte si evne til å meistre kvardagen, også for dei som lever med kronisk psykisk sjukdom.
- satse både på spesialisert kompetanse og generell kompetanse: Alle einingar må ha generell kompetanse om psykiske lidingar, og så må vi ha spesialisert kompetanse for oppfølging og vegleing der dette er kravd.
- satse målmedvite på å innskrenke gråsoner i oppfølgingsarbeidet, og finne gode samarbeidsformer både innad i kommunen og med eksterne instansar. BTI.
- skape meir openheit og mindre tabu knytt til psykiske vanskar

Tiltaka:

- Betre dialogen med 2. linetenesta knytt til henvisningar, slik at vi sjeldnare får alvorleg psykisk sjuke menneske i retur.
- Samarbeid med spesialisthelsetenesta om heilskaplege pasientforløp.
- Vidareutvikle samarbeidet med kommunepsykologen for betre oppfølging.
- Sikre kompetanse på psykisk helse i kommunen.
- Satse på meistringshjelp i bustad og aktivitet på dagtid for gruppa av personar med langvarig eller kronisk psykisk sjukdom.
- Styrke støttande sosiale arenaer gjennom kompetanse og fokus på psykisk helse. Tiltakseining for barn og unge (TBU) vil vere spesielt viktig for å styrke familiar,

barnehagar og skular som sosiale arenaer. Samhandling gjennom [BTI-plattformen](#). Satsingar som til dømes på MOT, vil vere viktig for å fokusere på støttande miljø.

- Skaffe meir eigna lokale for dagsentertilbodet Møteplassen (psykisk helse).
- Auke kontorkapasiteten for samtalar/behandling.
- Gjere tenestene tilgjengeleg på kveld/helg (turnusordning).
- Vurdere å opprette ei ambulerande miljøarbeidarteneste som kan hjelpe brukarar som elles slit med å fungere i ein normal busituasjon.

3.7 Tenester for personar med funksjonsnedsetting

[Agenda Kaupang](#) gjennomførte i 2018 ein tenesteanalyse av pleie- og omsorgstenestene våre, og under kan de lese forslaga dei hadde knytt til tenester inn mot personar med funksjonsnedsetting. Fleire av tiltaka er gjennomført, nokre er vi på gong med og resten er under vurdering. Tenesteanalysen har vore eit godt verktøy for oss i utarbeiding av planen.

Opprettholde Bu og aktivitet som en felles enhet

- Enhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenester for denne målgruppen vil være en viktig forutsetning for å imøtekomme mange av utfordringene som er avdekket i denne analysen

- Iverksette tiltak for å avlaste enhetsleder, f.eks. ved å tilføre et årsverk som kan avlaste enhetsleder med saksbehandling og stab-/støtteoppgaver, ev. overføre saksbehandleroppgaver fra enhetsleder/avdelingslederne til Tiltakskontoret

- ▶ Økte behov for tjenester, høyt kostnadsnivå og lite funksjonelle boliger gjør at det er behov for å se på denne tjenesten på nytt. Det er særlig behov for å iverksette et snarlig arbeid knyttet til å kartlegge behov og muligheter for nye driftsenheter/boliger, med formål om å avvikle «*ikke egnede driftsenheter*»

- ▶ Utvikle ambulante tjenester slik at flere brukere kan bo i egen bolig uten stedlig bemanning eller tjenester organisert som PA/BPA. Overføre ressurser og ansvar fra hjemmetjenesten til Bu og aktivitet

- ▶ Sikre et godt og effektivt avlastningstilbud til de som er i behov av det slik at man kan utsette behovet for bolig med bemanning. Vurdere om avlastning og barnebolig kan samorganiseres for å utnytte ressursene bedre. Dette arbeidet må også inkludere vurdering av behov for ev. nytt lokale

- ▶ Utrede mulighet for økt samdrift mellom bolig og aktivitetscenteret for å få ned utgiftene, men også for å få til økt heltidskultur i tjenesten samlet sett

Utfordringsbiletet:

Kartleggingar syner at talet på personar med funksjonsnedsetting som vil trenge praktisk og personleg hjelp frå omsorgstenesta er aukande i Sula.

Ein ser og at talet på personar med utfordrande åtferd er aukande, og det må det takast omsyn til når det gjeld kompetansebygging og ved planlegging av nye bustader. Riktig kompetanse og tilrettelagte bustader for denne typen utfordringar, vil kunne førebygge uønskt åtferd, og fremje livskvalitet for brukarane og tryggleik for dei tilsette. Vi er i gong med å realisere eit prosjekt knytt til dette.

Molvær senter opplever at brukarane dei skal gje tilbod om aktivitet til er blitt meir differensiert i sine behov. Nokre er i ferd med å bli gamle, og har ikkje lenger den same kapasiteten til å stå i eit arbeid. Nye brukarar som kjem inn har andre typar utfordringar enn

det som har vore vanleg før. Det må gjerast ein gjennomgang av drifta ved senteret, slik at den vert meir tilpassa brukarbehova.

Ei satsing på utvida avlastingskapasitet med høgare grad av kompetanse, vil kunne forhindre behov for barnebustader, som vi vurderer som ei dyrare og dårlegare løysing. Nokre av foreldra som søker avlasting kunne hatt nytte av ein avlastingsheim. Det er vanskar med å skaffe dette for fleire, og dette gjer at ein får eit enno større press på avlastingsbustaden. Ei anna form for teneste til desse brukarane er støttekontakter. I høve til unge vaksne har ein vanskar med å skaffe støttekontaktar. Dette gjer at dei i liten grad kan ta del i fritidsaktiviteter, då dei er avhengig av følgje i slike aktiviteter.

Tradisjonelt flyttar unge vaksne funksjonshemma inn i kommunale omsorgsbustader der dei betaler leige og får varierende grad av oppfølging. For ein del kan det likevel vere aktuelt at dei vil eige sin eigen bustad. I dei tilfella der brukaren er svært sjølvhjulpen, og berre treng litt oppfølging frå heimetenesta, så er dette uproblematisk. Så vert det gradvis meir utfordrande dess større hjelpebehovet er, dersom bustaden dei etablerer ikkje ligg i tilknytning til ein etablert omsorgsbasis. Kommunale omsorgsbustader gir betre samling av brukarane og mest effektiv drift. Det gir også eit større samla fagmiljø, samt gjer det enklare med aktivitetstiltak inn mot brukarane og eit større sosialt miljø for dei. Vi ser at personaleinsemd knytt til arbeidsplassar med få kollegaer på jobb, er ein viktig årsak til høg turnover og vanskar med å rekruttere kompetent personell. Med Agenda Kaupang sine ord, så må kommunen gjere seg så attraktiv, at kommunen sine bustader vert det mest attraktive alternativet. I dei tilfella der ein likevel ønskjer å etablere eigen bustad utan tilknytning til ein etablert omsorgsbasis, bør kommunen søke samarbeid med brukar og pårørande for å minimere negative effektar. Eit slikt samarbeid er vi per dato i gong med.

Behovet for bemanning i Bu- og aktivitetstenesta (BUA) er tradisjonelt langt større på kveldstid og i helgane enn på dagtid. Dette har ført til mange små stillingsprosentar og rekrutteringsproblem. Denne situasjonen er i betring gjennom arbeid med alternative turnusformar for å skape fleire attraktive heiltidsstillingar. Dette arbeidet vil fortsette.

Dei siste åra har vi hatt ei auke i tal på personar med behov for kartlegging av hjelpebehov og tilpassa tenester. Dette er personar i gråsona mellom buteneste, heimeteneste og psykisk helseteneste. Fellesnemnaren er at dei har ein kognitiv svikt, men utan å ha behov for omfattande tenester, og dei bur i privatheim, ikkje i omsorgsbustad. Dei som har behov for slike «punkttenester» har tradisjonelt mottatt ordinære heimetenester. Det bør gjerast ein gjennomgang av oppgåvefordeling mellom BUA og HBO for å sikre riktig hjelp på rett stad, og for å sjå om det kan vere mogleg med ei betre organisering. Det må også vurderast om det kan opprettast eit ambulerande miljøarbeidarteam.

Vi har eit forbettringspotensiale når det gjeld korleis vi møter personar med funksjonshemming og deira pårørande. Tenestene kan oppfattast som svært komplekse og vanskeleg å få oversyn over. Vi bør arbeide for at dette møtet skal opplevast enklare for

brukarane, og at vi får ei betre samordning av informasjon, tiltak og tenester. Vi har styrka Tiltakskontoret med dette for auge.

Strategiane:

Vi vil:

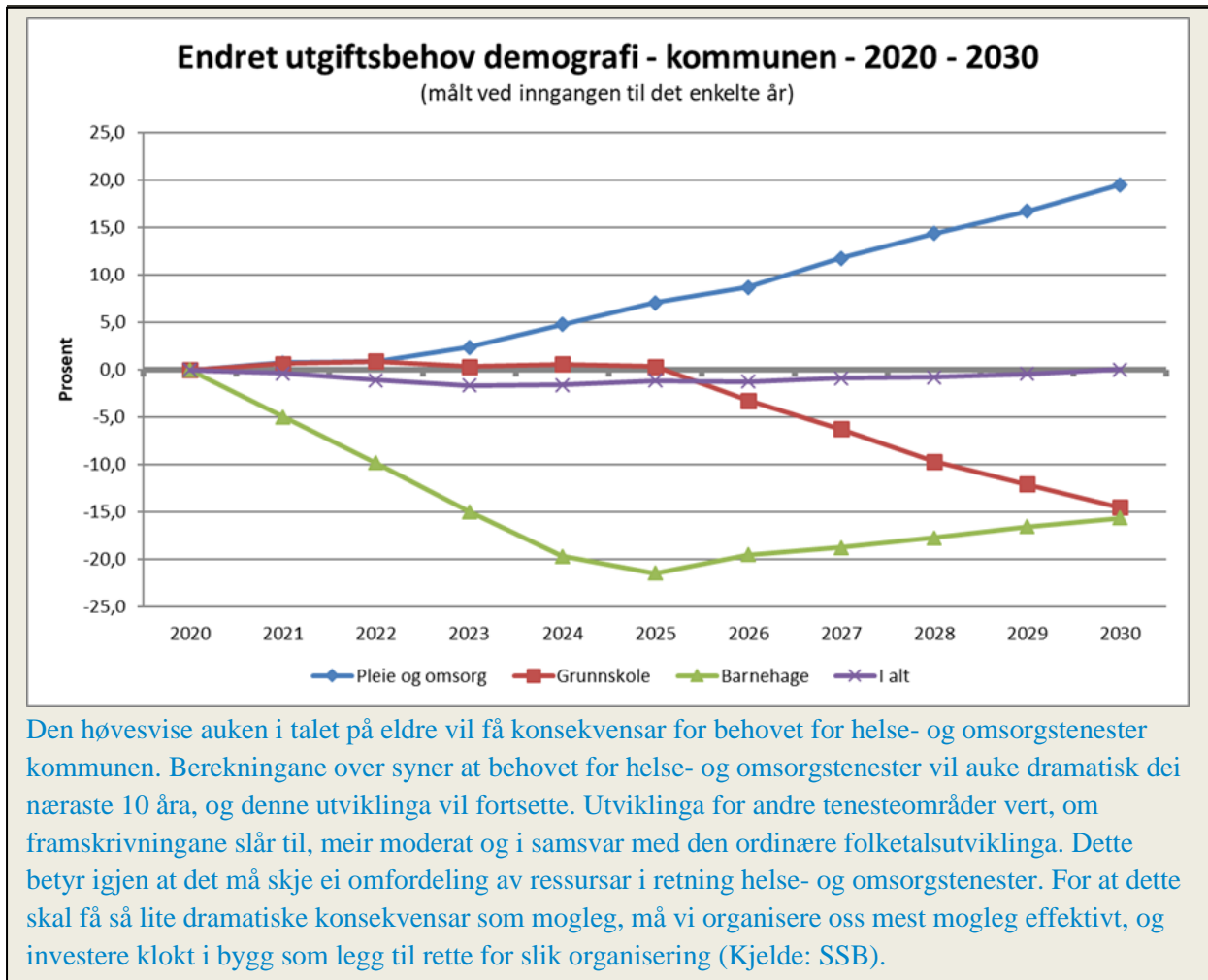
- Fortsette arbeidet med å bygge/gjere om tilstrekkeleg med bustader til å møte auken i talet på personar med funksjonshemming som vi ser kome.
- Bygge bustader og miljø rundt dei som opplevast så attraktivt for brukarane at dei vel desse tilboda.
- Planlegge bustader og dagaktivitetstilbod som er mest mogleg tilpassa brukarane, til dømes barn eller personar med utfordrande åtferd, slik at vi vert i stand til å yte optimal omsorg og få til ei effektiv drift.
- Søke å auke rekrutteringa til både avlastingsheim og støttekontakter for unge funksjonshemma
- Auke kompetansen vår inn mot personar med funksjonshemming.

Tiltaka:

Vi skal:

- Vi må vidareutvikle tiltakskontoret som koordinerande eining for mest mogleg profesjonell og dynamisk kommunikasjon med brukarar og pårørande.
- Tilpasse kapasiteten i avlastinga til behova.
- Arbeide for å betre tilgangen på avlastingsheimar og støttekontakter for unge personar med funksjonshemming.
- Auke kompetansen vår på utfordrande åtferd og vald.
- Tilsette fleire med relevant høgskuleutdanning, mellom anna for å møte lovkrav knytt til bruk av tvang.
- Gå gjennom arbeidsdelinga mellom dei ulike tenestene, og sjå på organiseringar og arbeidstidsordningar som gjer det meir attraktivt å arbeide i BUA. Vi skal også vurdere betre organisering av tenestene for auka kvalitet og effektiv drift.
- Opprette ei ambulerande miljøarbeidarteneste som kan hjelpe brukarar som elles slit med å fungere i ein normal busituasjon.
- Fullføre arbeidet med betre bustadstruktur i BUA, slik at vi får meir effektive tenester med høgare kvalitet.

3.8 Behovsutvikling og tenestestruktur



Utfordringsbiletet:

Vi går inn i den nye planperioden med fleire krevjande utfordringar når det gjeld kapasitet. Helse- og omsorgstenestene i Sula er under sterkt press, og frå fleire hald i tenesteapparatet vert alvorret i denne situasjonen understreka. Dette vil kunne forverre seg i åra som kjem, særleg når eldrebølgje 2 startar å slå inn om få år.

Vi har ei svært heimetenestorientert omsorgsteneste med få institusjonsplassar/heildøgns omsorg. Forsking viser at denne modellen er økonomisk effektiv, og at den på sitt beste gir individuelt tilpassa tenester med stor vekt på brukarane sine moglegheiter til å bu heime og klare seg sjølv. Men det er på mange måtar også ein ekstremmodell, som kan gjere oss ekstra sårbare dersom eitt eller fleire av hovudelementa ikkje fungerer.

Per dato merkar vi effektane av følgjande trugsmål mot helse- og omsorgsmodellen vår:

- Gruppa av eldre har vekse kraftig dei seinare åra. I perioden 1999 – 2014 auka talet på personar over 80 år med 72%, frå 257 til 442 personar (eldrebølgje 1). Framskrivningane syner at vi vil få ei ny sterk auke om få år (eldrebølgje 2). Auken i ressursar inn mot denne den eldste delen av befolkninga har ikkje vore tilsvarende.

Modellen vi har valt føreset egentleg at ein flyttar ressursar til heimetenestene for å kompensere for få institusjonsplasser. Vi har problemer med å dimensjonere heimetenesta opp til eit tilstrekkeleg nivå.

- Vi har medvite satsa på ein lav andel institusjonsplassar og bustader med heildøgns omsorg. Auken i talet på eldre har gjort denne andelen kritisk lav. Dette fører med seg at ei alt ressurspressa heimeteneste får ansvar for pasientar med stadig tyngre hjelpebehov. Personar med demens er ei sentral brukargruppe i denne samanhengen. Den lave andelen institusjonsplassar/bustader med heildøgns omsorg, fører også med seg eit sirkulasjonsproblem, som vært nærare handsama i avsnittet om bustader og institusjonsplassar.
- Gruppa av unge personar med funksjonshemming, og etterspurnaden etter tiltak til denne gruppa, har vore aukande, og vil fortsette å auke i åra som kjem. Svært mykje av veksten i ressursbruken i helse- og omsorgssektoren, i Sula som i landet elles, er gått til denne gruppa sidan HVPU-reforma, mens den veksande gruppa av eldre har fått høvesvis mindre. Dette prioriteringsdilemmaet vil fortsette i åra som kjem. Gruppa av unge personar med funksjonshemming vert handsama i eit eige avsnitt.
- Vi merkar konsekvensane av samhandlingsreforma. Pasientar vert skriven ut tidlegare enn før, og med behov for meir kompleks og ressurskrevjande oppfølging. Tanken bak er fagleg, samfunnsøkonomisk og menneskeleg sett riktig, men utfordringane dette gir for kommunen er ikkje kompensert med tilstrekkeleg auke i ressursar frå sentralt hald. Sula har vore flink til å følgje opp intensjonane i denne reforma, men paradoksalt nok fører det til at vi skrur til enda nokre omdreiingar i den pressa ressursituasjonen.
- Samhandlingsreforma utgjer berre ein av fleire faktorar som hevar krava til tenestene vi yter. Vi ser ei utvikling der krav og forventningar aukar, både frå sentrale myndigheiter og frå publikum.
- Vi har sett ei auke i talet på personar med demens og personar som treng oppfølging i høve psykisk helse. Auken i gruppe med demens skuldast fleire eldre og høgare levealder, mens auken i gruppa som søker hjelp knytt til psykisk helse har meir komplekse forklaringar. Begge grupper er handsama i eigne avsnitt, men utgjer ei utfordring i høve kapasiteten i sektoren.

Sjå vedlegg 3 for nærare dokumentasjon av kapasitetsutfordringane våre.

Strategiane:

Vi vil møte desse utfordringane ved:

- Å bygge ut kapasiteten når det gjeld heildøgns omsorg. Sjå meir i avsnitt 3.9.
- Å bygge ut kapasiteten til dei heimebaserte tenestene. Ei heimetenesteorientert omsorgsteneste fungerer ikkje etter intensjonen med «ja takk, begge deler»; både få plassar med heildøgns omsorg, og (for) lav kapasitet i dei ambulante heimetenestene.
- Å utvikle nye arbeidsformer som gir mest mogleg helse og omsorg for ressursinnsatsen. Vi må satse på å heve kompetansen til våre tilsette for å få til dette. Førebygging, kvardagsrehabilitering og velferdsteknologi er nokre av dei områda der vi må sjå på moglegheitene for betre løysingar. Vi må legge til rette for at innbyggjarane klarer seg lengst mogleg sjølv.
- Å vidareutvikle tiltakskontoret som ressurscenter for vedtaksprosessar.
- Å systematisk vurdere kva som skal vere dei prioriterte oppgåvene. Når ressursane vert høvesvis knappare, og vi ikkje er i stand til å kompensere ved å jobbe smartare eller å springe fortare, må nokre oppgåver prioriterast ned eller takast vekk.

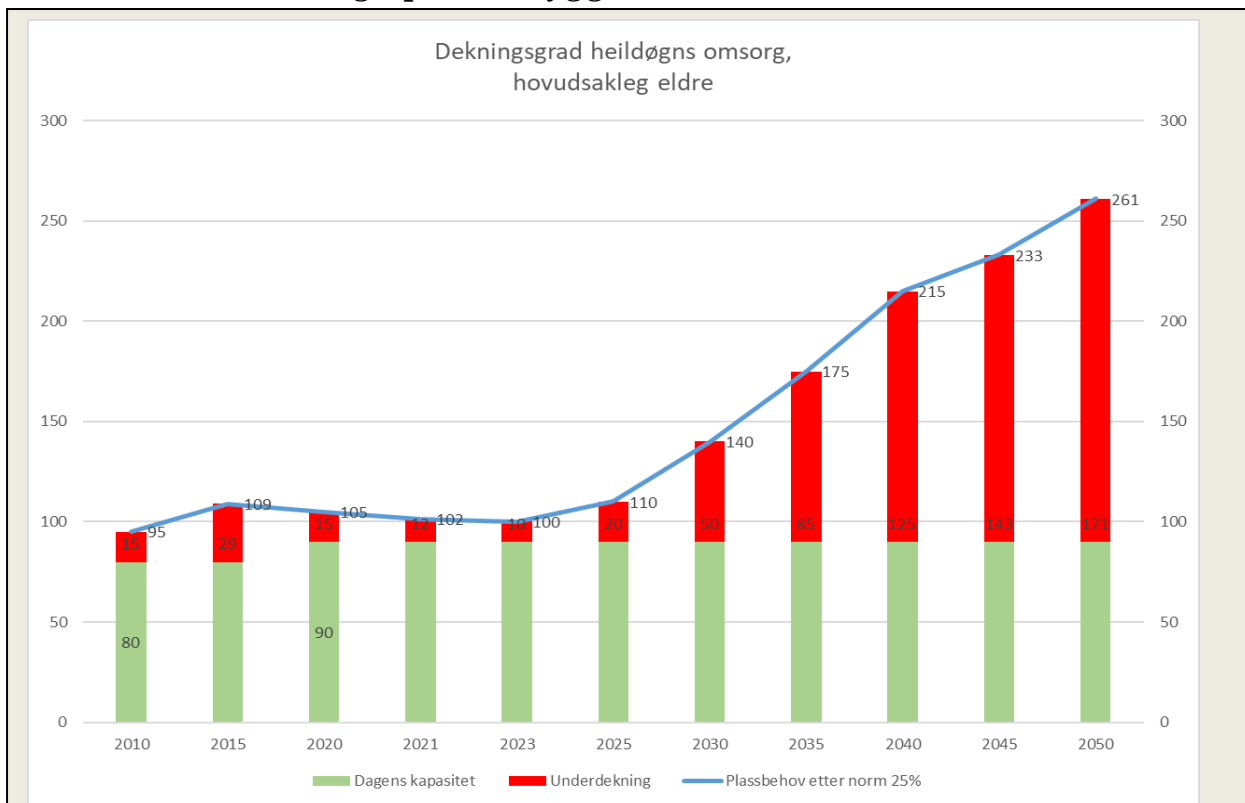
- Å samlokalisere tenester i auka grad, for å utnytte stordriftsfordelar og synergjar.

Tiltaka:

Vi vil:

- Starte planlegging av ytterlegare utviding av heildøgns omsorg, inkludert vidareføre arbeidet med betre struktur i BUA.
- Prioritere heimetenestene ved framtidig ressursauke.
- Styrke ressursbruken inn mot brukarar som treng utgreing av meistringsevne/kartlegging av behov, praktisk opplæring og rettleiing.
- Ta i bruk teknologiske løysingar som gir meir effektiv drift og auka tryggleik.
- Auke dagsenterkapasiteten for meir effektiv omsorg.
- Avstemme forventningar blant innbyggjarane ved god og tydeleg informasjon.
- Bli flinkare til å utgreie og dokumentere behov hos brukarane, slik at dei får rett hjelp til rett tid, betre og meir samordna kvalitet på tenestene sine og gir oss meir effektiv drift. Vidareutvikle tiltakskontoret som krumtapp i dette arbeidet, og sjå på organisering av tenesta.
- Planlegge helse- og velferdshus med fleire samlokaliserte tenester, som td. legetenester, korttidsavdeling, heimetenester, tiltaksonor, TBU, NAV...

3.9 Bustadbehov og optimal byggstruktur



Den høvesvise auken i talet på eldre, vil gje seg utslag i auka behov for heildøgns omsorg i åra som kjem. Dersom vi tek utgangspunkt i staten sin norm på 25 % av innbyggjarar over 80 år (som vert opplevd som knapp), så vil vi få følgjande utvikling i behovet for heildøgns omsorg til eldre (sjå figur). Dette vert krevjande. Vi må førebygge funksjonstap, oppmuntre eldre til å bu i meir eigna bustader og legge til rette for eit meir aldersvennleg lokalsamfunn, satse på velferdsteknologi og kvardagsmeistring og gjere andre grep som kan dempe denne veksten. Vi kjem likevel ikkje unna at vi må planlegge for ein auke i kapasiteten for heildøgns omsorg til eldre og til personar med demens. I tillegg veit vi at vi får fleire personar med ei utviklingshemming som vil trenge heildøgns omsorg. Vi har starta på ei omstrukturering og nybygging av bustadar for personar med utviklingshemming, men vi må også sjå på tilbodet til gruppa av eldre. [Agenda Kaupang](#) føreslo fleire grep vi kan gjere, og vi ser derfor føre oss å legge fram ein eigen plan for framtidig byggstruktur i helse og omsorg.

Utfordringsbiletet

Låg dekningsgrad er særleg utfordrande i ein situasjon med sterk auke i tal personar med demens, jfr avsnitt 3.5. Personar med demens som ikkje kan bu heime lenger, må då få døgnopphald på korttidsavdelinga ved Sulatunet eller ikkje optimale plasseringar i Bukollektiva i påvente av ledig plass. Med få korttidsplassar er det fare for blokkering av plassane. Nøkkelen for å lukkast med få korttidsplassar, er målretta bruk av korttidsplassane, mange utskrivningar og godt samarbeid med ei robust heimeteneste.

Sula kommune står om få år framføre ein ny sterk vekst i tal eldre, jf tabell for befolkningsframskriving i vedlegg 3. Aldersgruppa 67-79 veks sterkt og desse personane flyttar seg etter kvart inn i gruppa 80+. Vi må bruke planperioden til å førebu oss på dette.

Sula kommune har òg for få bustadar for yngre personar med ulike funksjonsnedsettingar. Vi er i gong med å møte dette behovet og omstrukturere bustadane i BUA.

Kjøkkenet på Sulatunet er sprengt og kapasitetsgrensa er nådd. Kjøkkenet leverer eit stort antal måltider til HDO og privatpersonar i Sula, og er eit viktig tiltak for at fleire kan bu heime lengre. Også andre tenester har plassutfordringar som hindrar optimal drift.

Ein optimal byggstruktur vert ein nøkkel til å organisere tenestene på ein slik måte at vi vert i stand til å møte veksten vi ser kome på ein effektiv og god måte. Ein lite teneleg byggstruktur vil ha motsett effekt. Då tenker vi ikkje berre på bustader, men også på bygga som huser tenestene våre. Vi må fremje effektiv drift, samordning, heilskap, kvalitet, synergieffektar og attraktive arbeidsplassar.

Utfordringsbiletet oppsummert:

- For få plassar med heildøgns omsorg (HDO) for eldre. Denne utfordringa vil auke kraftig i eit tiårsperspektiv og vidare, og vi må bruke planperioden til å planlegge for dette.
- For få HDO-plassar for yngre personar med funksjonshemmingar og for dårleg tilpassa bustadmasse i høve behova, og vi må fortsette arbeidet med å betre dette.
- Fleire tenester har store plassutfordringar; mellom anna kjøkkenet på Sulatunet, NAV og psykisk helseteneste. Også helseavdelinga vil om få år få plassutfordringar knytt til utvidingar i talet på fastlegar.

For oversyn over bustadmassen vi har til rådvelde til omsorgsføremål, og over dekningsgrader, vert det vist til vedlegg 3 bak i planen.

Strategiane

- Vidareføre dagens praksis med å bygge bufellesskap og bukollektiv organisert i tenelege bugrupper. Byggast opp rundt omsorgssenter for å hente ut synergieffektar og stordriftsfordelar.
- Frittstående omsorgsbustadar i gruppe, med særvis frå heimetenestene, byggast ut etter behov. Døme på dette er utbygginga av Torget omsorgsbustader.
- Bygge ut gode bustader med tilknytt sterkt tenestetilbod, til yngre personar med funksjonshemming, slik at dei blir føretrekt som bualternativ av dei som skal flytte ut frå foreldreheimen.
- Legge til rette for effektivt organiserte tenester av god kvalitet.

Tiltaka

- Auke kapasiteten på HDO til personar med demens.
- Starte planlegging av ytterlegare kapasitetsvekst innan heildøgns omsorg (HDO).
- Vidareføre arbeidet med bygging av eigna gruppebustadar med personalbase for yngre personar med funksjonsnedsetting.

- Bygge nytt effektivt storkjøkken som tiltak for god ernæring, sosiale måltid og styrking av den enkelte sin evne til å bu heime lengre.
- Planlegge helse- og velferdshus med fleire samlokaliserte tenester, som td. legetenester, korttidsavdeling, heimetenester, tiltaksontor, TBU, NAV, privat fysioterapi...
- Stimulere til at fleire eldre vel å bygge saman i Omsorg + - konsept, der dei har lettstelte leiligheiter med fellesaktivitetar.
- Legge fram eigen plan for byggstruktur i helse og omsorg med 10-20-års perspektiv

3.10 Kvalitet og innovasjon

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.»

Kåre Hagen, leiar av Hagen-utvalet: *NOU 2011:11 [Innovasjon i omsorg](#)*, som var hovudgrunnlaget for *Stortingsmelding 29 (2012-2013): [Morgendagens omsorg](#)*

Utfordringsbiletet:

Helse- og sosialtenestene i Noreg er i endring. Sterke drivkrefter ligg bak desse endringane. I Sula merkar vi, eller vi vil kome til å merke, effektane av fleire av desse drivarane: Dette kan vere strukturelle endringar slik som til dømes nye oppgåver og samhandlingsreforma, demografiske endringar slik som fleire eldre, eller teknologiske endringar slik som utviklinga av nye typar velferdsteknologi. Desse utfordringane må vi møte. Enten så endrar vi tenestene sjølve, eller så vert dei endra. Om vi vel å endre tenestene våre sjølve, så er sjansen større for at vi klarer å vere i forkant av utviklinga og at vi har betre kontroll på effektane av endringane. Dette krev kultur for utvikling og [innovasjon](#). For Sula har særleg arbeidet med [palliativ plan](#) fått regional oppslutnad og nasjonal spreiding, og viser at også ein mellomstor kommune kan ta ei innovativ leiarrolle når det gjeld utvikling av helse- og omsorgstenester.

Den same utviklinga krev også auka grad av [kvalitet](#) og profesjonalisering i det arbeidet vi yter. Det same gjer brukarar og pårørande som er stadig meir medvitne «forbrukarar» av våre tenester, og sentrale myndigheiter sine lovkrav og rettleiarar for god tenesteyting. Våre tilsette opplever stadig at dei står i ein «skvis» mellom ulike krav og forventningar som dei må balansere på best mogleg måte. For å handtere denne situasjonen, er det naudsynt at kvar og ein som arbeider i Sula kommune har ein grunnleggande etisk og fagleg ballast som gjer seg gjeldande i møte med desse utfordringane.

Kompetanse er eit nøkkelement for å utvikle slik kvalitet. Her må ein ha i mente at kompetansen i ein organisasjon er meir enn dei enkelte medarbeidarane som arbeider der. Det ligg mykje kompetanse og kvalitet i gode rutinar og system, og i den kulturen som herskar. Ein organisasjon med god systemkompetanse gjer at den samla summen av kompetanse vert større enn den ein rår over gjennom enkeltmedarbeidarane, og at den enkelte medarbeidar får tilgang til ein "meirkompetanse" gjennom organiseringa og kulturen på arbeidsplassen.

Strategiane:

Vi skal:

- spisse fagutvikling og kompetanseheving som strategi for å oppnå ei generell heving av kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstenestene våre.
- satse på å utvikle leiarar med god kompetanse innan fagutvikling og innovasjon, og som har fokus på kvalitet og organisasjonsutvikling.
- satse på etisk refleksjon som verkemiddel for kulturbygging og høgare kvalitet i tenestene våre.
- satse på å utvikle systemkompetanse gjennom å utarbeide gode rutinar og prosedyrar, og gjennom system for læring. Vi skal vere ein lærande organisasjon.
- styrke samhandlingskvaliteten vår: Bli flinkare til å utgreie og dokumentere behov hos brukarane, slik at dei får rett hjelp til rett tid, betre og meir samordna kvalitet på tenestene sine og vi får meir effektiv drift.

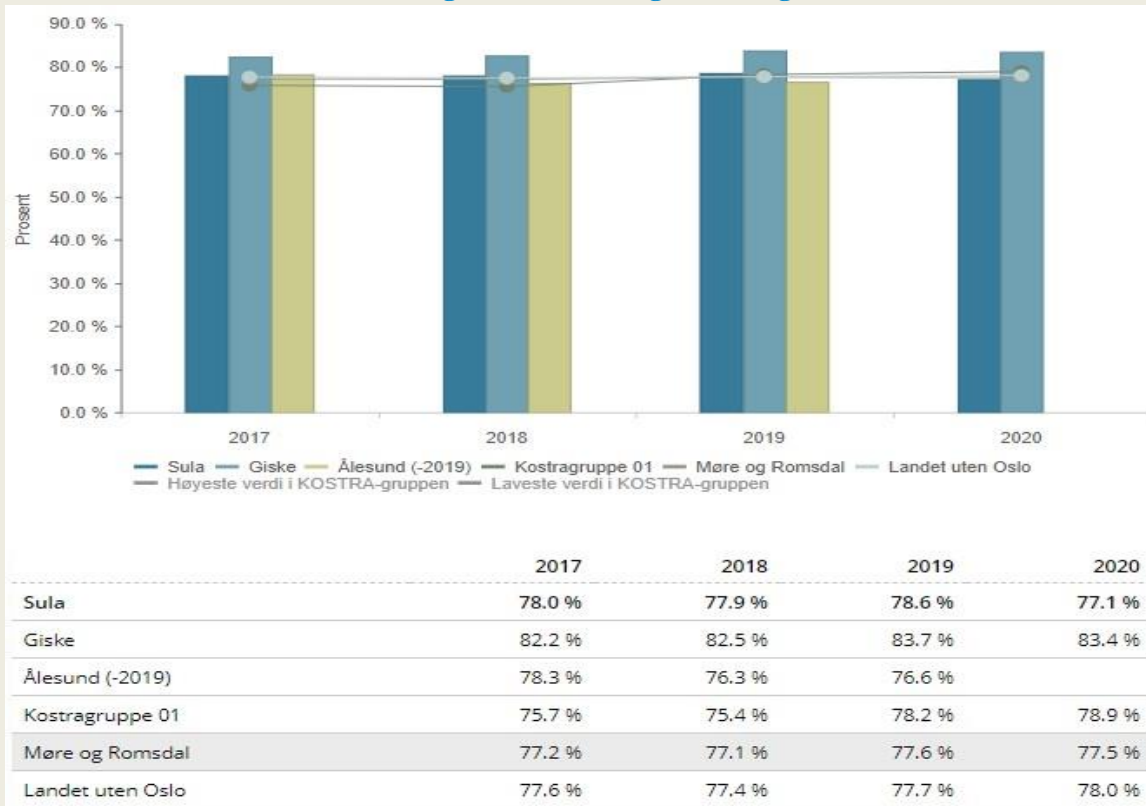
Tiltaka:

Vi vil:

- satse på spissa fagutvikling: Palliativ omsorg, kvardagsrehabilitering, velferdsteknologi og omsorg for menneske med utfordrande åtferd er døme.
- søke prosjektmidlar på utvalde områder der vi ønsker å drive fagutvikling.
- ta i bruk nye digitale fag- og samhandlingsverktøy.
- vidareføre leiarutviklingsprogrammet.
- utvikle og organisere tiltakskontoret optimalt som krumtapp for profesjonell og riktig tildeling og dokumentasjon av tenestene våre.
- arbeide med satsingsområda i kvalitetsreformen for eldre [Leve hele livet](#).
- satse på auka livsglede og aktivitet innan heildøgns omsorg, td. Afternoon Tea på Sulatunet.
- bruke refleksjonsgrupper som verktøy for å heve graden av etisk medvit, kvalitet og profesjonalitet hos våre tilsette, ha ei fast gruppe av refleksjonsleiarar.
- vidareutvikle digitalt avviks- og kvalitetssystem for tenestene.
- bruke verktøya i [Bedre kommune](#) til systematisk kvalitetsforbetring gjennom brukar- og medarbeidarundersøkingar.

3.11 Attraktiv arbeidsgjevar – kompetanse og heiltidskultur

Andel brukarretta årsverk i omsorgstenesta med fagutdanning:



Som det går fram av figuren over, så ligg Sula om lag på gjennomsnittet når det gjeld andel årsverk med relevant utdanning i helse- og omsorgssektoren. Vi veit at nokre av einingane slit meir enn andre med å skaffe seg arbeidskraft med relevant utdanning. Spesielt utsatt er einingar med mykje ugunstig turnus og påfølgjande utfordringar knytt til mange deltidstillingar. God dekning av kompetanse er ønskeleg med tanke på at kommunen får stadig større ansvar for meir kompliserte pasientforløp.

Utfordringsbiletet:

Forsking syner at auka kompetanse gir auka kvalitet og lågare kostnader ([Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren](#), TF-rapport nr. 280, 2011. KS-NOU). Medarbeidarar med god kompetanse er generelt meir sjølvgåande og kan ta større ansvar, og dei gir organisasjonen auka evne til å utvikle betre og meir effektive arbeidsformer. Vi legg følgjande 2-delte definisjon av kompetanse til grunn: 1. Komponentane i kompetanse er dei naudsynte kunnskapane, dugleikane og haldningane som skal til for å meistre definerte oppgåver og mål som verksemda skal utføre. 2. Kompetanse er dei ressursane som ei verksemd til ei kvar tid klarer å hente ut frå sine tilsette, som enkeltmedarbeidar og som organisasjon. Del 2 av denne definisjonen er verdt å merke seg: Kompetanse har liten verdi før den vert brukt, og det er konverteringa frå potensiell kompetanse til realisert kompetanse som er eit kritisk punkt for dei fleste organisasjonar. For å få til dette er det naudsynt med planmessig arbeid med kompetanse og medvite leiarskap.

Som det har vore peika på tidlegare, så får kommunen stadig større ansvar for meir spesialisert og kompleks oppfølging på alle områder av tenesteytinga. Dette krev eit generelt høgare kompetansenivå, men også meir spesialisert kompetanse. Det kan vere utfordrande både å rekruttere og gjere seg nytte av den spesialiserte kompetansen. Til dømes gjer turnusarbeid med minimumsbemanning det vanskeleg å frigjere spesialisert kompetanse til oppgåver der spesialkompetanse er viktig. Vi har i eit visst omfang kompensert dette ved eksternt finansierte prosjektstillingar. Meir spesialisert og kompleks oppfølging er på eine sida utfordrande og på andre sida velkomen; desse oppgåvene gir faglege utfordringar som gjer kommunen til ein spennande arbeidsplass. Lukkast vi med å handtere dei, vert vi også attraktiv for dugande og kompetent arbeidskraft, og fleire unge, framtidige arbeidstakarar vil søkje seg til dei kommunale helse- og omsorgsyrrka.

Ei utfordring i sektoren er problemstillingar rundt ugunstig turnus og mange små deltidstillingar. Dette gjer det vanskeleg både å få «matematikken» til å gå opp for fulle stillingar, og for den enkelte å kunne stå i ei full stilling kombinert med eit vanleg sosialt liv. Dette gir både ei kompetanse- og ei rekrutteringsutfordring. Det er tatt i bruk og vert arbeid med alternative organiseringar og alternative turnusformer, men vi har ingen «quick fix» knytt til desse utfordringane. Heiltidskultur vert eit satsingsområde i planperioden.

Strategiane:

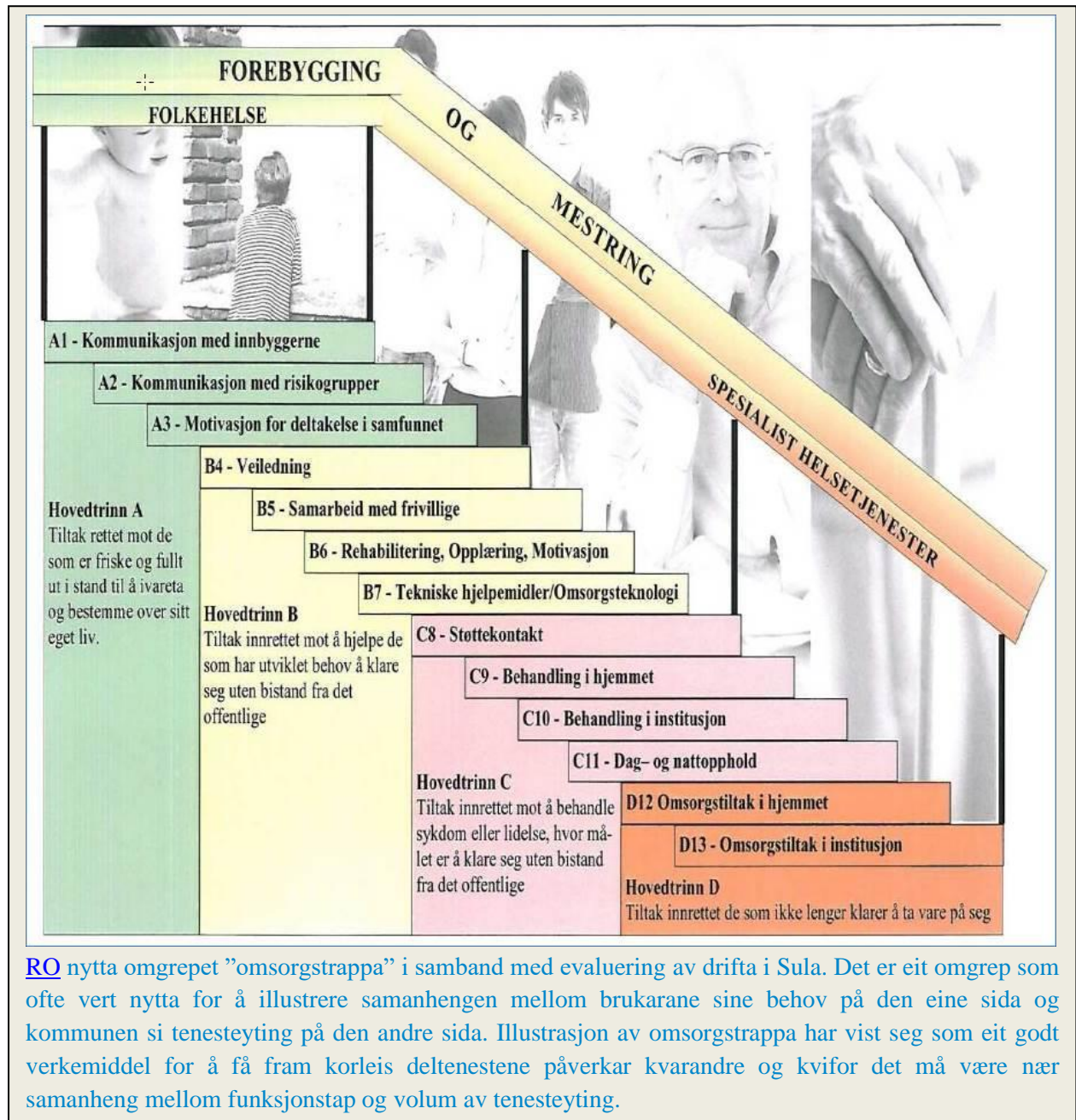
- Vi vil ferdigstille ny strategisk kompetanseplan, med handlingsprogram, for å sikre gjennomarbeidde og målretta prioriteringar på kompetanseområdet.
- Vi vil auke kompetansen til leiarane våre, slik at vi får ein organisasjon som i størst mogleg grad klarer å gjere seg nytte av kompetansen som finnest.
- Vi vil bruke større fagutviklingsprosjekt til å heve kompetansen for tilsette gjennom til dømes hospitering og kurs. Dette har vi god erfaring med.
- Vi vil stimulere våre tilsette til å ta fagutdanning og vidareutdanning.
- Vi vil gjennom satsing på kompetanse gjere Sula kommune til ein attraktiv arbeidsgjevar.
- Vi vil i samarbeid med tillitsvalde og verneombod arbeide vidare med nye organiseringar og turnusordningar for å motverke uønskt deltidarbeid og uheldige arbeidstidsordningar.

Tiltaka:

- Vi vil bruke ordninga med Kompetanseløftet 2025, til å stimulere våre tilsette til å ta fagutdanning og ulike formar for vidareutdanning.
- Vi vil legge til rette for auka bruk av e-læring.
- Vi vil heve kompetansen vår innan helse-IT og velferdsteknologi.
- Vi vil kurse våre tilsette vidare i [Proact](#).
- Vi vil fortsette satsinga på leiarutviklingsprogrammet.
- Vi vil auke kompetansen vår når det gjeld brukarar med anna kulturell bakgrunn.
- Vi vil la arbeidsgruppa som arbeider med heiltidskultur fortsette sitt arbeid.
- Vi vil halde fram partssamarbeidet om heiltidskultur, og sjå om det til dømes kan vere mogleg å få til ein avtale mellom partane for mellom anna å legge grunnlag for meir omfattande utprøving av alternative turnusformer.

4. OMSORGSTRAPPA I SULA

Helse- og omsorgstenestene i Sula er organisert som ei omsorgstrapp. I det følgjande vil vi skildre korleis vi innrettar tenestene slik at vi skal få mest mogleg omsorg for pengane.



Sjølv om tenestene vert beskrivne som ulike "trinn i trappa", så er tenesteytinga i røynda mykje meir fleksibel og samansett. Trinna er i realiteten delvis overlappende, og tenestetilbodet til den einskilde tenestemottakar er i stor grad individuelt tilpassa og ikkje så standardisert som biletet av omsorgstrappa kan gje inntrykk av. Vi har snudd trappa i denne planen, og valt ein figur som er meir finmaska for å fange opp fleire av nyansane i tenestetilbodet. Brukarane beveger seg no nedover i trappa etter kvart som behovet for tenester vert større. Figuren har elles eit større folkehelse-, førebyggings- og rehabiliteringsfokus.

Korttidsopphald i institusjon har mange føremål og vert gitt til mange ulike målgrupper. Det kan derfor argumenterast for at korttidsopphald er både eit trinn ”midt i trappa” og eit tilbod for dei mest hjelpetrengande brukarane.

Det er viktig å byggje opp omsorgstenesta i Sula på ein slik måte at vi kan tilby hjelp til den enkelte ut frå individuelle behov. For at heimetenesta skal vere eit godt og forsvarleg tilbod, må det sikrast at tenesta til ei kvar tid har basiskompetanse for å oppfylle vedtak om helse- og omsorgstenester som den einskilde brukar har fått tildelt. Uansett kor mykje ressursar vi set inn via heimetenesta og kor ofte vi kjem på besøk, er tenesta bygd opp på ein slik måte at brukaren i periodar må kunne vere åleine utan at personale er tilstades. Det er ein føresetnad at brukarane sjølv skal kunne varsle dersom det oppstår behov for hjelp utanom faste avtalte besøk.

Vi må kunne skilje dei brukarane som kan og vil ta imot slike tenester, frå dei brukarane som korkje ønskjer eller kan få eit fagleg forsvarleg tilbod gjennom slike besøk. Den siste gruppa må få tilbod i bukollektiv/bufellesskap med nærleik til døgnbemanning. For å få høve til sosial aktivitet saman andre brukarar er tilgang til fellesareal viktig.

Å gje heimetenester til ein person som treng døgntilsyn, vert dyrt og dårleg på same måte som det blir dyrt og dårleg å gje døgntilsyn til personar som både kan og vil bu åleine. Ut frå dette bør Sula velje ein modell som sikrar eit godt tilbod til begge desse målgruppene.

Det som er grunnleggjande for val av modell, er brukarperspektivet. Brukarundersøkingar kring i landet syner at når dei eldre får redusert helse, ønskjer dei at basis for omsorgstenestene skal vere tenester i eigen heim, og evt. omsorgsbustad gjerne med personalbase og høve til sosialt fellesskap dersom hjelpebehovet vert for stort til å bu heime. Dette tilseier at kommunen må ha ei godt utbygd heimeteneste med høg fagleg standard som gir nok tenester til rett tid og leggje til rette for sosiale aktivitetar. I tillegg må fokus på helsefremjande og førebyggjande arbeid vere stort. Gjennom rehabilitering og kvar dagsrehabilitering ønskjer vi å utsetje nedstiging i omsorgstrappa, og helst hjelpe dei opp att i trappa så langt det er mogleg.

Omsorgsbustader bør ha nærleik til personalbase og fellesareal med variert fagkompetanse slik at brukarane får dekt individuelle behov. Det vil alltid vere ein del personar som har behov for meir omfattande helse- og omsorgstenester i periodar som t.d ved akutt sjukdom, forverring av kronisk sjukdom, før og etter sjukehusinnleggingar og i livets slutfase. For å dekkje desse behova er det naudsynt med korttidstilbod i institusjon.

Det må vere rett og naudsynt kompetanse på alle trinn i omsorgstrappa, slik at brukaren sine behov vert dekt.

Sula kommune bør velje ein modell der det vert satsa på tenester i eigen heim og i bukollektiv/bufellesskap med personalbase der bebuaren sine individuelle behov vert dekt også behovet for sosial aktivitet, tryggleik og god omsorg. Tilbodet ved Sulatunet skal berre vere eit supplement for dei som treng kortvarige behandlings-, rehabiliterings- eller svært krevjande omsorgstilbod.

Ein slik modell inneber at alle ledd i kjeda (omsorgstrappa) er godt utbygde og fungerer etter intensjonen. Modellen inneber også at organisasjonen er i stand til å skilje tydeleg mellom brukarar som får ulike vedtak om hjelp i tråd med dei ulike nivåa i omsorgstrappa.

VEDLEGG 1: SENTRALE STYRINGSdokUMENT

Fleire sentrale styringsdokument gir føringar for kommunen si drift av helse-, sosial og omsorgstenestene, og har vore viktige grunnlagsdokument for denne planen. Vår plan er Sula kommune sitt styringsdokument, og vår «operasjonalisering» av dei sentrale føringane, tilpassa våre lokale behov og den måten vi har valt å løyse oppgåvene på her. Under har vi sett opp ei liste over eit utval av dei sentrale styringsdokumenta, med lenker for dei som vil lese meir. Nokre av dokumenta har også fått ein kort presentasjon.

Lover

Under finn du nokre av dei lovene som vi styrer etter, med hyperlenke og lova sitt føremål:

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

[Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#)

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

[Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen \(sosialtjenesteloven\)](#)

Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Loven skal bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.

[Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#)

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#)

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Andre styringsdokument

Under er samla fleire styringsdokument og ressursar som har fungert som grunnlagsdokument for arbeidet med helse- og omsorgsplanen:

[Meld. St. 15 \(2017-2018\) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre](#)

Reformen Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

[Meld. St. 24 \(2019-2020\) Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.](#)

Stortingsmeldingen omhandler forslag til hvordan lindrende behandling og omsorg kan utvikles til å møte dagens og fremtidens utfordringer. Stortingsmeldingen skal bidra til mer åpenhet om døden og til at mennesker med behov for lindrende behandling og omsorg ivaretas på en helhetlig måte for best mulig livskvalitet og økt grad av valgfrihet ved livets slutt. Dette innebærer blant annet at flere skal kunne velge å være lengre hjemme og også å dø hjemme. Innsatsområdene i meldingen er åpenhet om døden, en helhetlig tilnærming, medvirkning og valgfrihet, barn og unge, familien, pårørende og frivillige og kompetanse og kunnskap. Gjennom målrettede tiltak skal denne meldingen bidra til at alle mennesker får en verdig avslutning på livet, i tråd med egne ønsker og behov.

[Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.](#)

Den omfatter prioriterte områder i regjeringens plattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av meldingen Morgendagens omsorg.

[Demensplan 2025 «Et mer demensvennlig samfunn»](#)

Regjeringens mål er å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Da må brukernes egendefinerte behov stå i fokus ved utvikling av tjenestene. Erfaringskunnskapen som mennesker med demens og kognitiv svikt selv sitter med, er nødvendig for å finne de gode løsningene. Demensplan 2020 er derfor utviklet i et tett samarbeid med mennesker som selv har demens og deres nærmeste. Planen bygger også på erfaringer med Demensplan 2015 og ny kunnskap.

[Meld. St. 26 \(2014-2015\) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet](#)

Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.

[Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019](#)

I opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019, som er en del av regjeringens forslag til statsbudsjett for 2017, ønsker regjeringen å bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne. Planen skal bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenesten, og er i hovedsak rettet mot kommunene hvor brukerne bor.

[Meld. St. 42 \(2012-2013\) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming](#)

Meldingen til Stortinget gir en beskrivelse av situasjonen for personer med utviklingshemming på ulike samfunnsområder med vekt på barnehage, utdanning, arbeid, helse, bolig og fritid. Meldingen omhandler tverrsektorielle problemstillinger som likestilling, selvbestemmelse, rettssikkerhet, demokratisk deltakelse og koordinering av tjenester.

[Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming](#)

Nasjonal veileder.

[FN-konvensjonen om rett til menneske med nedsett funksjonsevne](#)

[Meld. St. 19 \(2014-2015\) Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter](#)

Presenterer regjeringens strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg. Regjeringen vil utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter for hver enkelt av oss til å ta ansvar for egen helse. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse. Regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer helse og trivsel. Hensynet til befolkningens helse skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid. Metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet er en viktig del av innsatsen, for eksempel kommunehelseprofiler, faglig støtte til kommunene og bedre koordinering av statlige føringer. Det skal legges til rette for systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Det krever gode helseanalyser, forskning, evalueringer og kunnskapsoppsummeringer.

[Kompetanseløft 2025](#)

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

[St. meld. nr. 47 \(2008-2009\) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid](#)

Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer står i fokus i denne stortingsmeldingen. Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i forhold til begge disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover.

[NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg](#)

Med bakgrunn i St meld nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge, i samspill mellom offentlig sektor og næringsliv, skal utvalget utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, med vekt på:

- Ny teknologi
- Arkitektur og nye boformer
- Brukerinnflytelse og egenmestring
- Forskning og utvikling

[Samarbeid om etisk kompetanseheving](#)

Et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjonene innen helse og omsorg samt KS. Prosjektets hovedmål er å bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen i helse-, sosial- og omsorgstjenestene og gjennomfører systematisk etisk refleksjon i tjenestene.

[Fylkesplan for Møre og Romsdal](#)

Fylkesplanen er den overordna planen for samfunnsutvikling i Møre og Romsdal. Planen skal gi fylkeskommunen, kommunale og regionale styresmakter, næringsliv, institusjonar og organisasjonar i fylket eit prioriterings- og avgjerdsgrunnlag. Planen skal også bidra til godt samarbeid og samhandling i fylket.

VEDLEGG 2: LEVE HELE LIVET - HANDLINGSPLAN

[Leve hele livet-reforma](#) kom i 2018, og er ei kvalitetsreform som set fokus på ulike områder som er viktig for at eldre opplever ein god alderdom. Det er frå sentralt hald stilt krav om at den enkelte kommune skal arbeide med innsatsområda i reforma, og at dette skal munne ut i ein politisk handsama handlingsplan. Det er denne handlingsplanen som her ligg føre.

I Sula var vi tidleg ute med å arbeide med innsatsområda i reforma, og vi kombinerte dette arbeidet med at vi samstundes skulle utarbeide ny helse- og omsorgsplan. Helse- og omsorgsplanen er slik gjennomsyra av satsingsområda i reforma. Vi har i tillegg valt å plukke dei tiltaka som kan knyttast direkte opp mot reforma i dette vedlegget, som då vert vår handlingsplan for gjennomføring.

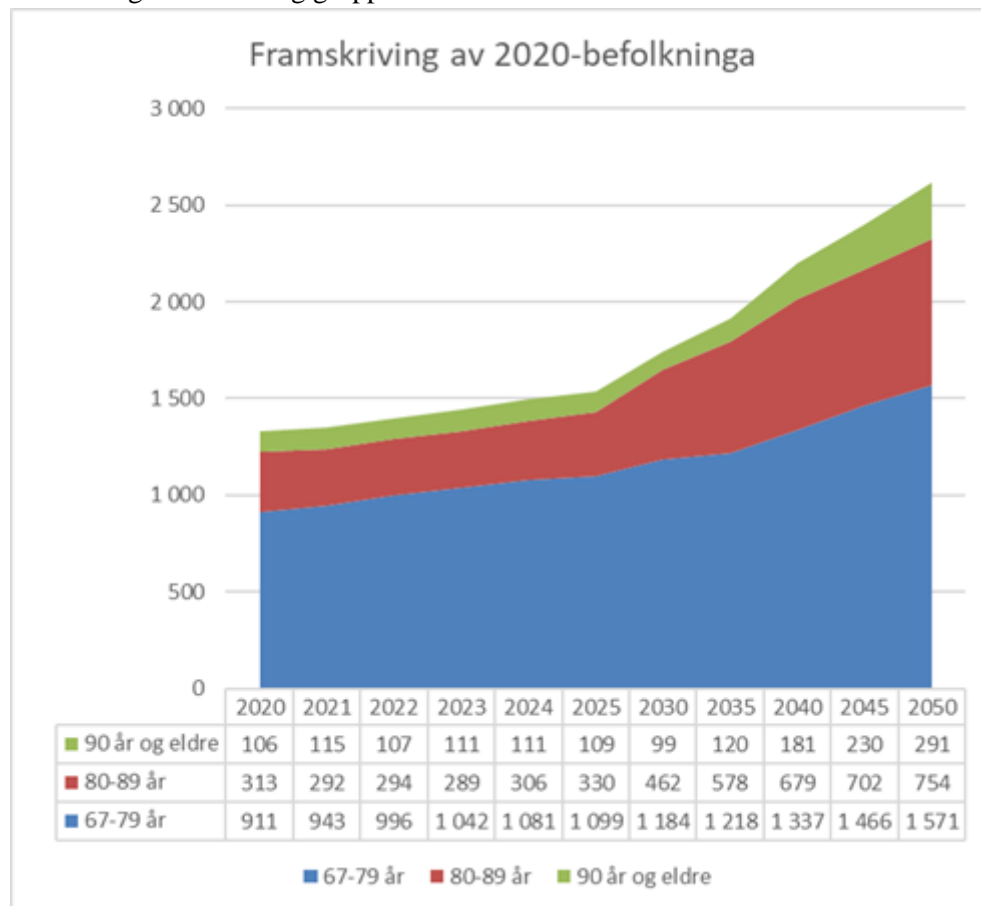
Reforma har 5 innsatsområder, og desse har fått slik oppfølging i Sula:

Satsingsområde	Oppfølging i Sula
Aldersvennleg Noreg	<ul style="list-style-type: none"> • Bruke nettverket og kompetansemiljøet Aldersvennlege lokalsamfunn og deltaking i prosjektet «mobilisering av seniorressursen» til å utforske ny metodikk for å gjere Sula til eit meir aldersvennleg lokalsamfunn (Sula er plukka ut). • Ha universell utforming og tilrettelegging som perspektiv i alt vi gjer. • Utfordre ulike samfunnssektorar til innsats, som til vanleg ikkje ser seg sjølv som ein del av arbeidet med å skape god folkehelse og eit aldersvennleg samfunn. • Frivilligsentralen er eit døme på korleis lokalsamfunnets omsorgsressursar kan bli kanalisert til dei som treng hjelp. Vi bør støtte opp om tiltak som kanaliserar omsorg på denne måten, og finne meir forpliktande samarbeidsformer. • Bruke Eldreråd, Råd for likestilling av personar med funksjonsnedsetting og Ungdomsråd som rådgjevarar og samarbeidspartnarar i arbeidet med å mobilisere lokalsamfunnet sine aktivitets- og omsorgsressursar. • Vi skal arbeide for at Sula vert eit meir demensvennleg samfunn. • Stimulere til at fleire eldre vel å bygge saman i Omsorg + - konsept, der dei har lettstelte leiligheiter med fellesaktivitetar. • Stimulere til at fleire planlegg lurt for eigen alderdom. • arbeide med satsingsområda i kvalitetsreformen for eldre Leve hele livet.
Aktivitet og fellesskap	<ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for fysisk aktivitet i alle aldrar; td. den gyldne spaserstokk, idrettsanlegg, turstigar, mv. • Frivillige lag og organisasjonar er ein stor meistrings- og omsorgsressurs, og vi må støtte opp om denne typen aktivitet. Røde Kors si besøksteneste og kafeen ved Sulatunet er gode dømer på slike ressursar. • Auke dagsenter- og avlastingskapasiteten slik at fleire i målgruppene får eit tilbod. • Fortsette å støtte eit utval aktivitetar, td. gjennom ordninga med Den

	<p>kulturelle spaserstokken og bruk av terapihund.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulere til fleire naturlege og uformelle møteplassar der alle kan møtast uavhengig av funksjonsnivå. • Gjere kvardagsrehabilitering betre kjent for innbyggjarane i Sula, og motivere brukarar og pårørande til å delta.
Mat og måltider	<ul style="list-style-type: none"> • Bygge nytt storkjøkken som tiltak for god ernæring, sosiale måltid og styrking av den enkelte sin evne til å bu heime lengre. • satse på auka livsglede og aktivitet innan heildøgns omsorg, td. Afternoon Tea på Sulatunet.
Helsehjelp	<ul style="list-style-type: none"> • Drive aktiv fallførebygging, td. gjennom trimgrupper • Førebyggjande tiltak til eldre: Oppsøkande verksemd til 80-åringar – hjelpemiddel og tilrettelegging i heimen for å førebygge skadar og hjelpebehov. • Vidareutvikle ei arbeidsform/metode som skil seg frå anna type rehabilitering i kommunen ved at den blir utført i heimen av tilsette i heimetenesta i tett samarbeid med fagpersonar med kompetanse i rehabilitering. • Vi vil satse på kartleggingsbesøk, pårørandesamtale, pårørandeskule og demensteam som tidlege tiltak for å gjere pårørande betre i stand til å ta vare på personar med demens lengre. Tiltaka skal sikre god informasjon om tilbodet, avklare forventningar og sikre god brukarmedverknad. • Omgåande starte å planlegge for ei utviding av talet på demensplassar med heildøgns omsorg, for å kunne møte den auken i talet på personar med demens som vi ser kome.
Samanheng i tenestene	<ul style="list-style-type: none"> • Vi må vidareutvikle tiltakskontoret for mest mogleg profesjonell og dynamisk kommunikasjon med brukarar og pårørande. • Vi må ha eit system som på rettferdig vis utmåler ressursar, og som samstundes utløyser brukaren sine eigne ressursar gjennom god dialog og kartlegging. • • Vi må i større grad finne tilnærmingar og metodar som endrar våre spørsmål frå ”kva kan vi hjelpe deg med” til ”korleis kan vi hjelpe deg å meistre det som er viktig for deg”? Kvardagsrehabilitering og palliativ plan er gode dømer på ei slik tilnærming • vidareutvikle palliativ plan og etisk refleksjon som verktøy for god palliativ omsorg. • Planlegge helse- og velferdshus med fleire samlokaliserte tenester, som td. legetenester, korttidsavdeling, heimetenester, tiltaksontor, TBU, NAV... • bruke refleksjonsgrupper som verktøy for å heve graden av etisk medvit, kvalitet og profesjonalitet hos våre tilsette, ha ei fast gruppe av refleksjonsleiarar. • vidareutvikle digitalt avviks- og kvalitetssystem for tenestene. • bruke verktøya i Bedre kommune til systematisk kvalitetsforbetring gjennom brukar- og medarbeidarundersøkingar.

VEDLEGG 3: OVERSYN OVER BUSTADER TIL OMSORGSFØREMÅL OG DEKNINGSGRADER

Befolkningsframskriving gruppa eldre i Sula 2020 – 2050:



Kategoriar av omsorgsbustadar og institusjon

- Omsorgsbustad i gruppe utan fellesareal og utan fast tilknytt personell, bebuaren får ved behov tilbod frå heimetenesta (eks. Vågstunet, Torget Vest)
- Omsorgsbustad i gruppe med fast tilknytt personell (t.d. Nymarksvegen)
- Bufellesskap, fleire fullstendige husvære m/tilgang til fellesareal og fast tilknytt personell (t.d. Molvørsvegen 11)
- Bukollektiv, kombinert sove-/og opphaldsrom og eige bad. Fellesareal m/stove og kjøkken og fast tilknytt personell (Sløghaugvegen 28, Molvørsvegen 15/17 og Sulatunet, langtidsavdelinga)
- Institusjon. Fast bemanning heile døgnet og krav til kompetanse mm, td Sulatunet korttidsavdelinga og barneboligen.

Bustader utan livsløpstandard

Namn	Tal bustadar
Sloghaugvegen 18–26, Langevåg	8
Djupdalen, Langevåg	1
SUM	9

Desse bustadene vart bygd på 1970 talet og har ikkje livsløpstandard. Dei vert nytta til personar utan fysisk funksjonshemming, men med behov for bustad. Bebuarane får tilbod frå heimetenesta etter individuelle behov.

Omsorgsbustader utan fellesareal og utan fast tilknytt personell

Namn	Type bustad	Tal bustader	Brukargruppe
Nausthaugen, Sunde	OMSB	10	Unge og eldre m/bistands-/omsorgsbehov
Sunde Leirvåg borettslag, Sunde	OMSB	4	Unge og eldre m/bistands-/omsorgsbehov
Vågstunet, Mauseidvåg	OMSB	14	Unge og eldre m/bistands-/omsorgsbehov
Bakketun, Fiskarstrand	OMSB	11	Unge og eldre m/bistands-/omsorgsbehov
Berggarden, Langevåg	OMSB	13	Unge og eldre m/bistands-/omsorgsbehov
Hølevegen, Langevåg	OMSB	5	Unge og eldre m/bistands-/omsorgsbehov
Fyllingvegen 63, Langevåg	OMSB	12	Unge og eldre m/bistands-/omsorgsbehov
Sloghaugvegen 28, Langevåg **	OMSB	2	Eldre m/omsorgsbehov
Torget aust og vest (9+9)	OMSB	18	Hovudsakleg eldre
Molværsvægen 17 **	OMSB	4	Hovudsakleg eldre
Til saman	OMSB	93	Unge/eldre m/bistands-/omsorgsbehov

** får tenester frå heimetenestene

Omsorgsbustader/bukollektiv/institusjon m/fast tilknytt personell heile døgnet

Namn	Type bustad	Tal bustadar	Brukargruppe	Eige kjøkken	Fellessareal
Sloghaugvegen 28	BUF	16	I hovudsak eldre m/omsorgsbehov	Nei	Ja
Molværsvægen 15/17/19, Langevåg ***	BUK	26	Eldre m/omsorgsbehov (demens)	Nei	Ja
Sulatunet, bukollektiv	BUK	28	I hovudsak eldre m/omsorgsbehov	Nei	Ja
Sulatunet, institusjon	INST	20	Alle aldrar og behov	Nei	Ja
Nymarkvegen, Langevåg	OMSB	5	Unge/vaksne m/bistandsbehov	Ja	Nei
Årgjerdalen, Langevåg	OMSB	2	Unge/vaksne m/bistandsbehov	Ja	Nei
Geilneset 11, Langevåg	OMSB	4	Unge m/bistandsbehov	Ja	Nei
Geilneset 11, Langevåg	INST	1	Unge m/bistandsbehov	Ja	Nei
Geilneset 9 *	AVLAST	4	Avlastning, born/unge m/f.hemming	Nei	Ja
Molværsvægen 11, Langevåg	BUF	8	Menneske med psykiske lidningar	Ja	Ja
Til saman **		114	Unge/eldre m/bistands-/omsorgsbehov		

* = vert nytta i periodar når det er behov for avlastning
 ** = 104 totalt, 100 som fast bustad
 *** = 2 bustadar er mellombels stengt av økonomiske årsaker

Dekningsgrad

HDO Hovudsakleg eldre

Namn	1999	2010	2015	2019	2025	2029	2034	2039	2044
	faktiske tal	faktiske tal	faktiske tal	faktiske tal	framskriv.	framskriv	framskriv	framskriv	framskriv
Sulatunet – institusjon + bukollektiv, tal bustadar	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Bukollektiv Molværsvegen 15&17		16	16	16	16	16	16	16	16
Bukollektiv Sloghaugvn. 28	26	16	16	16	16	16	16	16	16
Nytt bukollektiv Molværsvegen					10	10	10	10	10
SUM	74	80	80	90	90	90	90	90	90
Tal på personar 80år +	257	378	435	420	450	546	653	820	885
Prosent dekning (avrunda til nærmaste heile %)	29	21	18	21	20	16	14	11	10
25% dekning 80+ (normtal)	64	95	109	105	113	137	163	205	221
Underdekning HDO, faktisk tal	-10	15	29	15	23	47	73	115	131

Tabellen er oppdatert med fleire faktiske tal og nye framskrivne tal

- Gul: Faretrugande låg dekningsgrad.
- Oransje: Dekningsgrad på grensa til det kritiske
- Raud: Kritisk låg dekningsgrad

Sula kommune har erfart at statens normtal på 25% dekningsgrad HDO for alle grupper og behov er for lågt. Denne dekningsgraden opplever mange kommunar å vere knapp sjølv om ein berre skal dekke behovet til eldre (80+).

Av tabellen ovanfor ser vi at Sula kommune sin dekningsgrad for heildøgnsstilbod for eldre er 21% og raskt fallande fram mot 2030.

Når ein vurderer dekningsgrad for heildøgns omsorg (HDO), må ein alltid vurdere kapasiteten til den ambulante heimetenesta samstundes. Låg dekningsgrad HDO kan kompenseras med heimetenesteorientering av omsorgstenesta. Det vil seie ei kompetent og godt utrusta ambulant heimeteneste med tilsvarande betre kapasitet. Poenget er at det må vere samsvar og balanse, slik at det samla tilbodet blir tilstrekkeleg og godt nok (forsvarleg).

I Sula sitt tilfelle er ein no uroa for denne balansen. Ein har valt å ha få plassar med HDO, utan å makte tilsvarande prioritering av den ambulante tenesta. Denne tenesta får desse brukarane uansett. Resultatet er ei svært pressa teneste.