



**VERDAL KOMMUNE**

# **Helhetlig pleie- og omsorgsplan 2006 – 2009**



## Innholdsfortegnelse:

<b>DEL I</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 BEHOV FOR HELHETLIG PLEIE- OG OMSORGSPLAN .....	4
1.2 TILBAKEMELDING FRA STATLIGE MYNDIGHETER PÅ GJELDENE PLANER.....	4
1.3 PROSJEKTPLAN OG MANDAT .....	5
1.4 GJENNOMFØRING AV PLANARBEIDET.....	6
<b>2. Målsettinger</b> .....	<b>6</b>
2.1 STATLIGE MÅLSETTINGER.....	6
2.2 KOMMUNALE MÅLSETTINGER.....	7
<b>DEL II</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Tiltaksplan</b> .....	<b>8</b>
<b>DEL III</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Status for helhetlig pleie- og omsorgsplan 2002-2005</b> .....	<b>14</b>
4.1 UTBYGGINGSSAKER.....	14
4.2 PLANER.....	15
4.3 ORGANISERING .....	16
4.4 SAMARBEIDENDE INSTANSER .....	16
4.5 TJENESTEPRODUKSJON .....	18
4.6 BEMANNING OG KOMPETANSE.....	22
4.7 KVALITETSUTVIKLING.....	23
<b>5. Befolkningsutviklingen</b> .....	<b>24</b>
5.1. UTVIKLINGEN DE SISTE ÅRENE .....	24
5.2. BEFOLKNINGSPROGNOSE .....	24
5.3. ANDRE GRUPPER MED BEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER .....	24
<b>6. Statlige styringsredskap</b> .....	<b>25</b>
6.1 NASJONALE MÅL OG PRIORITERINGER .....	25
6.2 ØKONOMISKE VIRKEMIDLER.....	25
6.3 LOVER OG FORSKRIFTER .....	25
6.4 UNIVERSELL UTFORMING.....	26
6.5 PLANKRAV .....	26
<b>7. Økonomisk handlingsrom</b> .....	<b>26</b>
7.1 VEDTATTE FORUTSETNINGER .....	26
7.2 ØKONOMISK GRUNNLAG I PLANPERIODEN .....	27
<b>DEL IV</b> .....	<b>28</b>
<b>8. Vurdering av viktige utfordringer</b> .....	<b>28</b>
8.1 GENERELT .....	28
8.2 KONSEKVENSER AV BEFOLKNINGSUTVIKLINGEN.....	29
8.3 FRAMTIDAS TJENESTEBEHOV .....	30
8.4 AKTIVISERING OG ARBEID SOM FOREBYGGENDE TILTAK .....	32
8.5 KVALITET PÅ TJENESTER .....	34
8.6 FYSISK TILRETTELLEGGING OG TEKNISKE HJELPEMIDLER. ....	34

8.7	BYGNINGSMESSIGE UTFORDRINGER.....	36
8.8	BRUKERMEDVIRKNING .....	36
8.9	KOORDINERING AV KOMMUNALE TJENESTER INKLUDERT INNHERRRED SAMKOMMUNE.....	37
8.10	FORHOLDET TIL EKSTERNE SAMARBEIDSPARTNERE.....	38
8.11	ORGANISATORISKE UTFORDRINGER I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN .....	39
8.12	PERSONELL OG KOMPETANSE .....	40
8.13	PLANBEHOV.....	41
<b>VEDLEGG .....</b>		<b>42</b>
1.	BEMANNING I PLEIE- OG OMSORGSDISTRIKTENE.....	42
2.	POLITISK BEHANDLING .....	43

# DEL I.

## 1. Innledning

### 1.1 Behov for helhetlig pleie- og omsorgsplan

Statlige myndigheter har i forbindelse med gjennomføring av nasjonale satsingsområder gjerne koblet dette til plankrav overfor kommunene. Disse plankravene har bl.a. vært brukt når det gjelder Handlingsplanen for eldreomsorgen, Opptappingsplanen for psykiatri og tilskuddsmidler til kompetanseoppbygging. Det er ikke lenger et statlig krav om planer når det gjelder eldreomsorgen, fordi handlingsplanen er avsluttet.

Verdal kommune har vedtatt en helhetlig pleie- og omsorgsplan for perioden 2002 – 2005, en plan for psykisk helse for perioden 2004 – 2006, en boligsosial handlingsplan for perioden 2004 – 2009 og en smittevernplan. Videre er det utarbeidet en plan for kompetanseutvikling i helse- og sosialtjenesten for perioden 2003 – 2007. Sist vedtatte plan for rehabilitering gikk ut i 2003. En ruspolitisk handlingsplan er under utarbeidelse i Innherred samkommune. De fleste planene er utarbeidet med en tiltaksdel som brukes aktivt i gjennomføringsfasen.

Verdal kommune har ingen egen kommuneplan når en ser bort fra arealdelen. De rullerende økonomiplaner har ivaretatt behovet for langsiktig kommuneplanlegging. For at økonomiplanen skal kunne være et slikt virkemiddel, er det viktig med planmessige innspill fra de ulike tjenesteområdene. Det må være en vekselvirkning mellom økonomiplanen og de mer fagrettede planene, slik at nye faglige utfordringer, befolkningsutvikling og økonomiske rammer kan vurderes opp mot hverandre i et langsiktig perspektiv før beslutninger fattes. Det er derfor nødvendig at man på ulike fagområder utarbeider langsiktige planer som grunnlag for politiske beslutninger.

I alt planarbeid er det nødvendig å foreta noen avgrensninger. I denne planen har en valgt å beholde begrepet ”helhetlig pleie- og omsorgsplan”. Det betyr at planen vil berøre både pleietjenester og omsorgstjenester og gjelde både for eldre og funksjonshemmede. På områder hvor kommunen har vedtatt andre planer, vil denne planen i liten grad være utdypende.

Innledningsvis konkluderes det med at kommunen fortsatt har behov for en rullerende helhetlig pleie- og omsorgsplan, uavhengig av statlige pålegg.

### 1.2 Tilbakemelding fra statlige myndigheter på gjeldende planer

Den helhetlige pleie- og omsorgsplanen og planen for psykisk helse har hittil vært en forutsetning for statlige myndigheters vurdering når det gjelder bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Både for Fylkesmannens og Husbankens behandling har det vært av stor betydning at de kommunale vedtak for det enkelte prosjekt i hovedsak har fulgt gjeldende planer. Dette har skapt et godt tillitsforhold i utbyggingssakene.

Når det gjelder psykiatriplanen, har det fra Fylkesmannens side de senere årene vært stilt strengere krav til rapportering og oppfølging fra kommunene for å sikre at målsettingene for opptappingsplanen skal oppfylles. Det kreves bl.a. at kommunen har et system for bruk av individuelle planer.

### 1.3 Prosjektplan og mandat

Rådmannen har besluttet at det skal utarbeides en ny helhetlig pleie- og omsorgsplan for perioden 2006 – 2009 med utgangspunkt i planen for 2002 – 2005.

På dette grunnlag er det 20.09.05 vedtatt en prosjektplan for arbeidet.

#### Mål:

Utvikle en plan for helhetlige pleie- og omsorgstjenester som

- sikrer sammenheng i tilbudet av ulike tjenester uavhengig av organisatoriske forhold
- kan danne grunnlag for konkrete prioriteringer

#### Mandat:

1. Med utgangspunkt i brukernes behov, vis hvordan Verdal kommune på en helhetlig måte kan tilby hensiktsmessige, kostnadseffektive tjenester.
2. Legg spesielt vekt på hvordan endringer i aldersstruktur, funksjonssvikt og levetid vil kunne påvirke endringer i behov.
3. Vurder hvordan endringer i helseforetakets behandlings-/utskrivningspraksis påvirker endringer i behov.
4. Beskriv områder hvor det kan foretas valg mellom å sette inn tiltak som har forebyggende karakter, eller å vente til en må foreta seg noe.
5. Kartlegge samarbeidsmessige grenseflater mellom forskjellige organisatoriske enheter, både i Verdal kommune og Innherred samkommune. Foreslå hvordan samarbeidet kan løses.
6. Foreta en økonomisk analyse av hva ulike tiltak vil koste, sett opp mot økonomiplan og alternativkostnad.
7. Prioritere tiltak innen de ulike brukergrupper.
8. Prosjektets analyse, vurderinger og anbefalinger skal dokumenteres i en oversiktlig rapport/forslag til helhetlig pleie- og omsorgsplan 2006 – 2009.

#### Organisering:

Oppdragsgiver: Rudolf Holmvik  
Prosjektansvarlig: Inger Marie Bakken  
Prosjektgruppe: Tone Haugan (leder)  
Kjell Nielssen  
Gunn Wolden  
Berit Hakkebo  
Turid Krizak (Kari Gregersen Næss fra 1.12.05)  
Mona Kleiven Stene  
Elisabeth Voll  
Harald Myrvang (sekr.)

Frist: 1. desember 2005

## **1.4 Gjennomføring av planarbeidet**

Kari Gregersen Næss gikk inn i prosjektgruppa fra 1.12.05 i stedet for Turid Krizak.

Arbeidet er utført etter en milepælsplan nedfelt i prosjektplanen, men slik at tidsfristene ble forskjøvet på grunn av en utsettelse av fristen. Alle i prosjektgruppa har bidratt med innspill til planen. Prosjektgruppa har hatt 12 møter.

Følgende instanser som ikke er representert i prosjektgruppa har deltatt på enkeltmøter:

- Verdal videregående skole
- Arbeid & Velferd
- Kulturtjenesten
- Representant for oppvekstområdene
- Flyktingetjenesten
- Barn- og familietjenesten (BaFa) var forhindret fra å møte, men har bidratt med innspill til planen via e-mail

Disse og andre forespurte instanser har kommet med innspill som har vært til stor nytte for innholdet i planen.

Forslaget til ny helhetlig pleie- og omsorgsplan er oversendt planansvarlig 20.02.06 etter at fristen ble noe forlenget.

På grunn av at det har vært et meget omfattende mandat og med en kort tidsfrist, har det ikke vært mulig å gå i dybden på alle utfordringene kommunen står overfor. Prosjektgruppa har derfor prioritert de områder hvor det etter gruppas mening er nødvendig å ha langsiktige strategier, og områder som krever snarlige avklaringer.

## **2. Målsettinger**

### **2.1 Statlige målsettinger**

Sosial- og helsedirektoratet fastsetter årlig nasjonale mål og hovedprioriteringer i et eget rundskriv.

Det overordnede mål er god helse og sosial trygghet for landets befolkning. Målet skal nås gjennom en omfattende og effektivt forebyggende innsats for å hindre at sosiale og helsemessige problemer utvikler seg, samt gjennom sosial- og helsetjenester med høy kvalitet og god tilgjengelighet for brukere og pasienter med behov for hjelp. Landets kommuner har en sentral rolle i arbeidet med å nå dette målet.

For 2005 har direktoratet prioritert 5 strategiske virksomhetsområder:

- Spesialisthelsetjeneste
- Primærhelsetjeneste
- Sosialtjeneste
- Levekår
- Folkehelse

Rundskrivet beskriver også mål og prioriteringer innen områder som:

- Habilitering/rehabilitering
- Psykisk helse
- Pleie- og omsorgstjenesten
- Rusområdet

Det vil føre for langt å gå i detalj på de ulike områdene, og det henvises derfor til rundskriv IS-1/2005.

I tillegg settes det et spesielt fokus på kvalitet og samhandling som virkemidler for å kunne møte brukernes behov.

Det er uvisst hvilke mål og områder som vil bli prioritert i 2006.

Det er viktig å vurdere i hvilken grad nasjonale prioriteringer skal få innvirkning på kommunal planlegging. I mange tilfelle følger det økonomiske virkemidler med de statlige satsningsområdene, men dette må veies opp mot langsiktighet og konkrete kommunale behov.

## **2.2 Kommunale målsettinger**

I vedtatt økonomiplan for Verdal kommune 2006 – 2009 er det satt opp følgende hovedmålsettinger for pleie- og omsorgstjenesten medregnet aktivitetstilbud for eldre og funksjonshemmede:

### Samfunn

1. Brukermedvirkning i praksis
2. Ta i bruk seniorressursen
3. Dele og høste erfaringer i nettverkskommunesamarbeidet

### Tjenester

1. Forsvarlige og forutsigbare tjenester
2. Fleksible boløsninger
3. Forebygging i større grad enn behandling

### Organisasjon

1. Myndiggjorte medarbeidere
2. Arbeidsrelatert sykefravær under 10 %
3. Samhandling på tvers av tjenesteområdene i kommunen og Innherred samkommune
4. Ufrivillig deltid reduseres
5. Aktivt HMS system praktiseres på arbeidsplassene

### Økonomi

1. God økonomioppfølging/budsjettkontroll
2. Redusere utgifter på sykefravær
3. Forsvarlige tjenester innenfor tildelte økonomiske rammer

## DEL II.

### 3. Tiltaksplan

#### Tiltak med drift- og investeringsøkonomiske konsekvenser:

Prior.	Tiltak	Tidsrom				Økonomi		Oppfølgings-ansvar	Alternativ kostnad / merknad
		2006	2007	2008	2009	Investering	Drift		
1	Det søkes opprettet 5 nye plasser ved Verdal ASVO a/s.	X					Driftstilsk. 37.000 pr. plass	Rådmannen	Kap. 8.4. Uten disse plassene vil brukerne ha behov for andre tjenester. Økt press på dagtilbudet.
2	Flytting av Noas Ark til "Fritidssenteret" eller annet egnet og sentralt plassert lokale	X				X	X	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.4 og 8.7. Noas ark er overfylt i dag. Situasjonen forverres ytterligere uten flytting til større lokaler.
3	Ordningen med omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistent benyttes bare når dette er det beste faglige alternativet og når utgiftene holdes på et akseptabelt nivå	X	X	X	X		X	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.3. Alternativet er å tilby andre tjenester. BPA er en rettighet som skal ses i sammenheng med det øvrige tjenestetilbudet.
4	Hjemmesykepleien styrkes for å kunne redusere presset på sykehjemsplasser	X	X	X	X		Behov pr. 2006: 6 årsverk – 3 mill. kr.	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.3. Enten uforsvarlig tilbud eller overskridelser.
5	Det er ønskelig at en framtidig frivillighetsentral kan ha likemannsarbeid og aktivisering av eldre og funksjonshemmede som noen av sine oppgaver	X	X				X	Rådmannen	Kap. 8.4. Økt kommunalt oppgaveomfang og økte kommunale driftsutgifter, men større økning i utgiftene dersom frivillighetsentral ikke kommer på plass. Oppstart 2006 forutsatt statlig tilskudd.

6	Hjemmeboende eldre og aldersdemente prioriteres ved aktivitetstilbudene på institusjonene	X	X	X	X			Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.4. Forebyggende effekt, reduserer presset på øvrige tjenester.
7	Økt kompetanse om hjelpemidler knyttet opp mot hukommelse og orienteringssans.	X	X	X	X		50.000	Virksomhetsledere Øra PLO og Vinne PLO	Kap. 8.6. Muligens behov for større stillingsbrøk med denne type kompetanse. Vil bli vurdert.
8	Transporttjeneste til aktivitetstilbudene organiseres.		X				X	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.4.
9	Pårørende til demente får et bedre tilbud om avlastning		X	X	X		X	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.3. Økt press på institusjon, økt kostnad p.g.a. behov for mer hjemmetjeneste.
10	Det igangsettes et prosjekt med mandat å forebygge behov for pleie- og omsorgstjenester i 2007/2008.		X	X			X	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.1. Det bør søkes ekstern finansiering, men må også påregnes en kommunal andel.
11	Sykehjemsdekningen vurderes på ny i 2007.		X			X	X	Rådmannen/virksomhetsledere PLO	Kap. 8.3.
12	Ordnningen med matombringing evalueres med tanke på at dette er en del av det totale tjenestetilbudet		X				X	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.3. Ordnningen innebærer en innsparing da alternativ til ordningen er å sette inn mer hjemmetjenester som betyr økte utgifter.
13	Kommunens behov for faste plasser ved opptreningsinstitusjonene avklares.		X				400.000 pr. plass	Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.10. Pr. i dag betaler kommunen ingenting for disse plassene. Behov anslås til 5 plasser.
14	Basisavtalen med helseforetaket tilstrebes å omfatte opptreningsinstitusjonene og poliklinisk virksomhet.		X					Rådmannen	Kap. 8.10. Alternativet er å miste helheten i behandlingsskjeden. Kan forårsake ytterligere utgifter.

15	Påbygging Verdal bo- og helsetun vurderes i 2007.			X		5 mill. kr.	467.000 pr. år	Rådmannen/ virksomhets- leder Øra PLO	Kap. 8.7. Lån: 23 års nedbetalingstid, 5 % rente
16	Omsorgsboligene i Vuku brukes av aldersdemente som forutsatt innen 2010				X		Behov for st.økn. 4 årsverk – 2 mill. kr	Virksomhets- ledere PLO	Kap. 8.3 og 8.7. Alt. kostnad er økning på hjemmetjenester. Dersom 1 bruker må ha heldøgns hjemmetjeneste, så vil dette bety 5 årsverk / 2,5 mill. kr.

### Tiltak med kapasitetsmessige konsekvenser:

Prior.	Tiltak	Tidsrom				Økonomi		Oppfølgings- ansvar	Alternativ kostnad / merknad
		2006	2007	2008	2009	Investering	Drift		
1	Det tilstrebes at framtidige økonomiplaner og budsjett i større grad enn hittil benytter demografiske endringer som grunnlag for fordeling av ressurser.	X	X	X	X		X	Rådmannen	Kap. 8.1. Vil påvirke fordeling av økonomiske rammene.
2	Beslutning om antall pleie- og omsorgsdistrikt tas når Ny Struktur er evaluert	X	X					Rådmannen	Kap. 8.11. Evaluering 2006. Gjennomføring 2007.
3	Fjerne ufrivillig deltidsstillinger under 50 %.	X	X	X				Virksomhets- ledere PLO og rådmann	Kap. 8.12. Viktig for å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft.

4	Kvalitetssikre rutinene rundt informasjonsutveksling mellom legetjenesten, helseforetaket og pleie og omsorgstjenesten, spesielt i forhold til medisinerings.	X						Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.5.
5	Det formaliseres 1 årlig samarbeidsmøte i mai/juni med videregående skole og Arbeid & Velferd hvor felles elever/brukere av ulike tjenester diskuteres/kartlegges.	X	X	X	X			Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.10.
6	Formalisering av samarbeidet med ISK enhetene etter oppsatt møteplan	X	X	X	X		X	Rådmannen	Kap. 8.9. Økt grad av samhandling en forutsetning for å kunne utnytte ressursene/økonomiske rammer effektivt.
7	Samhandling som fast tema på virksomhetsledermøter og på møter med ISK	X	X	X	X		X	Rådmannen	
8	Individuelle planer utarbeides for alle som har behov for og krav på en slik plan	X	X	X	X			Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.3. Jfr. egen forskrift og kommunale retningslinjer
9	Serviceerklæringene for pleie- og omsorgstjenestene revideres i 2006	X	X					Virksomhetsledere PLO	Kap 8.5. Det forutsettes at rådmannen ivaretar behovet for samordning av det totale arbeidet med serviceerklæringer i kommunen
10	Organisering av ”koordinerende enhet” avklares	X	X					Rådmannen	Kap. 8.9. Jfr. egen forskrift

11	Dagens tildeling av støttekontakt i plo-tjenesten evalueres. - Lik vurdering av støttekontakttilbud tilstrebes. - Felles instans for tildeling av støttekontakt vurderes.	X	X					Virksomhetsledere PLO og enhetsleder helse/rehab.	Kap. 8.5 og 8.11
12	Det utarbeides prosedyrer for hvordan kommunale faginstanser skal samarbeide for å nå målet om ”universell utforming”	X						Rådmannen	Kap. 8.6. Universell utforming: Tilrettelegging slik at alle skal ha samme mulighet for tilgang til bygninger og uteområder
13	Det gjennomføres brukerundersøkelser for brukere av PLO-tjenester hvert 2. år.	X		X				Rådmannen	Kap. 8.8.
14	Det utarbeides rutiner for planlegging og oppfølging av brukerundersøkelsene.	X						Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.8.
15	Kompetanseplanen for helse og sosial og pleie og omsorg rulleres årlig og inngår som en del av kommunens kompetanseplan	X	X	X	X			Rådmannen/leder kompetanseutvalg	Kap. 8.12
16	Det må avsettes mer tid til opplæring i bruk av tildelte hjelpemidler	X	X	X	X			Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.6. Nye hjelpemidler krever ny opplæring
17	Oppretting av kvalitetsutvalg for kommunens totale tjenesteproduksjon utredes		X				X	Rådmannen	Kap. 8.9.
18	Det opprettes et brukerpanel med aktive brukere av hjemmebaserte tjenester		X					Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.8. Bør ledes av eksterne aktører
19	System for avviksregistrering og -behandling videreutvikles		X					Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.5.

20	Det utarbeides rulleringsrutiner for alle planer som berører PLO-tjenestene.		X					Virksomhetsledere PLO og rådmannen	Kap. 8.13.
21	Det utarbeides en egen kreftplan i 2007		X					Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.13.
22	Rekrutteringsutfordringer tas inn i kompetanseplan for helse og sosial/pleie og omsorg		X	X	X			Virksomhetsledere PLO	Kap. 8.12.
23	Dagens organisering av tiltak funksjonshemmede evalueres i planperioden			X				Rådmannen / virksomhetsledere PLO	Kap. 8.11.
24	Eventuell innføring av ”bestiller-/utførermodell” avklares i løpet av 2008			X				Rådmannen	Kap. 8.11.

## DEL III.

### 4. Status for helhetlig pleie- og omsorgsplan 2002-2005.

#### 4.1 Utbyggingssaker

##### Institusjonsplasser

Gjeldende pleie- og omsorgsplan omfatter følgende bygningsmessige tiltak, alle ved Ørmelen bo- og helsetun:

- Avvikling av 30 aldersheimsplasser.
- Bygging av 2 skjermede enheter med i alt 14 sykehjemsplasser for aldersdemens og alderspsykiatri.
- Avvikling av 6 ordinære sykehjemsplasser.
- Ombygging til 4 sykehjemsplasser for alvorlig syke.

Underveis er det vedtatt følgende endringer:

- Det er avviklet 8 ordinære sykehjemsplasser.
- 1 av de 4 plassene for alvorlig syke er bygd for å dekke smittevernbehov.

Husbanken har godkjent planene og endringene og har gitt oppstartingsstøtte og kompensasjonstøtte til prosjektene.

Etter planen skulle disse byggeprosjektene være gjennomført innen utgangen av 2003. Av ulike årsaker ble ferdigstillingen av flere av prosjektene ca. 1 år forsinket.

I tillegg til utbyggingssakene omfattet planen følgende omdisponeringer av institusjonsplasser:

- 2 dobbeltrom ved sykehjemmene omdisponeres til enkeltrom i 2002.
- 2 vurderingsplasser for aldersdemens ved Verdal bo- og helsetun i 2003.
- 10 sykehjemsplasser til sammen ved begge sykehjemmene omdisponeres til korttidsplasser i løpet av planperioden.

Statusen for omdisponeringen er slik:

- 3 dobbeltrom er omdisponert til enkeltrom.
- Det er ikke opprettet vurderingsplasser for aldersdemens i planperioden.
- Minst 10 sykehjemsplasser disponeres til en hver tid til korttidsplasser.

Når sykehjemsutbyggingen nå er gjennomført, har kommunen fått et tilbud som både er spesialisert i forhold til ulike behov, og som samtidig har fått en fleksibel utforming som gjør det mulig med tilpasning til eventuelle endrede behov.

##### Omsorgsboliger

Gjeldende pleie- og omsorgsplan omfatter:

- 2 omsorgsboliger for funksjonshemmede ved Ringveg Nord i 2002.
- 7 omsorgsboliger for funksjonshemmede på Lysgård i 2002.
- 5 omsorgsboliger for rusmisbrukere på Reinsholm i 2003, hvorav 3 for rehabilitering av unge rusmisbrukere.

- 15 omsorgsboliger ved Ørmelen bo- og helsetun i 2003, hvorav 5 for personer med alvorlige psykiske lidelser.
- 14 omsorgsboliger ved Vuku bo- og helsetun i 2004, hvorav 7 for aldersdemente.
- 21 omsorgsboliger på Stekke 2 i privat borettslag.

I løpet av planperioden er det vedtatt følgende endringer:

- 5 omsorgsboliger for personer med alvorlige psykiske lidelser flyttes fra Ørmelen bo- og helsetun til tomt ved Verdal bo- og helsetun.
- 7 vanlige omsorgsboliger ved Vuku bo- og helsetun flyttes til Ørmelen bo- og helsetun og utvides til 8 omsorgsboliger.
- Alle de 5 omsorgsboligene på Reinsholm skal brukes av personer som er under rehabilitering for rusmisbruk.

De fleste byggeprosjektene er ferdigstilt etter planen og senere vedtak, mens de siste prosjektene ved Vuku bo- og helsetun og Ørmelen bo- og helsetun vil være innflyttingsklare sommeren 2006. Av ulike årsaker er gjennomføringstakten for flere av prosjektene 1 – 2 år forsinket.

Husbanken har gitt tilsagn om oppstartingsstilskudd og kompensasjonstilskudd til alle planlagte byggeprosjekter med de vedtatte endringer, med unntak av de 21 omsorgsboligene på Stekke 2 og 1 omsorgsbolig ved Ørmelen bo- og helsetun.

Utbyggingen på Stekke 2 vil bli fullført i 2006 i privat regi, og de 21 boligene har bare delvis blitt tildelt målgruppen.

Kommunestyret vedtok 31.10.2005 at de 18 boenhetene (omsorgsboliger) ved Ørmelen bo- og helsetun og 20 boenheter ved Vuku bo- og helsetun (hvorav 7 omsorgsboliger for aldersdemente), får heldøgns bemanning og skal drives som trygghetsplasser. De skal ikke forbeholdes spesielle brukergrupper.

#### Andre utbyggingssaker

- Ombygging av varmmatkjøkken ved Verdal bo- og helsetun er fullført, men 1 år senere enn planlagt.
- I forbindelse med utbyggingen ved Ørmelen bo- og helsetun er det bygd nytt koldtkjøkken og nye lokaler for heimebasert omsorg.

## **4.2 Planer**

- Helhetlig pleie- og omsorgsplan er som planlagt under rullering i år, men det ble ikke foretatt rullering i 2003.
- Plan for psykisk helse ble som planlagt rullert i 2004 og er vedtatt.
- Det er ikke foretatt rullering av rehabiliteringsplanen. I planen var dette forutsatt gjennomført i 2004. Arbeidet igangsettes i februar 2006.
- Kompetanseutviklingsplan for helse, sosial og pleie og omsorg er utarbeidet som planlagt, og rulleres årlig.
- Det er ikke utarbeidet en egen plan for tiltak for utviklingshemmede (evt. funksjonshemmede) som det ble forutsatt gjort i 2003.
- Det er heller ikke utarbeidet en egen kreftplan. Dette var forutsatt gjort i 2002.

### 4.3 Organisering

I gjeldende pleie- og omsorgsplan var ulike organisasjonsmodeller vurdert for den omorganiseringen som skulle skje pr. 01.01.02 (kap 8.2). Etter vedtatt plan har nye omorganiseringer skjedd. Ingen av de alternative modellene i planen ble gjennomført.

Fra 01.01.03. gjelder følgende organisering:

Pleie- og omsorgstjenesten er inndelt i følgende distrikt: Vinne, Vuku og Øra. Disse utgjør 3 av 13 virksomhetsområder i Verdal kommune.

Vuku har hjemmetjenester, mens Vinne og Øra i tillegg har institusjonsplasser (se forøvrig punkt 4.5).

Funksjon som inntaksleder til institusjonsplassene og de omsorgsboliger pleie- og omsorgstjenesten har tildelingsrett til, samt for tildeling av støttekontakt for eldre, er for tiden delegert til virksomhetsleder Vuku pleie- og omsorgsdistrikt. Det enkelte virksomhetsområde fatter enkeltvedtak for hjemmetjenestene og har ansvar for utøvelse av disse tjenestene.

Tiltak funksjonshemmede er fordelt mellom virksomhetsområde Vinne og Øra.

Virksomhetslederne samordner tjenestetilbudet med målsetting om at tilbudet er mest mulig likt uansett hvor i kommunen tjenestemottakeren bor. Alle virksomhetsområdene har fagpersonell med videreutdanning i bl.a. psykiatri, aldersdemens og kreftomsorg.

Pleie- og omsorgstjenesten er avhengig av et nært samarbeid med andre kommunale tjenester og som har en annen organisasjonsmessig tilknytning.

Legetjenesten, miljørettet helsevern, rehabiliteringstjenesten, psykiatritjenesten og rustjenesten er lagt under enheten Helse og rehabilitering i Innherred samkommune.

Helsestasjonsvirksomheten, barnevernet og PP-tjenesten er organisert i Barn- og familie i Innherred samkommune.

Økonomisk sosialhjelp er en kommunal del av Arbeid & Velferd, som i tillegg omfatter trygdekontoret og Aetat.

### 4.4 Samarbeidende instanser

Med utgangspunkt i brukernes sammensatte behov, har pleie- og omsorg mange samarbeidspartnere både internt og eksternt som bidrar til å gi et godt helhetlig tjenestetilbud. Noen av de viktigste er:

#### **Interne:**

**Sosial- og psykiatritjenesten (ISK):** Gir tjenester til ca 260 personer med rus- og/eller psykiske problemer. Flere av disse brukerne har i tillegg behov for tjenester som administreres fra pleie- og omsorgsdistriktene. Det er nødvendig at en i enda større grad enn i dag samhandler og ser de totale ressursene vi har til denne brukergruppen i sammenheng.

**Ergo- og fysioterapitjenesten (ISK):** Tjenesten tilbyr bl.a. – funksjonsvurderinger, gruppeaktiviteter og sosial kontakt, formidling av tekniske hjelpemidler, boligtilpasning ved funksjonshemming, råd vedrørende alternative arbeidsmetoder og ergonomi, informasjon, råd og veiledning

**Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) (ISK):** Innehar mye spisskompetanse. Eks. kunnskap og erfaring med adferdsregulering og adferdshåndtering. Det er behov for større kjennskap til hverandres kompetanse, slik at kompetansen blir bedre utnyttet på tvers av avdelinger.

**Oppvekstområdene:** Samarbeider med pleie og omsorgstjenesten om elever som har behov for ulik bistand fra pleie- og omsorg.

**Barn- og familietjenesten (ISK):** I forhold til barn og unge er helsesøstertjenesten en viktig samarbeidspartner. Dette gjelder spesielt i forhold til barn og unge med funksjonshemninger.

**Legetjenesten (ISK):** Viktig at samhandlingen med legetjenesten fungerer slik at pasienten får den nødvendige oppfølging og behandling.

**Flyktningtjenesten:** Her er det behov for overføring av kompetanse i forhold til framtidige brukere fra andre kulturer.

**Kulturtjenesten:** Her har vi et formalisert samarbeid knyttet opp mot Kulturskolen, som bidrar med kulturelle innslag på institusjonene.

### Eksterne:

Her nevnes enkelte:

**Videregående skole:** Samarbeid om elever som har behov for ulik bistand fra pleie- og omsorg.

**Arbeid & velferd:** Samarbeid bl.a. om tilrettelagte arbeidsplasser for personer med ulike bistandsbehov.

**Helseforetaket:** Viktig at samhandlingen med helseforetaket fungerer slik at pasienten får den nødvendige oppfølging og behandling. Det er inngått basisavtale som regulerer noe av dette samarbeidet.

**Opptreningsinstitusjonene (Bjørnang, Kastvolden, Meråker):** Disse er en viktig brikke i tiltakskjeden. Nytt fra 2006 er at Helseforetaket avtaler bruken av rehabiliteringsplassene opp mot den enkelte institusjon. I dette er det viktig at kommunen kommer med innspill til behovet for plasser. Samarbeidsutvalget (representanter fra kommunene og Helseforetaket) blir en viktig formidler i dette.

De nevnte enhetene bidrar hver for seg til at brukerne får et best mulig tilbud totalt i forhold til sine behov innenfor tilgjengelige ressurser.

## 4.5 Tjenesteproduksjon

Behovene for ulike tjenester øker. I stor grad skyldes dette befolkningsutviklingen i kommunen og Helseforetakets behandlings-/utskrivingspraksis. Ved årsskiftet 2004/ 2005 fikk ca 500 personer hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp i Verdal kommune.

Antall institusjonsplasser er redusert med 23, hvorav 5 sykehjemsplasser, uten at dette er kompensert med økte ressurser i hjemmetjenesten. Resultatet er overforbruk i hjemmetjenesten over tid, med prioritering av hjemmesykepleie på bekostning av hjemmehjelp.

Pleie- og omsorgstjenestene omfatter i dag følgende tjenester:

- **Sykehjemsplasser**

Ørmelen Bo- og Helsetun: 47 plasser totalt  
20 ordinære sykehjemsplasser  
4 plasser for alvorlig syke  
13 plasser for demente  
7 plasser for alderspsykiatri  
3 plasser for rehabilitering (på Stekke)

Verdal Bo- og Helsetun: 73 plasser totalt  
58 ordinære sykehjemsplasser  
11 plasser for demente  
4 plasser for døgnrehabilitering

Sykehjemsplassene er et tilbud for de med størst pleie- og omsorgsbehov. Det gis korttidsopphold og langtidsopphold etter vedtak. Det er tilstrebet å bruke ca 17–18 % av plassene til korttidsplasser.

Som det går fram av kap. 4.1 har kommunen nå et mer spesialisert og fleksibelt sykehjemstilbud, sjøl om antallet plasser er redusert.

- **Hjemmebaserte tjenester**

Dette omfatter hjemmesykepleie og hjemmehjelp/praktisk bistand.

Tjenesten går ut fra hvert pleie- og omsorgsdistrikt og er organisert i egne avdelinger. Utbyggingen av omsorgsboliger har ført til at disse hjelpetjenestene har blitt noe mer sentralisert og dermed effektivisert, men samtidig har noe av den private omsorgen fra familie og naboer gått tapt.

Sammenlignet med de fleste andre kommunene i fylket er det totalt sett en mindre andel eldre som får hjemmebaserte tjenester. Mens andelen eldre som får hjemmesykepleie ligger over gjennomsnittet i fylket, er tilsvarende tall for hjemmehjelp/praktisk bistand langt lavere. Spesielt er det forholdsvis få som får både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

## Hjemmehjelpstjenesten

Denne tjenesten er redusert betydelig de siste 4 årene. Færre får hjemmehjelp og antall timer hver bruker får er kraftig redusert. På sikt vil reduksjon av hjemmehjelp forverre situasjonen. Hjemmehjelpa er en viktig del av det forebyggingsarbeidet vi gjør i forhold til å forlenge muligheten til å bo i egne hjem.

Hjemmehjelpa er i mange tilfeller den første tjenesteyteren som observerer endringer hos tjenestemottakeren som krever nye tiltak fra hjelpeapparatet. Det er viktig å komme inn med tiltak før situasjonen blir så kompleks at institusjon blir alternativet.

I 2005 har 289 brukere fått hjemmehjelp. Omfanget varierer, men det kan over tid se ut som om "standard" er 1-2 timer hver annen uke. Dette gjenspeiler situasjonen med knappe rammer, der hjemmehjelpressurs er omprioritert til hjemmesykepleie. Av de som søker hjemmehjelp er de med størst behov prioritert.

## Hjemmesykepleie

Det har vært en kraftig økning i antall oppgaver. I 2005 var det ikke mulig å løse oppgavene innenfor de tildelte økonomiske rammer. Det er arbeidet med å finne smartere måter å arbeide på og andre effektiviseringstiltak for å kunne gi forsvarlige tjenester innenfor de økonomiske rammene. Pleie- og omsorgstjenesten har et merforbruk tilsvarende ca 6 årsverk i hjemmesykepleien i 2005.

306 brukere har fått hjemmesykepleie i 2005. Kompleksiteten og omfanget av hjemmesykepleie som ytes er økende. Vi har flere brukere hvor 2 hjelpere må bistå på grunn av stort hjelpebehov.

Pr. 02.01.2006 får 183 brukere både hjemmesykepleie og hjemmehjelp. 163 får bare hjemmesykepleie, mens 117 får bare hjemmehjelp.

## Hjemmetjenester tiltak funksjonshemmede

Hjemmetjenestene har i de siste årene fått flere brukere som bor i egne leiligheter. Her varierer bistandsbehovet fra en time i uka til bistand hele døgnet.

Avdeling Lysgård har 25 brukere som det ytes bistand til. Av disse bor 7 på Lysgård. Resten av disse brukerne bor spredt i kommunen.

Ved avdeling Ringveien Nord er det 6 brukere, disse har ulik bistand i forhold til behov.

Ved avdeling Prost Brands vei er det 6 brukere.

- **Brukerstyrt personlig assistent (BPA)**

Brukerstyrt personlig assistent er en rettighet etter sosialtjenesteloven vi bare ser begynnelsen av omfanget på. Dette er en viktig ordning som i større grad fokuserer på brukerperspektivet og reell brukermedvirkning. De fleste som får slik hjelp er forholdsvis unge. For de som på grunn av bla. alder ikke får tildelt BPA gis det praktisk bistand i hjemmene. Ordningen er en kostnadsdrivende rettighet både økonomisk og administrativt. Vi hadde i 2005 5,7 årsverk knyttet til ordningen.

- **Avlastning i private hjem**

I dag har 9 barn og ungdommer avlastning i private hjem. Dette er et alternativ til å bruke den kommunale avlastningsboligen, da den i enkelte tilfeller ikke er godt nok tilpasset brukernes behov.

- **Kommunal avlastning i avlastningsbolig**

I den kommunale avlastningsboligen beliggende på Ringvn. Nord, gis avlastning på ettermiddag og natt. I forhold til areal er det om natta mulig å motta maks. 7 tjenestemottakere samtidig. For tiden er det 12 personer som bruker avlastningsboligen jevnlig.

- **Drift av barnebolig**

Jfr. sosialtjenesteloven § 4.2.d. I perioder er det behov for heldøgns omsorg for barn som ikke kan bo permanent hjemme på grunn av at belastningen for foreldrene blir for stor. For tiden benyttes en av boligene i bofellesskapet på Ringvn. Nord til dette formålet.

- **Omsorgsboliger/ Trygdeboliger**

Verdal kommune har 70 kommunale omsorgsboliger. Etter at utbyggingen er ferdig kommer tallet opp i ca. 85 kommunale omsorgsboliger (jfr. kap.4.1). I tillegg har kommunen 21 omsorgsboliger med privat utbygger som kommunen har tildelingsrett til.

Tallet på kommunale trygdeboliger er ca. 50, og i tillegg har kommunen tildelingsrett til 16 boliger gjennom boligbyggelaget.

3 boligkompleks har døgnbemanning for fysisk/psykisk utviklingshemmede;

Lysgård 7, Ringvn. Nord 6 og Prost Brands vei 6 boliger.

- **Omsorgslønn**

I Verdal har ca. 20 personer omsorgslønn i dag. Dette er få i forhold til fylkes- og landsgjennomsnittet. Det prioriteres i større grad å gi andre tjenester enn omsorgslønn, men omsorgslønn kan være en viktig ”kompensasjon” for personer med stort pleie- og omsorgsarbeid.

- **Trygghetsalarmtjeneste**

Verdal kommune har ca 180 trygghetsalarmer. 6 av disse har direkte brannvarsling. Det er ønskelig at flere alarmer får brannvarslingsfunksjon. Kommunen har kapasitet til å ha ca 200 alarmer. Det er ikke mulig å øke antallet utover dette p.g.a. bemanning på kveld og natt.

- **Matombringning av varmmat og tørrmat**

Godt og variert kosthold er viktig for å opprettholde god helsetilstand og dermed fungere lengst mulig i egen bolig.

Hjemmehjelpa har på grunn av få tildelte timer ikke anledning til matlaging. Av den grunn er bringing av mat prioritert som en del av tjenestetilbudet. I tillegg til produksjon til institusjonene (120 porsjoner daglig) fra kjøkkenet ved Verdal bo- og helsetun, leveres ca. 33000 varmmatporsjoner årlig til hjemmeboende.

I tillegg leveres ca. 5800 porsjoner brødmat årlig. Når nytt kjøkken på Ørmelen bo- og helsetun tas i bruk, vil mulighetene for produksjon og utlevering av tørrmat kunne økes betraktelig.

- **Aktivitetstilbud**

De dagtilbudene/aktivitetstilbudene/sysselsettingene som finnes, er spredd på flere arenaer og har dels ulikt og dels sammenfallende innhold. Enkelte tilbud er definert opp mot bestemte målgrupper (eks. ASVO), mens andre er mer ”åpen for alle”, noe som resulterer i at det for noen grupper er tilfeldig hvor de er. Ikke alle som ønsker det får tilstrekkelig eller godt nok tilpasset tilbud.

#### For funksjonshemmede

Dagtilbudet for funksjonshemmede er i dag på grunn av plassmangel fordelt på 2 steder.

- 25 brukere har sitt tilbud på Noas Ark

- 8 brukere (bl.a. 4 rullestolbrukere) har sitt dagtilbud på Ringveien Nord.

#### Kontakten dagsenter for personer med psykiske lidelser

Dagsenteret ble opprettet gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse og har sitt tilhold på Stekke. Målgruppen er mennesker med psykiske lidelser. Kontakten gir et aktiviseringstilbud til ca. 70 personer og benyttes daglig gjennomsnittlig av 15 personer. Erfaringen viser at mennesker av ulike årsaker kan ha behov for et slikt tilbud. Dagsenteret er under evaluering, videreutvikling og prosjektering for eventuelt å gi tilbud til flere grupper, samtidig som en vurderer dagsenterets rolle som koordinerende funksjon i forhold til ulike aktiviteter, også utenfor senteret.

#### Aktivitetstilbud for eldre på bo- og helsetunene

Det brukes ingen kommunale midler eller stillinger til dette tiltaket. Tilbudet blir i dag drevet av gavemidler og frivillig innsats. Det mangler samordnet transport. Det er behov for flere dagplasser både for demente og andre. De som i dag benytter dagtilbudene ved bo- og helsetunene, totalt ca. 10 pr. uke, må selv skaffe seg transport. Dette vanskeliggjør deltagelse. Dagtilbudene vil kunne avhjelpe ensomheten mange kjenner på i hverdagen. Gjennom systemisert bruk av bussen kommunen leaser til transport, vil flere kunne få mulighet til dagtilbud. På grunn av sykdomsbildet vil demente ha behov for egne opplegg. Ved begge bo- og helsetunene brukes psykiatrimidler tilsvarende ca.30 % stilling til aktivisering opp mot demente. Utviklingen av demens i befolkningen vil i mye større grad fremtvinge behov for døgntilbud for hjemmeboende demente, slik at pårørende kan få nødvendig avlastning i hverdagen.

- **Støttekontakt.**

I dag tildeles støttekontakttimer til den enkelte som har behov for bistand i forhold til å kunne ha en meningsfull fritid. Det er 3 ulike tildelingsinstanser i kommunen.

Sosial og Psykiatritjenesten: Tildeler støttekontakt til mennesker med psykiske lidelser.

Tiltak funksjonshemmede: Tildeler støttekontakt til funksjonshemmede.

Inntaksnemnda: Tildeler støttekontakt til eldre.

Å være støttekontakt kan oppleves ”ensomt” for den som bistår brukeren. Dette kan være en av årsakene til at det kan være vanskelig å finne støttekontakter som ”passer” den enkelte. Pr. januar 2006 har ca. 100 personer tildelt støttekontakt.

- **Grønn omsorg**

”Inn på Tunet” er et sysselsettingstiltak for mennesker med behov for opplevelse av gode relasjoner, samt få erfaring på egen evne til å mestre hverdagen. Tilbudet gis til personer ut fra deres behov og funksjonsnivå, ikke ut fra diagnoser. Tilbudet har fokus på sosial trening med en pedagogisk tilnærming. I Verdal er det 2 gårder som gir dette tilbudet: Elverum Gård og Stene Gård. Sosial og psykiatritjenesten benytter 4 plasser til tiltaket. Gårdene har større kapasitet. Behovet er større, men økonomi setter begrensinger.

- **Urinprøvetaking til rusmisbrukere**

Lavterskeltilbudet til rusmisbrukere er lokalisert til helsesenteret ved Rådhuset. Vinne pleie- og omsorgsdistrikt, hjemmetjenesten, driver urinlaboratoriet 4 dager i uka i forhold til brukere i rehabiliteringsopplegg. Psykiatrimidler brukes til dette.

#### **4.6 Bemanning og kompetanse**

Forutsetningen i gjeldende pleie- og omsorgsplan var reduksjon med 3,2 millioner kroner i planperioden. Dette ble langt på veg innfridd i 2004. I dag er det for knappe ressurser i hjemmesykepleien. Med stor tilgang av nye/mer komplekse brukere forbrukes det omlag 6 årsverk mer enn budsjettert til tjenesten i 2005. Dette forventes å være en vedvarende situasjon som vil kreve økte ressurser.

Pleie- og omsorgstjenesten har så langt vært attraktiv som arbeidsplass for fagpersonell, noe rekrutteringen viser. En stor utfordring blir å imøtekomme kravet fra politikerne om at ingen i løpet av 2008 ufrivillig skal ha mindre enn 50 % stilling. Rekrutteringen fremover vil i stor grad avhenge bl.a. at kommunen klarer dette, da tilgangen på fagfolk statistisk vil bli for liten i forhold til de store behovene som oppstår.

Ledelsen av pleie- og omsorgstjenestene er opptatt av kvaliteten på tjenestene og ”kritiske” i utvelgelsen av personell. Resultatet av det er at kommunen har mye godt kvalifisert personell. Innenfor de vedtatte rammene, ytes det gode tjenester, noe brukerne gir uttrykk for bl.a gjennom brukerundersøkelsene.

Det foreligger en strategisk plan for opplæring/utdanning av personalet (kompetanseplan). Denne legger grunnlaget for de prioriteringene som foretas. Fylkesmannen yter tilskudd for å realisere kompetanseplanen. Planen rulleres årlig.

Gjennom KS sitt prosjekt Flink med folk, Best på tvers, har 2 ledere og 4 medarbeidere sammen med personell fra ISK fått tilført kompetanse om ressursstyring og ledelse i ansvarsgrupper og individuell plan. Behovet for økt tverrfaglig kompetanse og samhandling for brukere som har sammensatte behov er økende og er et nasjonalt satsningsområde.

Fra høsten 2005 er det en storsatsing på utviklingsprogrammet ”Medarbeiderskap”. Med dette vil det over en 3 – 4- års periode gis alle 600 ansatte i pleie- og omsorgstjenesten en grunnplattform som basis for det viktige arbeidet de skal utføre. I en erkjennelse av at ikke alle kan skaffe seg spisskompetanse på alt, må vi i større grad enn i dag rigge møteplasser for personalet med ulik kompetanse, slik at de kan dele kunnskap og erfaringer med hverandre. Gjennom disse møteplassene vil kommunen få større effekt av den kunnskapen den enkelte har tilegnet seg, og det vil komme flere tjenestemottakere til gode. I tillegg vil det bli behov for ny spisskompetanse for å løse de oppgavene vi får, f. eks. hygiesykepleier som bl.a. har bred kunnskap om smittsomme sykdommer.

Utvikling av lederne på alle nivå har i planperioden vært prioritert, noe som er viktig i utvikling av et synlig og tydelig lederskap.

Gode systemer for oppfølging i forhold til Helse, miljø og sikkerhet (HMS) er en viktig forutsetning for å kvalitetssikre arbeidsmiljøet til de ansatte. Dette har stor fokus i Verdal kommune, noe vi tror er en medvirkende årsak til den positive utviklingen vi har i forhold til redusert sykefravær. Medarbeiderskapsundersøkelse viser at medarbeiderne i stor grad er fornøyd med arbeidsplassen sin og de oppgaver de gjør.

#### **4.7 Kvalitetsutvikling**

Lover og forskrifter regulerer mye av det vi gjør. Internkontrollforskriften krever bl.a. at vi skal ha system som ivaretar de rettigheter som tjenestemottakerne har på en forsvarlig måte. Fylkesmannen er tilsynsmyndighet i forhold til tjenestene som ytes. Det er årlige tilsyn som vurderer kvaliteten på tjenestene. I tillegg har den enkelte tjenestemottaker klagerett, noe som i enkelte tilfeller ender hos Fylkesmannen til avgjørelse. Fylkesmannens tilsyn og klagebehandling kan være veiledende for hva som er god nok standard i forhold til tjenesteytinga. Vårt inntrykk er at tjenestene som gis i pleie- og omsorg oppleves gode for de fleste. Etter hvert som gapet mellom forventninger og muligheter for å imøtekomme forventningene blir større, vil dette bildet kunne endre seg.

Kvalitet handler blant annet om opplevelsen av den tjenesten som ytes. Etterspørselen etter tjenester øker i takt med at vi får flere eldre og funksjonshemmede med bistandsbehov. I tillegg viser bl.a. praksisen med utskrivning fra Helseforetakene at vi får større og mer komplekse oppgaver i kommunene. Vi er opptatt av at tjenestene skal være mest mulig forutsigbar.

Verdal kommune har i dag utarbeidet serviceerklæringer på følgende områder:

- Hjemmetjenesten
- Institusjonstjenesten
- Tiltak funksjonshemmede
- Helsestasjonen
- Pedagogisk-psykologisk tjeneste
- Psykiatritjenesten
- Rehabiliteringstjenesten
- Sosialtjenesten
- Barneverntjenesten

Det er behov for revidering av flere av serviceerklæringene.

De senere årene har det vært gjennomført brukerundersøkelser både på institusjonene og for heimebasert omsorg. De viser at den opplevde kvaliteten i Verdal på dette området er høy, også sammenlignet med andre kommuner som har gjennomført tilsvarende undersøkelser. Det er imidlertid behov for å forbedre gjennomføringene av disse undersøkelsene.

## **5. Befolkningsutviklingen**

### **5.1. Utviklingen de siste årene**

Antall eldre over 80 år har i perioden 2000 – 2005 økt med 13 %. Den største økningen har vært i aldersgruppen over 90 år med hele 36 %. Den gjeldende pleie- og omsorgsplanen for perioden 2002 – 2005 hadde som ett av sine mål at utgiftene skulle reduseres med 3,2 mill. kr. i perioden. Dette har i flere år ført til et misforhold mellom pleie- og omsorgsbehovet til gamle eldre og de ressurser som har vært til disposisjon.

### **5.2. Befolkningsprognoser**

Ifølge SSBs befolkningsprognose (middels nasjonal vekst) må det forventes følgende utvikling for den eldste del av befolkningen:

År	67 – 79	80 – 90	90 +	I alt over 80 år
2000		516	60	576
2005	1076	568	82	650
2010	1125	528	100	628
2015	1605	449	126	575
2020	2023	465	118	583

Tallene for 2000 og 2005 er reelle tall pr. 1.1.

Prognosene viser at antallet eldre over 80 år vil nå en foreløpig topp i 2007 – 2008. Samtidig vil antallet over 90 år, og som vil være de mest pleie- og omsorgstrengende, stige helt fram til 2016 – 2017. På dette tidspunktet vil det samlede antallet over 80 år igjen begynne å stige svakt, for så å gi en meget sterk vekst etter 2020. Dette har sammenheng med at antallet i alderen 67 – 79 år nærmest vil bli fordoblet i perioden 2005 – 2020.

### **5.3. Andre grupper med behov for pleie- og omsorgstjenester**

Vi har ingen fullstendig oversikt over behovet for pleie- og omsorgstjenester for andre grupper. Vi vet at noen sykdommer og skader har vist en økende tendens de siste årene, eksempelvis kols, demens og trafikkskader. Landsstatistikk viser at andelen yngre som mottar tjenester er kraftig økende. Vi ser en klar tendens at vi får flere yngre brukere.

Antallet funksjonshemmede og personer med omfattende behov for kommunale tjenester, har for de under 15 år vært stabilt på ca. 20 personer de siste årene, mens antallet over 15 år har vært stigende til 66 registrert i 2005.

Ungdommene har ikke tidligere hatt behov for tjenester fra Tiltak funksjonshemmede, da de har bodd hjemme. Når de er ca 18 år ønsker de å flytte i egen bolig.

Det vil være et varierende behov for hva de trenger av bistand. Flere brukere med psykiske problemer oppsøker bl.a. Noas ark, da de mangler tilpasset tilbud/aktivisering.

Innenfor gruppen utviklingshemmede som i dag har bistand fra Tiltak funksjonshemmede ser vi også at demensproblematikk utvikler seg med økt alder på brukerne.

Verdal har de senere årene tatt imot et vesentlig antall asylsøkere og flyktninger, gjennomsnittlig 40 pr. år. I dag er det ikke flere enn tre av dem som er funksjonshemmet og bare en over 67 år, men antall eldre vil etter hvert øke.

## **6. Statlige styringsredskap**

### **6.1 Nasjonale mål og prioriteringer**

Det vises til kap. 3.1.

### **6.2 Økonomiske virkemidler**

For gjennomføring av de statlige handlingsplanene for eldre omsorg, psykiatri og andre prioriterte oppgaver, har staten iverksatt ulike økonomiske virkemidler:

- Rammetilskudd for kommunene.
- Tilskudd til ressurskrevende brukere
- Tilskudd til psykisk helse, opptrappingsplan 1998-2008
- Tilskudd til personlig assistanse (BPA)
- Oppstartingstilskudd og kompensasjonstilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser

### **6.3 Lover og forskrifter**

For pleie- og omsorgstjenestene er det en lang rekke lover som har betydning for arbeidet. De viktigste lovene for tjenestene som skal utøves er:

- Kommnehelsesloven
- Sosialtjenesteloven

Et utvalg har nå fremmet forslag til en felles kommunal sosial- og helselov.

Men følgende lover har også stor betydning for tjenestene, både i omfang og kvalitet:

- Smittevernloven
- Psykiatriloven
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Pasientrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Offentlighetsloven
- Forvaltningsloven
- Lov om statlig tilsyn med helse- og sosialtjenesten

Til mange av disse lovene er det utarbeidet forskrifter som også er viktige styringsdokumenter for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. En av de viktigste forskriftene er kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene.

Med hjemmel i "tilsynsloven" utfører fylkesmannen systemrevisjoner av kommunenes pleie- og omsorgstjenester og melder eventuelle avvik fra lover og forskrifter. Kommunen har plikt til å "lukke" slike avvik.

#### **6.4 Universell utforming**

Universell utforming er utforming og sammensetting av ulike produkter og omgivelser på en slik måte at det kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming.

Løsninger skal ikke framstå som spesielle. Brukerkvaliteten til funksjonshemmede skal være inkludert i totalløsningen.

Det er et politisk mål at alle innbyggere skal ha samme muligheter til å delta i samfunnet. Universell utforming, som er et viktig virkemiddel for å oppnå dette, er nå på full fart inn i lovverket. I framtiden må kommunene legge strategien universell utforming til grunn i planleggingen, slik at alle kan benytte bygg og uteområder på en likestilt måte.

Verdal kommune er med i et statlig nettverk vedr. Universell utforming. Kommunen har fått status som pilotkommune innen universell utforming.

#### **6.5 Plankrav**

I forbindelse med de store satsingsområdene på eldreomsorg og psykiatri har staten krevd omfattende kommunale planer på disse feltene. Handlingsplanen for eldreomsorgen er nå avsluttet og plankravet bortfalt.

På psykiatrifeltet er det imidlertid fortsatt krav om kommunale planer.

Under forutsetning av at det utarbeides kommunale kompetanseutviklingsplaner som omfatter helse- og sosialtjenestene, kan fylkesmannen gi tilskudd til dette formålet

Departementene har etter hvert gitt kommunene større frihet til å innarbeide plankravene i sitt eget plansystem dersom dette fyller statens krav til rapportering og innhenting av plandata. Det forutsettes i alle fall at planene er nært knyttet til kommuneplan/økonomiplan.

### **7. Økonomisk handlingsrom**

#### **7.1 Vedtatte forutsetninger**

Verdal kommunes økonomiplan for 2006-2009 ble vedtatt i kommunestyret den 31. oktober 2005. Planforslaget innebærer flg. utvikling i driftsrammen for pleie og omsorg i planperioden:

Alle tall i 2006 kr for 2006-2009	Regnskap 2004	Budsjett 2005	Økoplan 2006	Økoplan 2007	Økoplan 2008	Økoplan 2009
Pleie og omsorg og funksjonshemmede	102 469 186	108 825 288	115 701 794	116 101 794	116 101 794	116 101 794

Økningen fra 2005 til 2006 skyldes i hovedsak økning som følge av ressurskrevende brukere ved Vinne pleie- og omsorgsdistrikt med 1,8 mill. kr. og 3,5 mill. kr. til 8 nye stillinger som følge av utbygginger ved Vuku pleie- og omsorgsdistrikt og Vinne pleie- og omsorgsdistrikt. Drift av nye psykiatrilogier/bokollektiv ved Verdal bo- og helsetun medfører et økt stillingsbehov på 5 årsverk i 2006. Det er i økonomiplanforslaget forutsatt at det må skje en omfordeling av psykiatrimidlene til pleie og omsorg for å dekke disse stillingene.

På investeringsiden er det i 2008 som følge av plassmangel, planlagt utbygging av et nytt påbygg i 2. etasje på administrasjonsfløya på Verdal bo- og helsetun. Dette vil kunne gi 250 m<sup>2</sup> ekstra areal. Anslått kostnadsramme er på 5 mill. kroner. I tillegg er det i perioden lagt inn 1,4 mill. kroner til utskifting/vedlikehold av forskjellig utstyr og større inventar innen pleie- og omsorgstjenesten.

## 7.2 Økonomisk grunnlag i planperioden

Det økonomiske grunnlaget i planperioden er stramt, og det er ingen grunn til å tro at dette vil endre seg vesentlig i tiden framover. Heller tvert imot, da utgiftssiden på pleie og omsorg presses opp bl.a. som følge av at pasienter utskrives tidlig fra sykehusene.

I tillegg viser boligsosial handlingsplan at kommunen har et behov for utbygging av omsorgsboliger i planperioden som vanskelig kan dekkes. Det er gjort grove tallberegninger på hva dette utbyggingsbehovet representerer i form av økte driftsutgifter.

Omsorgsboliger planlagt i 2006 – 2008 innebærer grovt anslått økte driftsutgifter på mellom 8,4 og 17,1 mill. kr. Tallene varierer mye på grunn av at brukernes tjenestebehov gjør store utslag på bemanningsbehovet, og viser ”i-bestefalls-tall” og ”i-verstefalls-tall”.

Pleie- og omsorgstjenesten har i årene etter 2001 levd med en situasjon med store omstillings-/nedbemanningstiltak og stadige innstramminger, som følge av at kommunen pr. 01.01.2001 hadde et akkumulert underskudd på kr. 23.169.200,-.

Siste del av underskuddet ble nedbetalt i 2004. Til tross for dette har Verdal kommune et stadig press på økonomien. Arbeidet med å holde kostnadene nede prioriteres høyt som følge av:

- Et økende merforbruk i driften de siste årene i forhold til budsjettet på mellom 4 og 9 mill. kr. At kommunen samtidig har fått høyere inntekter av ikke varig karakter enn det som var budsjettet, har gjort at nye underskudd hittil er unngått.
- Mål om en buffer på 3 % av de årlige driftsinntektene (mer enn 10 mill. kr.) som skal brukes som egenkapital til nye investeringer, og til utviklingstiltak i organisasjonen.
- Behov for å kunne omfordele midler til forebygging og nye tjenester i årene framover.

Det vil fortsatt være nødvendig å dempe innbyggernes forventninger til hvilket tjenestenivå kommunen kan tilby på flere tjenesteområder.

I tillegg vil det være en utfordring å disponere de midler en faktisk har på en optimal måte. Aktuelle områder å se på i denne sammenheng fremkommer under kap. 8 Vurdering av viktige utfordringer.

Like viktig også for økonomien er det å bruke de tjenester og tilbud som faktisk finnes på en best mulig måte. Det tenkes da både på tilbud innenfor ulike virksomhetsområder i Verdal kommune og enheter i Innherred samkommune, og hos instanser utenfor kommunen. Her er koordinering og samhandling viktige stikkord.

## **DEL IV.**

### **8. Vurdering av viktige utfordringer**

#### **8.1 Generelt**

Denne delen av planen er ikke en fullstendig gjennomgang av alle sider av pleie- og omsorgstjenestene. Prosjektgruppa har med utgangspunkt i evaluering av eksisterende plan vurdert de viktigste utfordringene framover.

Det er stor økning i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Årsaken er bl.a. økningen i antall eldre og at flere oppgaver som tidligere ble løst utenfor kommunen, nå skal løses lokalt.

Eksempler på slike oppgaver er:

- Botilbud/institusjoner for personer med alvorlige psykiske lidelser.
- Liggetiden på sykehusene er redusert, noe som betyr at mye av oppfølgingen etter sykdom må foretas i kommunen. Terskelen for å bli innlagt på sykehus er også høyere. Det betyr at flere skal følges opp lokalt i egen kommunen som alternativ til sykehusinnleggelse.

I tillegg stilles det strengere krav til saksbehandling og rapportering sentralt.

Kommunen får nye brukergrupper som stiller store krav og som har kjennskap til rettigheter og krav til tjenester.

Økning i behandlingstilbud for mange sykdommer gjør at stadig flere lidelser kan behandles, noe som stiller krav til ny kompetanse, teknisk utstyr og personell.

Vi ser spesielt utfordringer i forhold til at mange eldre blir veldig utrygge og av den grunn blir fysisk dårlige, og har behov for institusjonsplass. Under opphold på institusjon blir de mer selvhjulpne og fungerer bedre. De nye boligene med bemanning vil kunne forebygge innleggelse i institusjon for denne gruppen.

Det er stor økning i antall demente. Mange av disse vil ha behov for sykehjemsplass enten som korttidsopphold for utredning av funksjonsnivå eller avlastningsopphold for pårørende, eller at de har så stor funksjonssvikt at de ikke kan gis forsvarlig hjelp i egen heim og må ha langtidsplass.

Etterspørsel etter sykehjemsplasser er større enn tilbudet. Det prioriteres å gi tilbud til pasienter der en vanskelig kan gi forsvarlig hjelp i egen heim, til alvorlige syke og døende og til pasienter hvor pårørende har en stor omsorgsbyrde. Tilgangen på sykehjemsplasser gjør at mange må få tilbud om hjelp i egen heim av de som primært ønsker sykehjemsplass. Det er viktig at det er de med størst behov får tilbud om institusjonsplass.

Med stadig nye brukergrupper og økning i antall søkere på pleie- og omsorgstjenester er det viktig at kommunens innbyggere har realistiske forventninger til hvilke tjenester de kan forvente fra kommunen.

Den økonomiske situasjonen i Verdal kommune har over år vært vanskelig. Ressursene blir derfor hovedsakelig brukt til lovpålagte oppgaver. Målet er å gi alle søkere til pleie- og omsorgstjenester et forsvarlig tilbud i hverdagen og oppfylle de oppgaver som er beskrevet i lov og forskrift. Dette vil gi store utfordringer i planperioden.

En av de største utfordringene kommunen har er å forebygge behovet for pleie- og omsorgstjenester. Aktuelle områder å se nærmere på er informasjon, brannforebygging, aktivisering, fysisk tilrettelegging og helseforebyggende tiltak. Det er ikke foretatt en helhetlig vurdering av slike tiltak i kommunen og det har heller ikke vært mulig å gjøre dette i denne planen.

**Konklusjon:**

- Det igangsettes et prosjekt med mandat å forebygge behov for pleie- og omsorgstjenester i 2007/2008

## 8.2 Konsekvenser av befolkningsutviklingen

Sammenlignet med de andre større kommunene i Nord-Trøndelag, viser befolkningsprognosene i Verdal de største svingningene. Vi har ikke fullt ut maktet å utvikle pleie- og omsorgstjenestene for å møte de økte behovene de siste årene og det vil også bli utfordringen de første årene vi går i møte. Befolkningsutviklingen etter 2010 vil imidlertid gi et lite "pusterom" sjøl om antallet over 90 år øker. På lengre sikt er det meget viktig at kommunen har utviklet en bygningsmessig og personellmessig beredskap som kan møte utfordringene etter 2020.

Endringer i befolknings sammensetningen gir utslag i beregning av rammetilskuddet til kommunene. Det er viktig at demografiske endringer også får en større betydning enn hittil når kommunen skal fordele ressursene.

Evalueringen av prosjektet "Ny struktur" som omfatter omorganisering av Verdal kommune, viser at tjenesteproduksjonen i pleie- og omsorgstjenestene har hatt størst prosentvis reduksjon av utgiftene av alle tjenestene i kommunen, sjøl om antallet eldre over 80 år har vært sterkt stigende. Dette forklarer mye av ubalansen mellom budsjett og regnskap i 2005.

**Konklusjon:**

- Det tilstrebes at framtidige økonomiplaner og budsjett i større grad enn hittil benytter demografiske endringer som grunnlag for fordeling av ressurser.

### 8.3 Framtidas tjenestebehov

- **Forholdet mellom heimebaserte og institusjonsbaserte tjenester.**

Det er viktig at det er en faglig god og økonomisk forsvarlig balanse mellom de institusjonsbaserte og heimebaserte tjenestene. Institusjonstjenesten er i dag både tilpasset spesielle behov og er fleksibel for endring i behov. I forhold til andre større kommuner i fylket er også antall plasser på et tilfredsstillende nivå.

Utfordringen er i første rekke at de omsorgsboligene som er bygd og som er under utbygging ikke har tilstrekkelig bemanning til å dempe presset på sykehjemmene.

Antallet sykehjemsplasser kan ikke reduseres ytterligere dersom kommunen skal ivareta de nye utfordringene syke eldre og det økte avlastningsbehovet representerer. Samtidig må den heimebaserte tjenesten styrkes for å dempe presset på institusjonsplasser, og for at brukerne skal få nødvendig hjelp på riktig nivå.

- **Omfanget og prioriteringen av heimebaserte tjenester**

Som det går fram av ovenstående er det nødvendig å styrke de heimebaserte tjenestene. Flere års stagnasjon i tjenestetilbudet, mens aktuelle brukergrupper har økt sterkt, har ført til at kommunen har en av de dårligst utbygde heimebaserte tjenestene i fylket. Spesielt gjelder dette hjemmehjelpstjenesten. Det vil allikevel ikke være økonomisk mulig å bygge ut disse tjenestene tilfredsstillende på kort sikt. Det må derfor foretas en prioritering av hvilke heimebaserte tjenester som skal prioriteres.

Det viktigste vil være å få tilstrekkelig bemanning i omsorgsboligene slik at de kan fungere som forutsatt og for å dempe presset på sykeheimene. Sjøl om hjemmehjelpsvirksomheten går på sparebluss vil det, slik det ser ut i dag, allikevel være riktig å prioritere opptrapping av hjemmesykepleien i planperioden.

De heimebaserte tjenestene er imidlertid ikke bare hjemmehjelp og hjemmesykepleie. For å ha den ønskede forebyggende effekt er det viktig å se på heimebaserte tjenester som en tiltakskjede, hvor det er nødvendig med mange ulike og fleksible tjenester som kan tilpasses den enkelte bruker, slik at institusjonsopphold kan utsettes eller unngås. Ved utarbeidelse av de enkelte årsbudsjett er det derfor viktig å se tiltak som brukerstyrt personlig assistent, omsorgslønn, støttekontakt, matombringning, aktivisering og fysisk tilrettelegging i sammenheng med nivået på hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

- **Flere aldersdemente**

Med økende levealder ser vi en utvikling med økning i antall demente. Registreringen som ble gjennomført i forbindelse med kommunens boligsosiale handlingsplan for 2004-2009, viste en underdekning på ca. 15 boliger/plasser for denne gruppen. Omsorgsboligutbyggingen i Vuku var tiltenkt denne målgruppen. Omsorgsboligene ved Ørmelen bo- og helsetun vil også bli tilpasset til slik bruk. Kommunestyret har imidlertid vedtatt at omsorgsboligene både i Vuku og på Ørmelen skal benyttes til trygghetsboliger, også for andre målgrupper.

Hensikten med dette er at de som i dag er på institusjon bl.a. på grunn av manglende trygghet i eget hjem, kan flytte inn i boligene slik at demente kan få institusjonsplass.

Mange demente kan vanskelig gis et forsvarlig hjelp i egen heim. Dette pga at de ikke lenger er i stand til å ivareta seg selv og vil i mange tilfeller kunne være en fare for seg selv eller andre. Mange pårørende opplever det som en stor belastning å skulle ha ansvaret for personer som ikke er orientert om tid og sted.

Det er et stort behov for avlastningsopphold for pårørende som har demente boende i heimen. Vi trenger i større grad enn i dag å systematisere mulighetene for avlastningsopphold. Dette betyr at det må gis langsiktige vedtak for planlagte korttidsopphold som for brukeren. Når pårørende vet når avlastningsoppholdene vil komme er det lettere å klare hverdagen og planlegge aktiviteter. Mange demente vil være i den gruppen av pasienter som det vanskelig kan gis forsvarlig hjelp til i egen heim. De vil ha behov for langtidsopphold i institusjon, eventuelt i omsorgsbolig med døgnbemanning.

- **Brukerstyrt personlig assistent (BPA)**

Etterspørselen etter Brukerstyrt personlig assistent er økende. Ordningen kan være kostbar i forhold til andre hjelpetjenester, men er ofte det beste tilbudet for enkelte brukere. På grunn av de budsjettmessige konsekvensene bør det i hvert enkelt tilfelle vurderes om dette er det best tilpassede tiltak.

I Verdal kommune har vi valgt en ordning der flere assistenter gir tilbud til flere brukere. Erfaring så langt viser at denne organiseringen bidrar til at assistentene over lengre tid klarer å stå i ordningen, som er svært ”tett på” brukeren. Samtidig er sårbarheten mindre ved at de stiller opp for hverandre ved bl.a. fravær. Det er ønskelig å videreføre denne praksisen.

- **Omsorgslønn**

Også etterspørselen etter omsorgslønn er økende. Med økte utgifter til dette tiltaket vil det være mindre tilgjengelige ressurser til andre hjelpetiltak, som f.eks. hjemmesykepleie. Derfor må det også innen dette tjenesteområdet utvises en restriktiv praksis, slik at bare de som har et lovmessig krav på det og faglig sett klart får en bedre hverdag ved bruk av omsorgslønn framfor andre tilbud, blir prioritert

- **Individuelle planer/ansvarsgrupper**

Verdal kommune har vedtatt retningslinjer og prosedyrer for arbeidet i ansvarsgrupper og med individuelle planer. Retningslinjene går ut over det lovmessige ansvar som er tilpliktet gjennom helse- og sosiallovgivningen, og gir alle ansatte og virksomhetsområder i kommunen en plikt til å delta i dette arbeidet dersom behovet er tilstede og brukeren ønsker det. Det arbeides nå med felles retningslinjer innen Innherred samkommune på samme grunnlag.

Det er opprettet ansvarsgrupper for mange brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og hvor pleie- og omsorgstjenestene er involvert. Et stort antall av disse har individuell plan, eller en slik plan er under utarbeidelse.

Det er imidlertid grunn til å tro at flere brukere med pleie- og/eller omsorgsbehov har behov for, og krav på, individuell plan. Det må derfor rettes større oppmerksomhet mot dette arbeidet i planperioden slik at vedtatte retningslinjer følges. Det er også behov for å styrke ansattes kompetanse for å arbeide i ansvarsgrupper og med individuelle planer.

- **Mattilvirkning og -ombringing**

Kommunen har bygd om kjøkkenet ved Verdal bo- og helsetun for varmmat basert på tradisjonell produksjon, men med mulighet for å benytte kok-/kjølmetoden. Videre er det bygd nytt koldtkjøkken ved Ørmelen bo- og helsetun som i tillegg ivaretar brødproduksjonen. Disse kjøkkenløsningene ivaretar matproduksjonen for institusjonene og hjemmeboende på en god måte, og har kapasitet til utvidelse av produksjonen. Det er ikke behov for endringer i kjøkkendrift og struktur i planperioden.

**Konklusjoner:**

- Sykehjemsdekningen vurderes på ny i 2007
- Hjemmesykepleien styrkes for å kunne redusere presset på sykehjemsplasser
- Omsorgsboligene i Vuku brukes av aldersdemente som forutsatt innen 2010
- Pårørende til demente får et bedre tilbud om avlastning
- Ordningen med omsorgslønn og Brukerstyrt personlig assistent benyttes bare når dette er det beste faglige alternativet og når utgiftene holdes på et akseptabelt nivå
- Individuelle planer utarbeides for alle som har behov for og krav på en slik plan
- Ordningen med matombringing evalueres med tanke på at dette er en del av det totale tjenestetilbudet

#### **8.4 Aktivisering og arbeid som forebyggende tiltak**

Å ha en meningsfull hverdag er viktig for livskvaliteten for alle. Mange har lite nettverk og ensomheten blir ofte påtrengende når en blir hjelpetrequende. I de budsjettkutt som er gjort innenfor pleie- og omsorg, har de kommunale aktivitetene og tilsvarende stillinger blitt fjernet eller redusert. Begrunnelsen er at de lovpålagte tjenestene må prioriteres. Dette er uheldig da aktivisering/å få et avbrekk i hverdagen, for mange er det som gjør at de kan bo lengre hjemme med hjemmetjenester.

Forebygging fremfor reparering er politisk satsing fremover. På sikt vil dette kunne redusere presset på ulike tjenester ved at eldre og funksjonshemmede vil kunne holde seg friske lenger, bo hjemme lenger og evt. unngå behov for institusjonsopphold.

Den økonomiske situasjonen i Verdal kommune over tid, har gjort at de lovpålagte tjenestene har blitt prioritert framfor de som ikke etter lov/forskrift er pålagt som tjenesteyting fra kommunenes side. Prioriteringen som er gjort er at de som har størst behov for helsehjelp må få denne. Resultatet er at aktivitetstilbudene er svært redusert i forhold til de behovene som foreligger. I dag er 1 årsverk knyttet opp mot dagtilbudet Noas Ark. Ved Vuku bo- og helsetun er det et aktivitetstilbud med bingo en gang pr uke som blir drevet av sanitetslagene og hjemmehjelpen ved bo- og helsetunet. Her deltar 10–15 personer pr. uke.

Utover dette er det gavemidler som benyttes til 2 x 50 % stilling som aktivitør for å opprettholde et aktivitetstilbud for eldre ved Verdal bo- og helsetun og Ørmelen bo- og helsetun. Ved disse bo- og helsetunene er det i dag 3-5 hjemmeboende personer på dagtilbud 3 dager pr. uke. Slik det er i dag er det de som bor sentrumsnært som benytter seg av tilbudet. Skal dette tilbudet omfatte flere, må det tilbys skyssmuligheter. I tillegg har beboere på institusjonene et tilbud.

Frivillige deltar som hjelpere og er en svært viktig/nødvendig ressurs for at dette skal fungere. Opplegget med stor bistand fra frivillige er sårbart i den henseende at noen av disse over tid har signalisert at de ønsker å trekke seg ut. Frivillige vil også fremover være viktige ressurser for å få et optimalt tilbud til brukere av ulike helsetjenester.

Det er behov for struktur, systematisering og formalisering i forhold til frivillighetsapparatet. Her vil opprettelse av Frivillighetssentral bli et viktig bidrag. Noe som er klart, er at det offentlige alene ikke vil være i stand til å imøtekomme alle behov som oppstår. I det videre arbeidet vil det være nødvendig å synliggjøre hva det offentlige kan og skal yte av tjenester som ikke er lovpålagte, og hva det frivillige kan bidra med.

Likemannsarbeid er en del av frivillighetsarbeidet som i noen grad vil kunne "avlaste" det offentlige om dette ble satt i system. Dette fungerer ved at personer som har selvopplevde erfaringer med ulike sykdommer bidrar/deler erfaringer med andre med samme sykdommer, slik at disse i større grad blir i stand til å mestre av egen situasjon. Med dette vil en og kunne skaffe seg et nettverk som for mange er mangelvare i dag.

Meningsfull hverdag med bla. aktivitetstilbud er svært viktig for en gruppe eldre og funksjonshemmede som i dagens samfunn er ensomme, har lite nettverk og stort behov for aktivitet/sosialt fellesskap for å opprettholde en god livskvalitet. En stor gruppe yngre med ulike funksjonshemminger fysisk/og eller psykisk vil aldri bli i stand til ordinære arbeidsforhold med de muligheter dette fører med seg. Disse har behov for mer eller mindre hjelp fra det offentlige. Her vil alt fra tilrettelagte arbeidsplasser til ulike tilpassede aktiviteter være viktige og nødvendige tilbud for at den totale kommunale tiltakskjeden skal være kvalitativ god. Flere funksjonshemmede har i dag sin "arbeidsplass" i Verdal kommune og er en viktig ressurs.

Noas Ark er et dagtilbud for personer med ulike funksjonshemminger. Mange av disse har avsluttet videregående skole, men de fleste vil ikke komme ut i ordinært arbeidsløp. Her øker tilgangen av brukere jevnlig, og den boligen som i dag brukes til formålet er for liten. Klarer ikke kommunen å etablere en større arena for disse brukerne, vil resultatet bli større behov for ulike helse- og/eller sosialtjenester og en dårligere kvalitet på det totale tjenestetilbudet fra kommunen. "Fritidssenteret" i Nordgata vil bli frigitt i forbindelse med åpningen av Tindved kulturhage, og vi ser at dette vil være en aktuell arena for dette tilbudet. Det er utarbeidet en skisse for et framtidig tilbud for denne brukergruppen i "Fritidssenteret".

Verdal ASVO a/s er en kommunalt eid VTA-bedrift som i dag har 19 godkjente plasser og sysselsetter 23 personer som ikke har muligheter på det åpne arbeidsmarked. Behovet for flere plasser er i dag påtrengende. Flere personer med ulike funksjonshemninger og som kan nyttiggjøre seg et slikt tilbud, har enten et kommunalt aktiviseringstilbud (Noas ark) eller er passive mottakere av uførepensjon. Utvidelse av antall plasser må godkjennes av Aetat innen begrensede rammer i statsbudsjettet.

#### **Konklusjoner:**

- Det søkes opprettet 5 nye plasser ved Verdal ASVO a/s
- Flytting av Noas Ark til "Fritidssenteret" eller annet egnet og sentralt plassert lokale
- Hjemmeboende eldre og aldersdemente prioriteres ved aktivitetstilbudene på institusjonene
- Transporttjeneste til aktivitetstilbudene organiseres
- Det er ønskelig at en framtidig frivillighetssentral kan ha likemannsarbeid og aktivisering av eldre og funksjonshemmede som noen av sine oppgaver

## 8.5 Kvalitet på tjenester

Framover vil kommunen ha store utfordringer for å kunne imøtekomme behovene til brukerne. Statistikken viser at vi får flere eldre over 90 år, jfr.kap.5.2.

Skal vi ha mulighet til å unngå at gapet mellom tilgang og etterspørsel etter tjenester øker, må tjenesteytingen legges om.

I dag tildeles bl.a. hjemmehjelpstimer for at brukerne skal få vasket fellesarealer brukerne har ansvar for i forhold til husleiekontraktene. Kun i helt spesielle tilfeller skjer dette i henhold til sosialtjenesteloven. Behovet er tilstede, og det må arbeides for at andre kan gjøre dette.

Serviceerklæringene som beskriver/avklarer forventningene om tjenester til brukerne er ikke tilstrekkelig oppdatert og bør revideres. I disse må det nøye vurderes hva kommunen kan/ikke kan gi av tilbud. Det må kontinuerlig vurderes hva som er forsvarlig innenfor det lovverket som regulerer tjenesteomfanget. Det er utarbeidet minstestandarder i forhold til å kunne tilfredsstille grunnleggende behov jfr. Kvalitetsforskriften. Disse standardene vil legge grunnlaget for kvaliteten på tjenestene og være en rettesnor for ”hva er godt nok”.

Systematisk kompetanseoppbygging hos personalet vil være avgjørende for å kunne gi optimale tjenester, jfr.kap.8.12. På samme måte må ufrivillig deltid reduseres som et tiltak for å kunne rekruttere og beholde kvalifisert personell. Aktiv avviksregistrering vil kunne bidra til å dokumentere de tjenestene som ytes, og som ikke er av god nok kvalitet i forhold til standard. Det gjenstår mye å gjøre i organisasjonen før avviksregistrering er en integrert del av tjenesteproduksjonen.

En utfordring er å utvikle og formalisere samarbeid mellom legetjenesten, helseforetaket og pleie og omsorgstjenesten slik at brukerne får den riktige behandling og oppfølging. Undersøkelser i andre kommuner viser at informasjonsflyten i mange tilfeller ikke fungerer. Det er viktig å ta tak i dette.

### **Konklusjoner:**

- Serviceerklæringene for pleie- og omsorgstjenestene revideres i 2006
- Lik vurdering av støttekontakttilbud tilstrebes
- System for avviksregistrering og -behandling videreutvikles
- Kvalitetssikre rutine rundt informasjonsutveksling mellom legetjenesten, helseforetaket og pleie- og omsorgstjenesten, spesielt i forhold til medisiner

## 8.6 Fysisk tilrettelegging og tekniske hjelpemidler.

Det er en kjensgjerning at bolig og fysiske omgivelser legger premisser for i hvilken grad deltagelse og livsutfoldelse er mulig.

Nye boliger må bygges etter prinsippet om universell utforming slik at det også er stor tilgjengelighet for brukere med ulike funksjonshemninger.

For eksisterende boliger, som skal tilrettelegges pga funksjonsforandringer, finnes ordninger gjennom Husbanken. Det kan søkes på prosjekteringsstøtte, tilskudd og/eller lån.

Godt tilrettelagte boliger og omgivelser har effekt på funksjons- og mestringsmulighetene. Som forebygging er det viktig at ”snublefeller” som høge terskler, bratte trapper, manglende gelender/håndtak, dårlig belysning m.m. er fjernet.

En utfordring det også må tas høyde for, er at dagens og framtidens eldre og funksjonshemmede vil delta sosialt selv som gangfunksjon reduseres. Antall elektriske scootere/rullestoler i by- og bygdebildet økes. Da er det nødvendig med parkerings- og lade-plasser for disse kjøretøyene i hensiktsmessig nærhet til bolig/inngangspartier.

Tekniske hjelpemidler er definert som et teknisk tiltak/innretning som bidrar til å løse den enkeltes praktiske funksjonsproblem i en gitt situasjon.

Eksempel på tekniske hjelpemidler kan være: Rullator, støttehåndtak, rullestol, huskekalender eller syns-og hørselshjelpemidler.

Når en person har behov for et hjelpemiddel i en avgrenset periode, eks. toalettforhøyer eller rullator etter en hofteoperasjon, er det snakk om et korttidshjelpemiddel.

Det er kommunens ansvar å ha såkalte korttidshjelpemidler til utlån. ASVO på Håndtverker-torget har etter avtale med kommunen ansvaret for Korttidslageret.

Når det gjelder tekniske hjelpemidler, er det Folketrygden som har ansvaret.

Hjelpemiddelsentralen på Levanger er sentral for selve tildelingen av hjelpemiddelet.

Langtidsbehov eller varige behov er når det oppstår behov i forhold en situasjon med liten utsikt til bedring.

For å få tildelt hjelpemiddel fra Hjelpemiddelsentralen, må det begrunnes ut fra problematikk og tenkt løsning.

Ergo- og fysioterapitjenesten på Stekke har et spesielt ansvar i forhold kunnskap og søknad om tekniske hjelpemidler. Pleiepersonalet på hjemmetjenesten og på institusjonene bistår også ved søknad om hjelpemidler.

Hjelpemidler blir mer avanserte etter hvert og det er økende behov for spesialtilpassinger og opplæring/oppfølging i bruken.

Syns- og hørselshjelpemidler krever spesiell kompetanse. Det er behov for opplæring av flere syns- og hørselskontakter for å møte etterspørselen. Det er for sårbart med bare en kontaktperson på syn og en på hørsel.

Stadig flere personer får problemer på områder for hukommelse og orientering. Kommunen har mangelfull kompetanse og praksis innen dette området.

Datahjelpemidler til voksne er et annet område der det mangler helhetlig tenking. Det er derfor en utfordring å få på plass rutiner vedr. voksenopplæring for personer som kan nyttiggjøre seg datamaskin for bedring av sin funksjonsevne og deltagelse.

#### **Konklusjon:**

- Det utarbeides prosedyrer for hvordan kommunale faginstanser skal samarbeide for å nå målet om ”universell utforming”.
- Det må avsettes mer tid til opplæring i bruk av tildelte hjelpemidler.
- Økt kompetanse om hjelpemidler knyttet opp mot hukommelse og orienteringssans.

## 8.7 Bygningsmessige utfordringer

Gjeldende pleie- og omsorgsplan er i stor grad preget av de bygningsmessige utfordringer kommunen har stått overfor for å kunne utøve en tidsmessig og framtidsrettet pleie- og omsorgstjeneste, og for å kunne utnytte de statlige tilskuddsordningene som har vært tilgjengelig. De planlagte byggeprosjektene vil være fullført sommeren 2006. Når Handlingsplanen for eldreomsorgen nå er avsluttet og Opptappingsplanen for psykiatri snart fases ut, vil det ikke være mulig å foreta bygningsmessige tiltak uten vesentlig kommunal finansiering.

Kommunens vedtatte Boligsosiale handlingsplan og de konkrete registreringer som er foretatt i den sammenheng, viser en underdekning av tilpassede boliger for aldersdemente. Ellers synes de utbygginger kommunen har foretatt og har under utbygging å være godt tilpasset de behov som er registrert. Kommunestyret har imidlertid vedtatt at de planlagte 7 omsorgsboligene for aldersdemente i Vuku skal benyttes som ”trygghetsboliger” og er tiltenkt ulike målgrupper.

Det er kommet fram ønske om påbygging av Verdal bo- og helsetun for å gi plass til flytting av rehabiliteringsposten, få bedre opptreningslokaler og et nytt kontor, og samtidig få frigjort 4 sykehjemsplasser som bl.a. kan brukes av aldersdemente. Denne investeringen er tatt inn i økonomiplanen med 5 mill. kr. i 2008 og må gjøres uten spesielle statlige tilskuddsmidler.

Videre har det kommet fram et behov for å samle dagtilbudene for funksjonshemmede på ett sted, og ”Fritidssenteret” er nevnt som en aktuell lokalisering. Dette må vurderes i sammenheng med en eventuell utvidelse av ASVO. En eventuell ny lokalisering er foreløpig ikke kostnadsberegnet.

I tilfelle antallet funksjonshemmede med store bolig- og omsorgsbehov vil øke de nærmeste årene, kan en gradvis omdisponering av omsorgsboligene på Vekttertunet komme på tale.

Prosjektgruppen kan ikke se andre vesentlige utbyggingsbehov i planperioden.

### **Konklusjoner:**

- Påbygging av Verdal bo- og helsetun vurderes i 2007
- Omsorgsboligene i Vuku bør i framtida beboes av aldersdemente
- Flytting av Noas Ark

## 8.8 Brukermedvirkning

Det er en stor utfordring å utvikle en reell brukermedvirkning innen pleie- og omsorgstjenestene. På mer ”overordnet” nivå har kommunen Eldrerådet og Det kommunale råd for funksjonshemmede. Disse rådene har mulighet til å påvirke kommunens arbeid med de aktuelle brukergruppene på systemnivå.

I tillegg kommer det i noe utstrekning innspill fra pensjonistlaget og organisasjoner for ulike grupper funksjonshemmede i forhold til kommunens tjenestetilbud. Disse innspillene er ofte basert på enkeltsaker, og kunne med fordel vært bedre samordnet.

På kommunens to sykehjem og i Vuku, er det aktive pårørendeforeninger.

Verken de kommunale rådene, de enkelte brukerorganisasjonene eller pårørendeforeningene, er pr. definisjon direkte brukere av pleie- og omsorgstjenestene.

De siste årene har det vært gjennomført brukerundersøkelser for utvalg av beboere på sykehjemmene og deres pårørende, og for mottakere av heimebaserte tjenester. Disse brukerundersøkelsene kan videreutvikles både når det gjelder gjennomføring og oppfølging. Vi har ingen brukerundersøkelser som viser behovene for eldre og funksjonshemmede som ikke mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Det er en stor utfordring å finne fram til systemer som i større grad enn i dag ivaretar brukerinteressene. Det kan være aktuelt å prøve seg fram med tiltak som supplerer den brukermedvirkningen kommunen nå benytter seg av. Prosjektgruppa har kommet fram til at det kan være aktuelt å prøve ut en ordning med "brukerpanel" med brukere av hjemmebaserte tjenester. Brukerpanelet bør ledes av personer som ikke er ansatt i kommunen.

#### **Konklusjoner:**

- Det gjennomføres brukerundersøkelser for brukere av pleie- og omsorgstjenester hvert 2. år.
- Det utarbeides rutiner for planlegging og oppfølging av brukerundersøkelsene.
- Det opprettes et brukerpanel med aktive brukere av hjemmebaserte tjenester

### **8.9 Koordinering av kommunale tjenester inkludert Innherred samkommune.**

Det er et viktig prinsipp at uansett hvor du bor i kommunen og hvilke tjenester du har behov for, skal tilbudet være likt. Dette tilstrebes ved å ha møteplasser på tvers av alle virksomhetsområdene, hvor føringer for tilbudet legges. Til tross for noen ulikheter av tilbud i virksomhetsområdene er dette i stor grad oppnådd.

Våren 2002 var Innherred samkommune (ISK) en realitet. Da ble bl.a. en del av tjenesteproduksjonen lagt dit. Dette gjelder fastlegeordningen, helsestasjonsvirksomheten, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), ergo- og fysioterapitjenesten og rus- og psykiatritjenesten for å nevne noen. Erfaringene med dette er at kommunen i mye større grad enn i dag har behov for å se all tjenesteyting i sammenheng.

Det må avklares forventninger til hverandre slik at alle ser "hele" tjenestemottakeren, slik at han/hun opplever tiltakskjeden som sammenhengende.

Pleie- og omsorg og de 5 oppvekstområdene i Verdal kommune har felles elever/ tjenestemottakere. I de tilfellene det fattes beslutninger som får konsekvenser for den "andre" enheten, må det gjensidig tas et ansvar for nødvendig informasjon til hverandre.

Med dagens organisering/oppgavefordeling er det nødvendig og hensiktsmessig å formalisere samarbeidet med ISK-enhetene i større grad enn tilfellet er i dag. Det må etableres felles møteplasser hvor vi har forventningsavklaringer, og hvor det tydeliggjøres hvem som har ansvar for hva både på system- og individnivå. I dag oppleves det i mange tilfeller at flere tar beslutninger omkring brukeren, fordi vi ikke kjenner til hva den andre har gjort. Dette er ineffektivt, i tillegg til at brukeren ikke oppfatter tjenesten som helhetlig.

Felles dokumentasjonssystem vil bidra til at dette blir enklere. I tillegg vil aktiv bruk av individuell plan, jfr. kap. 8.3, fremme koordinering på individnivå. Koordinerende enhet blir viktig å få etablert, jfr. rehabiliteringsforskriften. Dette bl.a. med bakgrunn i behov/krav om å ha "en dørs" mulighet til flest mulig tjenester. I tillegg vil denne enheten kunne være en koordinerende instans i forhold til brukere med sammensatte behov.

Det er viktig at kvaliteten på kommunens totale tjenesteproduksjon sees i sammenheng. Et felles kvalitetsutvalg bør derfor utredes.

#### **Konklusjoner:**

- Formalisering av samarbeidet med ISK-enhetene etter oppsatt møteplan
- Oppretting av kvalitetsutvalg for kommunens totale tjenesteproduksjon utredes
- Organisering av "koordinerende enhet" avklares
- Samhandling som fast tema på virksomhetsledermøter og på møter med ISK

### **8.10 Forholdet til eksterne samarbeidspartnere**

Spesialisthelsetjenesten (2.linjetjenesten) er en viktig samarbeidspartner. Ofte kommer tjenestemottakerne til kommunen etter opphold på eks. sykehuset. Over flere år har liggetiden ved sykehusene blitt redusert, mens det er gitt økt tilbud om poliklinisk behandling. I tillegg har flere oppgaver blitt overført fra 2.linjetjenesten til kommunen. Dette har ført til økt press på institusjonsplasser og hjemmetjenesten. Denne trenden ser ut til å fortsette. Det betyr at vi i større grad må delta på de arenaer hvor diskusjoner om fordeling av oppgaver / ansvar mellom 2. linjenivået og 1. linjetjenesten foregår. Helse Midt-Norge vil i sin strategitenkning legge planer for hvordan samarbeidet mellom 2. linje- og 1. linjetjenesten skal være.

Basisavtalen vi har med Helse Nord-Trøndelag utgår i 2006. Ny avtale vil bli utarbeidet og legge grunnlaget for samarbeidet fremover. Med dette som utgangspunkt vil vi måtte planlegge egen virksomhet.

Opptreningsinstitusjonene (bl.a. Bjørnang, Meråker og Kastvollen) har fra 1.1.06 avtale med Helse Midt-Norge om drift av de fleste plassene disse institusjonene har til rådighet. For kommunene, og også Verdal, reises det et par problemstillinger som bør finne en løsning.

- Kan / bør kommunen utnytte ledige plasser for å dekke sine opptrenings-/ rehabiliteringsbehov?
- Basisavtalen mellom kommunen og helseforetaket omfatter ikke opptreningsinstitusjonene. Hvordan skal man sikre at opptreningsinstitusjonene blir en del av tiltakskjeden mellom sykehus og de kommunale pleie- og omsorgstjenester?

Høgskolene og videregående skole er de opplæringsinstitusjonene som utdanner det fagfolket vi trenger fremover. Det er viktig å ha et godt og systematisert samarbeid med disse. Tilbakemeldinger viser at vi etter hvert har klart å bygge opp et godt opplegg internt for å bidra i utdanningen av det personalet vi vil ha behov for.

Vi har også sammen med Levanger kommune høsten 2005, hatt et samarbeidsopplegg med Verdal og Levanger videregående skole om arrangering av ulike fagkurs.

Verdal videregående er viktig som samarbeidspartner i forhold til at vi har felles elever/ tjenestemottakere. Målsettingen er å ha minst 1 årlig møte hvor dette diskuteres/planlegges.

Det er fra videregående skole signalisert at kommunen vil få en utfordring når det gjelder hva som er opplæring og hva som er pleie. I dette ligger at det muligens blir mer behov for ”pleieressurs” fra kommunen kontra ”pedagogisk ressurs” fra fylket i forhold til elever med store hjelpebehov. Hva dette vil få av konsekvenser for kommunen, er uavklart.

For en stor brukergruppe av ulike tjenester er samarbeidet med Arbeid & Velferd viktig. Det gjelder bl.a. de som ikke kan gå ut i videre skolegang/arbeid etter endt videreutdanning. Felles møteplasser der en sammen finner gode løsninger for disse er viktig og nødvendig.

#### **Konklusjoner:**

- Det formaliseres årlig 1 samarbeidsmøte i mai/juni med videregående skole og Arbeid & Velferd hvor felles elever / brukere av ulike tjenester diskuteres / kartlegges
- Kommunens behov for faste plasser ved opptreningsinstitusjonene avklares
- Basisavtalen med helseforetaket tilstrebes å omfatte opptreningsinstitusjonene og poliklinisk virksomhet

### **8.11 Organisatoriske utfordringer i pleie- og omsorgstjenesten**

Som et ledd i evalueringen av Ny Struktur innført fra 01.01.2003 skal også dagens organisering av pleie- og omsorgstjenestene evalueres. Før evalueringen er foretatt vil ikke konklusjoner foreligge, men det er allerede gjort en del betraktninger omkring fremtidig organisering. Tjenestetilbudet skal være mest mulig likt uansett hvor tjenestemottakeren bor. I dag er de 3 distriktene svært ulike både i størrelse og tilbud. Fagutvikling av personell i pleie- og omsorgstjenesten er en kontinuerlig prosess. Dette er i dag hovedsaklig ivaretatt innen det enkelte virksomhetsområde, noe som er urasjonelt med tanke på felles strategi for opplæring. Det er behov for å ha en bestemt person som har dette ansvaret. I tillegg vil det også i fortsettelsen være behov for at en person holder kontinuiteten i inntaksnemnda som bl.a. tildeler plasser på institusjonene. Det brukes i dag ca 2 dager pr. uke til dette.

Det er drøftet om også pleie- og omsorgstjenestene i Verdal kommune bør se på tildeling gjennom en såkalt ”bestiller/utførermodell”. I dag tildeler en instans alle tjenestene brukerne skal ha, og samme instans har også ansvaret for å utføre tjenestene. De enkelte tjenesteområdene tildeler tjenester ut fra en vurdering av hva som er hensiktsmessig, faglig forsvarlig og innenfor de økonomiske rammer virksomheten har.

Med en bestiller/utførermodell vil det være en instans som fatter nødvendige vedtak, mens andre instanser utfører tjenestene.

Ulempen er da at den som fordeler tjenestene ikke i like stor grad vil ha oversikt over ressursbruken. Sagt på en annen måte, den som sitter med budsjettansvaret har ikke påvirkning på bruken av pengene.

Fordelen med bestiller/utførermodellen er at en vil få saksbehandlere som blir dyktige i forhold til det formelle omkring saksbehandling. De vil i stor grad være ”objektive” i tildelingen av tjenester, og sikre at nivået på tjenestene blir mest mulig likt vurdert for hele kommunen. I løpet av planperioden er det viktig at beslutning tas om hvilken modell Verdal kommune skal tildele tjenester etter.

Det er nødvendig å arbeide med å samordne tjenester der flere virksomhetsområder/enheter gir tilbud om like tjenester til forskjellige brukergrupper, eller at tjenestetilbudet er i skjæringspunktet mellom enheter/virksomhetsområder.

Brukerne skal være sikret like tjenester ut i fra en individuell vurdering uavhengig av tildelingsorgan. Dette gjelder blant annet støttekontakt og omsorgslønn som blir tildelt av flere enheter.

Fra 1.1.2003 har tiltak funksjonshemmede vært en integrert del av pleie- og omsorgstjenestene med fordeling av ansvaret på 2 virksomhetsområder. Det er viktig at dette blir evaluert i planperioden.

#### **Konklusjoner:**

- Beslutning om antall pleie- og omsorgsdistrikt tas når Ny Struktur er evaluert
- Dagens organisering av tiltak funksjonshemmede evalueres i planperioden
- Eventuell innføring av ”bestiller-/utførermodell” avklares i løpet av 2008
- Dagens tildeling av støttekontakt i pleie- og omsorgstjenesten evalueres i 2006
- Felles instans for tildeling av støttekontakt vurderes

## **8.12 Personell og kompetanse**

Jfr. kompetanseplan for pleie og omsorg, helse og sosial.

Planen rulleres årlig. Under nevnes noen områder vi må være spesielt oppmerksomme på.

Nye brukergrupper krever ny kompetanse (se pkt 4.6.). Innvandrere/flyktninger vil fremover bli en større gruppe potensielle tjenestemottakere. Pleie- og omsorg har i dag for liten kunnskap om hvilke behov disse har ut fra sin kulturbakgrunn. Det er viktig at det blir bygget opp kompetanse, slik at disse brukerne kan få et forsvarlig tilbud ut i fra sin kulturbakgrunn. Kompetanseutviklingen/undervisningsopplegg bør planlegges sammen med bl.a. Flyktningtjenesten.

Smittevern er også et viktig område. Det kommer stadig nye smittsomme sykdommer/ bakteriestammer som gjør at ansatte må ha kunnskap for å kunne håndtere disse på en forsvarlig måte.

Et av de viktigste kompetanseområdene som bør videreutvikles er samhandlingskompetanse.

Et suksesskriterium framover er også at organisasjonen har endringskompetanse.

Det er en utfordring å skulle gi et sammenhengende tilbud fra kommunenes forskjellige enheter og ha evne til omstilling til beste for brukerne. God ressursutnyttelse er viktig. Dette krever god samhandling på tvers av ISK-enhetene, virksomhetsområdene og avdelingene.

Hittil har pleie og omsorg hatt god tilgang på fagpersonell, jfr. kap. 4.6.

Det har vært en bevisst rekruttering og videreutvikling av fagkompetansen, jfr. kompetanseplan for helse og sosial.

Med bakgrunn i bl.a. demografisk utvikling, og med økende behov for ulike tjenester, kan også Verdal kommune få problemer med å skaffe nok kvalifisert personell.

Det ligger et stort potensial i deltidsansatte som ønsker større stilling. I tillegg vil det fortsatt være behov for ekstern rekruttering.

**Konklusjon:**

- Kompetanseplanen for helse- og sosial/pleie- og omsorg rulleres årlig og inngår som en del av kommunens kompetanseplan
- Rekrutteringsutfordringer tas inn i kompetanseplan for helse og sosial/pleie og omsorg
- Fjerne ufrivillige deltidsstillinger under 50 %

**8.13 Planbehov**

Verdal kommune har ingen kommuneplan. Økonomiplanen rulleres årlig og er kommunens overordnede plan. Kommunen har ikke fattet beslutning om et helhetlig plansystem. Bare arealplanen har status som kommunedelplan.

Det er flere planer som i tillegg til en helhetlig pleie- og omsorgsplan, berører pleie- og omsorgstjenestene. Boligsosial handlingsplan er det vedtatt årlig rullering av. Ruspolitisk handlingsplan er under utarbeidelse i samkommunen, hvor det også er tatt initiativ til å få utarbeidet en felles rehabiliteringsplan. Kommunen har en gjeldende plan for psykisk helse. Dessuten rulleres kompetanseutviklingsplanen for helse- og sosialtjenesten årlig.

I gjeldende plan ble det konkludert med at det skulle utarbeides en plan for mennesker med psykisk utviklingshemming (ev. alle funksjonshemmede) og en ny kreftplan.

Prosjektgruppa har kommet til at det ikke er behov for en egen plan for funksjonshemmede og at planbehovet dekkes i den helhetlige pleie- og omsorgsplanen.

Kreftplan er det imidlertid fortsatt behov for, og det er behov for bedre og samsvarte rulleringsrutiner for planer som berører pleie- og omsorgstjenestene.

Prosjektgruppen kan ikke se at det er behov for andre planer på pleie- og omsorgsfeltet.

Det bør foretas en hovedrullering av planen hvert 4. år. Hvert år bør det i løpet av april foretas en kort rullering av tiltaksplanen som omfatter nye og endrede tiltak, prioriteringer, framdrift og økonomi. Dette som grunnlagsdokument for økonomiplanen.

**Konklusjoner:**

- Det utarbeides en egen kreftplan i 2006.
- Det utarbeides rulleringsrutiner for alle planer som berører pleie- og omsorgstjenestene.

## VEDLEGG

### 1. Bemanning i pleie- og omsorgsdistriktene

pr.01.01.2006

	<b>VINNE antall årsverk</b>	<b>VUKU antall årsverk</b>	<b>ØRA antall årsverk</b>	<b>Merknader *</b>
Stab inkl. virksomhetsleder, vaskeri, merkantil, aktivitør, lege	4,5	1,5	6,6	
Institusjon	45,5	X	57,9	
Hjemmesykepleie	*11,5	9,9	12,4	0,5 årsverk urinlab
Hjemmehjelp	8,3	7,7	8,9	
Kjøkken	X	X	9,4	
Ringvn Nord boliger, avlastningsbolig, barnebolig	X	X	22,4	
Lysgård, boliger, hjemmetjenester, dagtilbud	X	X	17	
Prost Brands vei	10	X	X	
Døgnbemannede boliger tilrettelagt for personer med psykiske lidelser	X	X	* 5,7	Opptrappingsplan psykiatri
Trygghetsboliger	5	* 3	X	Oppstart mars 2006
Nattpatrulje	4	2	X	
Totalt	88,8	24,1	140,3	

## **2. Politisk behandling**