



TRONDHEIM KOMMUNE



Eldreplan 2016 - 2026

Forord

Eldreplanen skal legge til rette for en tjenesteutvikling som sikrer den enkelte et verdig og meningsfylt liv gjennom hele livsløpet. Tjenestene skal utvikles i samarbeid med brukerne og gis i henhold til de krav som til enhver tid er gitt i form av lover, forskrifter og retningslinjer, og i overensstemmelse med lokale og nasjonale målsettinger, visjoner og veiledninger.

Eldreplan ble vedtatt den 8. desember.



Innhold

Forord	3
1. Innledning	5
Statlige styringsdokumenter	5
Kommunale styringsdokumenter	6
2. Status og måloppnåelse i foregående plan	7
3. Fremtidens eldreomsorg	8
Utfordringer frem mot 2026	10
Demografisk utvikling	11
Familie og venner	12
Lokalsamfunnet	12
Boliger for eldre	13
Fremtidens hjemmetjeneste	13
Helsehus	15
Helse- og velferdssenter	15
Heldøgns omsorg i omsorgsbolig	16
Hva kjennetegner behov for heldøgns omsorgstjenester?	16
Framtidig behov for heldøgns omsorgstjenester	18
Spesialisering av helse- og omsorgstjenester	19
Tjenester til mennesker med demenssykdom	20
5. Satsingsområder frem mot 2026	21
Satsingsområde 1: Bruker- og pårørendeperspektivet	21
Satsingsområde 2: Tidlig innsats	22
Satsingsområde 3: Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet	23
Satsingsområde 4: Velferdsteknologi	26
Satsingsområde 5: Kvalitet og kompetanse	28
Satsingsområde 6: Et demensvennlig samfunn	34
6. Organisatoriske tilpasninger	35
Fremtidens tjenester til hjemmeboende eldre	35
Fordelingen mellom korttids- og langtidsplasser	36
Tilbud om ulike korttidsopphold	37
Økonomiske konsekvenser i planperioden	39
7. Handlingsdel	43
Full sykehjemsdekning	43
Saksprotokoll	48

1. Innledning

Bruker- og pårørendeperspektivet trer stadig tydeligere fram i offentlige dokumenter. Dette er to forskjellige perspektiv som begge er viktige for å kunne utvikle tilbud som samsvarer med opplevd behov.

Arbeidet med revidering av Eldreplanen forutsetter bred medvirkning fra berørte aktører som benytter Eldreplanen som grunnlag for beslutninger, innhold og utførelse av tjenester. Dette gjelder politisk nivå, ansatte i de ulike deler av tjenesteapparatet, administrasjon, brukerorganisasjoner og interesseorganisasjoner for eldreomsorgen i Trondheim kommune.

For å ivareta dette har rådmannen gjennomført to workshops med brukerorganisasjoner og ansatte. I tillegg har eldreplanen stått som tema på et frokostmøte i regi av Aldersvennlig by, i råd, utvalg og informasjonsmøter.

Hovedformålet med revidering av vedtatt Eldreplan 2011-2020 er å sikre at mål og vedtatte strategier er i tråd med Kommuneplanens samfunnsdel, avtaler med St. Olavs Hospital, politiske vedtak og statlige føringer.

Revidert Eldreplan er en temaplan for tjenester til eldre personer i perioden 2016 -2026.

Planen skal tilrettelegge for:

- At Trondheim by skal være en god by å bli gammel i.
- At tjenester bidrar til en verdig, trygg og meningsfull tilværelse for alle.
- At helse- og omsorgstjenester er av høy faglig kvalitet.
- At eldre mestrer arbeidslivet og livet generelt.

Planen beskriver status og forslag til nye satsningsområder frem mot 2026.

Statlige styringsdokumenter

Trondheim kommunes helse- og omsorgstjenester ytes i dag med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) med forskrifter. De mest sentrale forskrifter er hjemlet i loven er Kvalitetsforskriften^[1], Verdighetsgarantien^[2] og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator^[3].

Samhandlingsreformen (St.meld.47 (2008-2009)) har fortsatt stor betydning for kommunene og gir kommunene et utvidet ansvar. For å imøtekomme utfordringene skal kommunene sørge for en helhetlig tenkning der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk og behandling vektlegges.

Kommunereformen (Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner) vil medføre ytterligere økning av ansvaret til kommunene. Det er ennå ikke

¹ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003-06-03)

² Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien (2010-11-12-1426)

³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011-12-16-1256)

klart hva dette ansvaret skal være, men rehabilitering står sentralt i debatten, både poliklinisk tilbud og døgnrehabilitering. Opptappingsplan for rehabilitering skal komme høsten 2016.

Andre sentrale nasjonale styringsdokumenter er Innovasjon i omsorg (NOU 11:2011), Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 og Demensplan 2020.

Kommunale styringsdokumenter

Kommuneplanens samfunnsdel (2009-2020) presenterer hovedmål og delmål med tilhørende strategier for måloppnåelse. Løsningene bygger på seks felles strategiske hovedgrep:

Mestring – Samhandling, Samarbeid og samordning - Medvirkning
Kommunikasjon - Ressursstyring – Kompetanseutvikling

Planens overordnede mål: Trondheim er en god by å bli gammel i

Et av delmålene i Kommuneplanens samfunnsdel er: Trondheim er en god by å bli gammel i og kommunen vil

- gi alle eldre over 80 år råd og veiledning som fremmer helse og egen mestring
- gi et godt helse- og omsorgstilbud til eldre som har behov for tjenester
- samarbeide med de eldre selv, frivillige, næringslivet, studenter, pårørende og andre for å øke tilgang til aktiviteter og kulturtilbud

Det er flere temaplaner innenfor tjenesteområder for eldre; Plan for helhetlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne, Plan for fysioterapitjenester, Plan for legetjenester, Trondheim kommunes boligprogram, Areal og funksjonsprogrammet for helse- og velferds-senter og Kommuneplan for kunst og kultur kpt.15.

Bystyret vedtok i juni 2016 sak 16//1278 Behov for heldøgns omsorgstilbud og andre tjenester i eldreomsorgen,. Saken beskriver flere satsingsområder som er tatt inn i rulleringen av Eldreplan 2016-2016.

Høsten 2016 leverte rådmannen flere saker som alle omfatter kvalitet i tjenesten til eldre:

- Kvalitetsmelding for eldreomsorgen Sak 16/26492 Dette er ment å bli en årlig melding.
- Kvalitet i hjemmetjenesten sak 16/ 14762 har viktige føringer som vil påvirke drift av den framtidige hjemmetjenesten.
- Økt pasientnær behandling, sak 16/21450 ble vedtatt i formannskapet i sept 2016 som omfatter både ressurs -kompetanse og systemperspektivet

I 2020 skal Trondheim kommune slås sammen med Klæbu kommune. Innen den tid må det tas stilling til hvordan tjenestetilbudet i Klæbu skal innarbeides i framtidige planer.

2. Status og måloppnåelse i foregående plan

Det overordnede målet i foregående periode har vært full sykehjemsdekning. Det har vært en positiv utvikling der de fleste delmål er nådd, men det betyr ikke at målet er nådd en gang for alle. Definisjon på full sykehjemsdekning ble vedtatt i Eldreplan 2007 og gjentatt av bystyret i desember 2010.

- Alle som trenger heldøgns omsorg, enten som sykehjems plass eller som bolig i et helse- og velferdssenter, skal få det innen 6 uker.
- Alle som trenger utredning, behandling og rehabilitering i helsehus, skal få det innen 2 uker.
- Avtalen med sykehuset om utskrivningsklare pasienter skal være innfridd.
- Alle pasienter med vedtak om langtids plass skal få tilbud om enerom i et helse- og velferdssenter.
- Pasienter på korttidsopphold skal få en avklaring innen 3 uker; enten komme hjem med muligheter for et forsterket tilbud, komme videre på et rehabiliteringsopphold eller flyttes over på en langtidsavdeling.

I 2015 innfridde vi målet om at hjemmeboende som trenger heldøgns omsorg, enten som sykehjems plass eller som bolig i helse og velferdssenter, skal få det innen 6 uker, men noen eldre må vente en tid i korttids plass i påvente av langtids plass. Alle med behov for langtids plass får enerom i helse- og velferdssentrene. Det er fortsatt noen utfordringer knyttet til de to punktene som gjelder korttidsopphold.

Full sykehjemsdekning forutsetter en hjemmetjeneste som er sterk nok til å møte fremtidens utfordringer, og med fokus på forebygging og tidlig innsats.

Full sykehjemsdekning står fast som et overordnet mål i helse- og omsorgssektoren i Trondheim kommune. Dette handler både om antall sykehjems plasser og boliger med heldøgns omsorgstjenester i helse- og velferdssenter og hvordan vi organiserer og styrker tjenestene utenfor sentrene for å påvirke befolkningens behov for sykehjems plass.



Det er viktig å være oppmerksom på at full sykehjemsdekning forutsetter at vi de neste ti årene lykkes med de strategier som gjelder tidlig innsats og at Trondheim kommune har en robust hjemmetjeneste som sikrer at alle kan bo i eget hjem så lenge som mulig.

3. Fremtidens eldreomsorg

Vi er inne i en tid med raske endringer. Utviklingen tyder på en bevegelse mot en ny kommunerolle som fra flere hold omtales som Kommune 3.0. Kommune 3.0 gjennomføres av et positivt menneskesyn. Alle har ressurser som de kan bidra med i lokalsamfunnet, både til eget og fellesskapets beste. Kommunens ansatte bidrar til å finne disse ressursene, bringe mennesker sammen slik at de kan støtte og hjelpe hverandre. Flere aktører i lokalsamfunnet går sammen om å utvikle nye løsninger og kommunens rolle som tilrettelegger blir viktig. Velferdsteknologi bidrar til økt mestring i egen hverdag. Lokalsamfunnet mobiliseres på nye måter. Frivillige lag og organisasjoner får økt betydning og nye former for frivillighet utvikles.

De fleste av oss ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og være sjef i eget liv, helst livet ut. Samtidig ønsker vi trygghet for at helsetjenestene og sykehjemsplassen er der når vi trenger den. For at Trondheim skal være en god by å bli gammel i, må vi derfor ha fleksible hjemmetjenester og tjenester brukeren kan oppsøke. Forebygging, tidlig innsats og hverdagsrehabilitering blir viktig for å fremme helse, mestringsevne og selvstendighet. Dette krever et godt samarbeid mellom bruker, hjemmetjenester, fastlege, fysioterapeut og ergoterapeut. Tjenestene må legges til rette for at brukere og pårørende kan bidra på en hensiktsmessig måte med de ressurser de har. Tjenesteyterne må utvikle en kultur for likeverdig samarbeid med bruker og pårørende.

Fokus på brukernes ressurser er særlig viktig i starten når et tjenestebehov oppstår. Mulighetene skal kartlegges og følges opp med en kortvarig, målrettet opplæring og trening på de områder som er viktige for brukeren.

Nye arbeidsformer må utvikles og innarbeides. Det er krevende, men nødvendig både av hensyn til en bærekraftig samfunnsutvikling og fordi forskning viser at brukerne blir mer fornøyde når de får støtte til å gjøre ting selv. Senter for omsorgsforskning Vest i samarbeid med CHARM¹ har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluert hverdagsrehabilitering i 47 kommuner. Evalueringen viser at slik rehabilitering har bedre effekt enn vanlige hjemmetjenester på flere områder. Brukere er mer fornøyde med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet enn brukere som ikke har fått denne rehabiliteringen. Behov for hjelp reduseres både på kort og lang sikt.

Ny teknologi vil kunne forenkle kommunikasjon og samarbeid, for eksempel når det gjelder å gi beskjeder, avbestille timer, gi informasjon, føre tilsyn og justere oppfølging ved endring av behov. I en fremtidig fleksibel avlastningstjeneste kan f.eks. kommunen sette rammene, mens pårørende booker tid via selvbetjeningsportalen Min side. Larvik kommune har laget en tjenesteshop som er under utprøving på dette området.

Mangfoldsrådet peker på ulike problemstillinger knyttet til innvandring og integrering. Her må vi finne en del felles normer og kjøreregler sammen med innvandrergruppene og de ulike religiøse menighetene for å tilpasse gode tjenester.

I dag fokuseres det mye på utfordringene med innvandring. I fremtiden kan det vise seg at innvandrerne blir en del av løsningen på mangelen på arbeidskraft.

Per september 2016 er det få eldre brukere av kommunens helse- og omsorgstjenester med innvandrerbakgrunn, men antallet vil øke i planperioden. Innvandrere i Trondheim kommer fra mange ulike land og er her av ulike grunner. Mange kommer til Norge og Trondheim i godt voksen alder. Språk, kulturelle og sosiale forhold i et nytt land, kan være utfordrende for enkelte. De fleste eldre innvandrere har i utgangspunktet rett til kommunale helse- og omsorgstjenester, men manglende norskkunnskaper og kjennskap til rettigheter og plikter kan være en utfordring. Generell kunnskap om innvandrere og “eksilutfordringer” er viktige i planlegging av tjenester. I den grad eksisterende rammer og handlingsrom tillater det, bør det legges til rette for å ivareta individuelle behov på linje med andre innbyggere.

Det blir flere med behov for tjenester og færre til å yte tjenestene.

Utfordringer frem mot 2026

Kombinasjonen god samfunnsøkonomi og medisinske nyvinninger har skapt store forventninger i befolkningen. I kommende planperiode vil begrensninger på ressurser bli mer synlige. En stor del av arbeidsstyrken går av med pensjon uten at tilveksten i yngre generasjoner øker tilsvarende. Det blir flere med behov for tjenester og færre til å yte tjenestene. Satsing på forebygging og mestring presser seg fram som en nødvendighet.

Oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten er særlig knyttet til folkehelse, medisinsk utredning, behandling og rehabilitering. Det er for tidlig å si hvilket omfang det vil bli snakk om.

Til sammen setter dette helse- og omsorgstjenestene under stort press i årene som kommer. Årene fram mot 2026 må brukes for å tilpasse tjenesteapparatet til nye krav og økningen av antall eldre som kommer i slutten av perioden. Skal kommunen unngå redusert tilgang på tjenester og kvalitetsforringelse, må tiltakene være treffsikre og bidra til flere friske leveår, økt mestringsevne og forbygging av sosial isolasjon. Hovedstrategien blir tidlig innsats.

Flere funksjonsfriske leveår: Bedre funksjonsnivå gir mindre behov for hjelp. Funksjonsnivået påvirker dermed sannsynligheten for at det skal oppstå behov for sykehjems plass.

Sosial deltagelse: Aleneboende har om lag 50 prosent større behov for bistand fra kommunen og over 60 prosent høyere sannsynlighet for sykehjems plass enn de som bor sammen med noen, gitt at alle andre forhold er lik. Vi kan ikke påvirke antall aleneboende, men vi kan påvirke sosial isolasjon og aleneboendes evne til å opprettholde sosial aktivitet og deltakelse gjennom samarbeid på tvers av sektorer, særlig mellom helse, kultur og byutvikling.

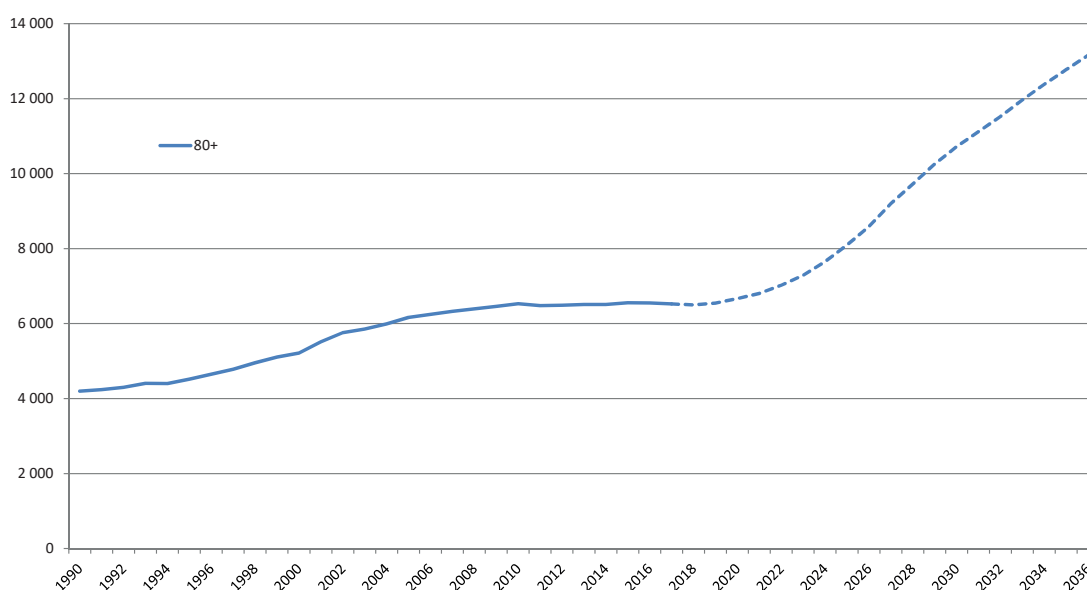
Personellet må håndtere en større grad av medisinsk kompleksitet og behovene blir mer sammensatt. Det øker behovet for tverrfaglighet og spesialisering av tjenestene. Samarbeidet mellom leger og øvrige helsetjenester blir viktigere.

Årene fram mot 2026 må brukes for å tilpasse tjenesteapparatet til nye utfordringer.

Demografisk utvikling

Vi er nå inne i en periode frem mot 2026 med en moderat vekst i de eldste eldre. Den store veksten i antall eldre kommer i årene 2025-2035, da vil veksten i aldersgruppen 80+ øke med 5 prosent hvert år, og antall over 80 år vil være doblet innen 2035. Hoveddelen av veksten er knyttet til store fødselskull etter 2. verdenskrig, men også at folk lever lenger. Forventet levealder til en 80-åring vil kunne øke med 1,5 år de neste 20 årene.

Figur 1: Faktisk og fremskrevet befolkningsutvikling i aldersgruppen 80+ frem mot 2035



Kilde: Trondheim kommune. Befolkning per 1/1-2016 med fremskrivning TR2015M

Ca. 50 prosent av befolkningen over 80 år har en eller annen form for bistandsbehov fra kommunen. De som vil være tjenestemottakere med størst behov etter 2025 er de som i dag begynner å motta tjenester fra kommunen. Vi har perioden frem mot 2025 for å forebygge og redusere behovene som vil oppstå i perioden 2025-2035. I hvilken grad vi lykkes med strategien og satsingsområdene, vil være avgjørende for fremtidig behov for heldøgns omsorg i sykehjem eller omsorgsboliger og de samlede offentlige kostnadene.

Et annet viktig demografisk forhold er at en stor andel av arbeidskraften går av med pensjon uten at tilveksten av personer i yrkesaktiv alder øker tilsvarende. I Trondheim kommune er det i dag 5,4 personer i yrkesaktiv alder per person over 67 år, i 2035 vil denne andelen være redusert til 3,8. Tilgang på arbeidskraft kan derfor bli en like stor utfordring som bevilgninger til eldreomsorgen.

I hvilken grad vi lykkes med strategien og satsingsområdene, vil være avgjørende for fremtidig behov for heldøgns omsorg i sykehjem eller omsorgsboliger og de samlede offentlige kostnadene.

Familie og venner

Familien er en vesentlig kilde til emosjonell og praktisk bistand i alderdommen og bidrar med omtrent like mye tjenester som det offentlige gjør[9]. Det er derfor viktig å støtte opp under denne innsatsen og gi tilbud om avlastning når det trengs.

Familiemønster endres over tid og venner har fått økende betydning etter hvert som familierelasjoner har blitt mer flyktige. De fleste eldre har venner og de som bor alene har mer kontakt med venner enn de som er gift/samboere. Ensomhet er ikke noe generelt fenomen blant eldre, men et alvorlig problem for de det gjelder.

Familie og venner kjenner den omsorgstrengende og har erfaring med hvilke løsninger som fungerer best. Involvering av pårørende kan gi økt opplevelse av mestring, tilfredshet og aktivitet, og redusere fare for ytterligere funksjonstap og sykdomsutvikling, forutsatt at relasjonene er gode.

Lokalsamfunnet

Kultursektoren er en viktig aktør ved etablering av sosiale møteplasser og inkludering av eldre i lokalsamfunnet. Det er særlig viktig å forebygge sosial isolasjon hos de som ikke har familie eller nettverk. Kultur og aktivitet i lokalmiljøet blir da et viktig virkemiddel. De som jobber med byutvikling er en viktige aktør for folkehelse gjennom utforming av bomiljø og lokalsamfunn.

Gjennom aktiv byutvikling og tilrettelegging for alternative boformer for eldre vil kommunen legge til rette for sosial inkludering og økt kontakt på tvers av generasjonene.



Boliger for eldre

Funn i forskningsrapporter viser at de fleste ønsker å bo i egen bolig, helst livet ut¹.

«Eldre ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig. Det kan bety at en må vurdere tilpasning i egen bolig eller evt. flytte til en ny og mer eldreegnet bolig. Dersom en skal flytte ønsker en helst en ny bolig i vante omgivelser. Yngre eldre er mer motiverte for å flytte til en ny bolig.»²

Flere eldre kjøper seg lettstelte leiligheter med tanke på alderdommen. På eiendomsmarkedet kommer det flere tilbud om leiligheter der boligeierne tilbys tjenester som de kan bruke eller kjøpe. Eldre kan, som mennesker i andre faser av livet, skaffe seg en egnet bolig som ivaretar families behov og kjøpe tjenester som letter hverdagen.

Fremtidens hjemmetjeneste

Begrepet hjemmetjeneste omfatter her alle tjenester til eldre som bor hjemme; hjemmesykepleie, praktisk bistand, fastleger, helsevakt (legevakt og trygghetspatrulje), fysioterapi, ergoterapi, dagrehabilitering, innsatsteam (rehabiliteringsteam), aktivitetstilbud og kulturtilbud. Oppgavene er forebyggende og helsefremmende arbeid, utredning, medisinsk behandling og rehabilitering, avlastning, praktisk bistand og pleie. Velferdsteknologi vil bli en integrert del av tjenestene.

De største utfordringene på dette området er knyttet til

- tidlig innsats og mestring i tidlig fase
- kartlegging, utredning og behandlinginnsats,
- mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset og
- medisinsk behandling og pleie i siste fase før evt. flytting til sykehjem.
- korttidsopphold/avlastning

Sykehusoppholdene blir stadig kortere og flere behandles ved dagkirurgi. En stadig større del av behandlingen startes og videreføres i kommunen. Brukerne av hjemmetjenestene har ofte flere sykdommer og sammensatt tjenestebehov. Medarbeiderne må både håndtere et komplekst sykdomsbilde og bidra til at personen får muligheten til å fungere i hverdagen.

En stor del av de mest hjelpetrengende eldre kan ha kroniske sykdommer som kan ha debutert før pensjonsalderen. Tilbudet de får tidlig i forløpet vil få konsekvenser for helsetilstanden og hjelpebehovet når de blir eldre. Det er derfor viktig at alle inkluderes i strategier som tidlig innsats, forebygging og rehabilitering.

¹ NIBR rapport 2005:17 Brevik og Schmidt 2005, *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av fremtidige eldres boligpreferanser*, og NIBR-rapport 2013:19 Schmidt m. fl. *Bolig+ Nye boligløsninger for eldre og folk flest.*
² *Bolig+ Nye boligløsninger for eldre og folk flest. NIBR-rapport 2013:19 Schmidt m.fl.*

Å ha fokus på forebygging og helsefremmende tiltak samtidig som vi skal ivareta de sykeste, forutsetter systematisk kartlegging og individuell oppfølging av den enkelte bruker. God ressursutnyttelse krever at det blir satt inn riktig tjeneste til rett tid. Velferdsteknologi blir viktig for samhandling og blir en integrert del av tjenestene.

Helhetlig pasientforløp i eget hjem (HPH) har vært et viktig satsingsområde i kvalitetsutviklingen siden 2009. Informasjonsutvekslingen mellom sykehus, fastlege og kommunehelsetjenesten er avgjørende for å kvalitetssikre individuell oppfølging. HPH er et verktøy som støtter opp om dette i hverdagen. Kontinuitet er viktig både for den som mottar tjenester og for tjenesteyter. Enkelte brukere er mer sårbare for personkontinuitet enn andre, for eksempel sårbare personer med demenssykdom. Det er viktig at helsepersonell kartlegger hvem det gjelder og følger opp dette.

Utfordringen med tidlig innsats er å komme fra ord til handling. Det krever omstilling, kompetanseutvikling og det oppleves vanskelig å frigjøre ressurser til tidlig innsats gjennom omdisponering av ressurser. Kommunens investering i tidlig innsats må styrkes de kommende årene for å kunne dempe det fremtidige ressursbehovet. Kvaliteten på det som utføres er god, men kommunen tar bare ut en liten del av potensialet.

Hverdagsmestring og helhetlige pasientforløp har siden 2012 vært to satsingsområder som nå implementeres sammen. Hverdagsrehabilitering innebærer at hjemmetjenesten, ergoterapeut og fysioterapeut utarbeider et treningsprogram sammen med bruker. Programmet gjennomføres i løpet av 6 uker. Målgruppen er avgrenset, og bør utvides etter hvert som modellen innarbeides.

En annen viktig strategi for å reduserer behovet for heldøgns omsorg er å øke hjemmetjenestenes kapasitet til tettere oppfølging når behov for heldøgns omsorg nærmer seg. Dette kan være en aktuell løsning for 600-700 av ca. 3300 brukere som begynner å bli avhengig av hjelp fra en annen person til å utføre mange av de daglige gjøremålene.



Helsehus

Helsehusene dekker ulike behov som medisinsk observasjon og behandling, palliativt tilbud, akutt opphold, rehabilitering og avlastningsopphold. Brukernes utbytte av et opphold i helsehus avhenger i stor grad av bemanningens kompetanse og evne til målrettet samarbeid. Tverrfaglighet er en forutsetning.

Det er utarbeidet en ny budsjettfordelingsmodell som skal sikre alle helsehusavdelingene nødvendig bemanning for å ivareta oppgavene. Oppgraderingen vil skje over fire år.

Helsehusene er et tilbud til hjemmeboende personer med behov for opphold på institusjon for en kortere periode, enten i forlengelsen av sykehusopphold, eller direkte hjemmefra. Som en følge av samhandlingsreformen forventes det at helsehusene ivaretar mer komplekse medisinske tilstander enn tidligere. Det forutsetter tverrfaglig kompetanse, spesialisering og samordning av tjenester.

Brukere og pårørende stiller strengere krav både til tilbud og fasiliteter enn tidligere. Det er ikke lenger akseptabelt å ligge på tosenksom, selv for et korttidsopphold. En omgjøring av tosenksom til enerom betyr at det må etableres nye plasser.

Helsehusene har utfordringer som krever organisatoriske endringer. Det gjelder økonomistyring, dimensjonering, differensiering og antall korttidsplasser i forhold til langtidsplasser. Endringene som kreves, byr på store utfordringer både logistisk og økonomisk og det vil ta tid før alt er på plass.

Rendyrking av helsehusene for korttidsplasser, spesialisering og tydeligere oppgavefordeling vil fremme fagutvikling og effektivisere driften.

Flytting av plasser i kombinasjon med nybygg og rehabilitering av gamle bygg vil imidlertid være en krevende prosess som det må brukes tid på. For å sikre en effektiv tjeneste er det behov for bedre styringsdata om behov og pasientflyt enn det vi har i dag.

Kommunale akutte døgnplasser (KAD) er en lovpålagt oppgave fra og med 2016. Trondheim kommune samarbeider med fire andre kommuner i Trondheimsområdet for å ivareta denne oppgaven.

Helse- og velferdssenter

Helse- og velferdssenter består av langtidsplasser i sykehjem og i omsorgsboliger med mulighet for tjenester gjennom døgnet. Etter hvert som flere får muligheter til å bo hjemme lenger, vil langtidsplassene bli disponert av de mest hjelpetrengende brukerne av helse- og omsorgstjenestene. En økende andel beboere av sykehjemsplassene vil være eldre med demenssykdom. Personer som har stort hjelpebehov, men som er kognitivt friske, vil fortrinnsvis tilbys plass i omsorgsboliger med muligheter for heldøgns omsorgstilbud.

Heldøgns omsorg i omsorgsbolig

Begrepet omsorgsbolig er en fellesbetegnelse på boliger som er tilrettelagt for mennesker med særskilt hjelpe- og/eller tjenestebehov og hvor kommunen har mottatt investeringstilskudd fra Husbanken.

Tilbudet kan sidestilles med helse- og omsorgstjenestene som ytes ved en sykehjemsplass, og tjenestene ytes av ansatte i helse- og velferdssenteret. Ved senteret er det en bydelskafé der en i tillegg til “kafélivet” kan få servert sin middag gjennom tilbudet om middagsombringing. Senteret har ulike aktivitetstilbud og andre helsetjenester som kan tildeles etter behov.

I Trondheim kommune er det 372 omsorgsboliger tilknyttet et helse- og velferdssenter som er tilrettelagt for beboere med vedtak om tjenester gjennom hele døgnet.

Pr mars 2016 hadde 235 vedtak på heldøgns omsorg i omsorgsbolig i et helse- og velferdssenter. Potensialet for å øke andelen vedtak på omsorgstjenester gjennom døgnet er avhengig av budsjettmidler for en slik økning.

I forbindelse med den politiske behandlingen av areal- og funksjonprogram for nye helse- og velferdssenter er det vedtatt som et utgangspunkt å bygge inntil 50 nye omsorgsboliger i tilknytting til sentrene. Det er derfor nødvendig å se på omfang og organisering av døgntjenesten ved de nye helse- og velferdssentrene.

Hva kjennetegner behov for heldøgns omsorgstjenester?

Utviklingen tyder på at flere vil velge bolig med muligheten for tjenester gjennom hele døgnet som alternativ til dagens sykehjem. De som i dag kjøper seg privat omsorgsbolig gjør det på grunn av muligheten for å få heldøgns omsorgstjenester når de har behov for det.

Likefullt vil sykehjem også i fremtiden være en sentral del av tilbudet til de skrøpeligste eldre.

Behov for sykehjem oppstår ofte som følge av kognitiv svikt. Kommunens egne tall tyder på at andelen beboere på sykehjem diagnostisert med demens har økt svakt de siste 10 årene.

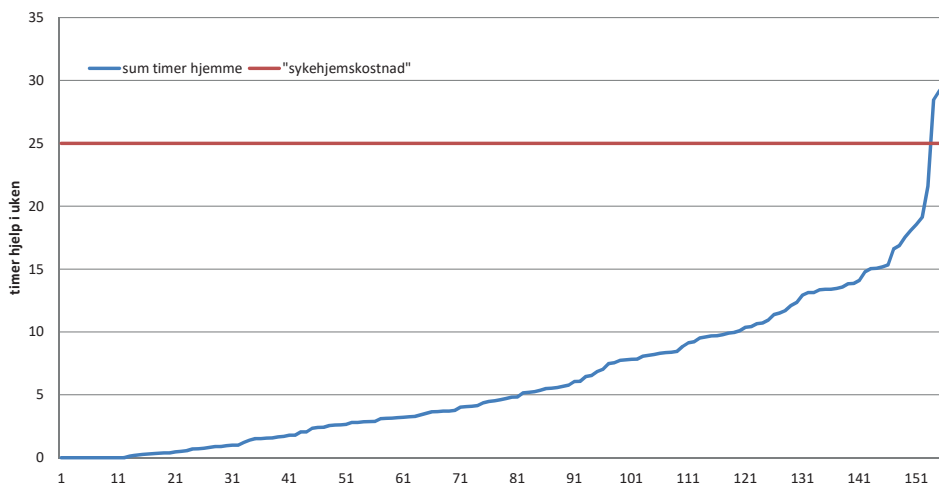
Hvert år flytter ca. 450 personer til et langtids sykehjemsopphold ved helse- og velferdssentrene Trondheim. Omlag halvparten er i aldersgruppa 80-89 år, og ca. 30 prosent er i aldersgruppa 90+. Det som kjennetegner den nye sykehjemspasienten er et komplekst sykdomsbilde. Over 80 prosent av de som får sykehjemsplass har to eller flere diagnoser (comorbiditet).

Om lag hver fjerde som flytter til sykehjem er diagnostisert med demens, mens om lag 10 prosent har hatt hjerneslag. 70 prosent av de som får en sykehjemsplass er aleneboende. De

som bor sammen med noen, flytter inn på helse- og velferdssenter senere i sykdomsforløpet enn de som bor alene. Både fysisk og kognitiv funksjonsevne er betydelig dårligere hos de som bor sammen med noen før de flytter enn de som bor alene. Samboere (ektefeller) hjelper hverandre ved fallende funksjonsevne slik at den eldre kan bo hjemme lengre.

Det er mulig å øke mengden hjemmetjenester på dette stadiet som et viktig alternativ til heldøgns omsorg i sykehjem eller omsorgsboliger. Omregnet i hjemmetjenestetimer koster en sykehjems plass omlag 25 timer i uken. Figuren under viser de omlag 160 personene som flyttet inn på sykehjem i 2015 og som kun mottok ordinære hjemmetjenester³ måneden før de flyttet inn på sykehjem. Som vi ser var det svært få som fikk et omfang i tjenester opp mot det en sykehjems plass kostet. Kun 2 prosent fikk mer enn 25 timer hjelp i uken.

Figur 2. Timer i hjemmetjenesten måneden før sykehjemsinnleggelse sammenlignet med sykehjemskostnader.



Kilde Trondheim kommune 2015

For å møte utfordringene i planperioden er kommunen avhengig av et sterkt samarbeide mellom disse områdene:

- Familien, eget nettverk og lokalsamfunn
- Fremtidens hjemmetjeneste
- Helsehus
- Helse - og velferdssentre

I først del av eldreplanens planperioden vil det årlige behovet variere mellom 25-30 plasser, mens det i siste del av perioden vil variere mellom 80-100 nye plasser med heldøgns bemaning. Antallet avhenger i stor grad av bruken av korttidsplasser, liggetid og nivået på det øvrige tjenesteapparatet.

³ Det er medregnet all hjelp til hjemmeboende som utmåles i timer, inkludert hjemmesykepleie, praktisk bistand, ergoterapitjenester, fysioterapitjenester og støttekontakt.

Brukerundersøkelser viser at flere ønsker alternativ til sykehjemsplass når behovet for heldøgns omsorg melder seg. Mange kjøper seg privat omsorgsbolig i helse- og velferdssenter og forventer å få heldøgns omsorg i sin bolig når de trenger det. Veksten i heldøgns omsorgsplasser i planperioden vil derfor komme som sykehjemsplasser og i boliger med heldøgns omsorg i helse- og velferdssenter.

Det er i prinsippet to måter å bedre tilgangen til sykehjemsplasser på; vi kan bygge flere sykehjemsplasser/omsorgsboliger med heldøgns bemanning eller redusere tjenestebehovet gjennom bedre helsetilstand og mestringssevne.

Det første alternativet er dyrt. Uten betydelige rammeøkninger for helse- og omsorgstjenestene som helhet, vil utbyggingsalternativet kreve omdisponering av ressurser fra tjenester i hjemmet til sykehjemmene. Hvis tilbudet om hjemmetjenester reduseres vil etterspørselen etter sykehjem øke og vi kommer inn i en ond sirkel hvor kvaliteten reduseres på alle nivå for å gi rom for ytterligere utbygging.

Dersom strategien blir å redusere behovet for heldøgns omsorg vil liggetiden i institusjon gå ned fordi flere eldre kan velge å bo hjemme lenger. Dette alternativet må inkludere styrking av forebyggende tiltak, medisinsk oppfølging og rehabilitering.

I gjennomsnitt tildeles det ca 450 langtidsplasser per år. Hvis vi klarer å legge forholdene til rette slik at de som får sykehjemsplass i snitt kan bo hjemme 3 måneder lengre enn i dag, så vil behovene for sykehjemsplasser reduseres med nesten 10 prosent. Hvis alternativet er å bygge nye sykehjemsplasser, så tilsvarer dette en årlig kostnad på om lag 100 millioner kroner.

Ved inngangen til 2016 har Trondheim kommune ca. 100 færre heldøgns plasser enn det som ble lagt til grunn i den gamle Eldreplanen. Dekningsgrader er redusert for de fleste aldersgrupper. Kommunen har under stramme forutsetninger prioritert helse- og hjemmetjenester og tidlig innsats. I 2015 oppfylte Trondheim kommune likevel målet om at alle hjemmeboende som trenger heldøgns omsorg i form av sykehjemsplass eller som bolig i et helse- og velferdssenter, skal få det innen 6 uker. Dette viser at det er mulig å redusere dekningsgraden og samtidig beholde full sykehjemsdekning hvis vi prioriterer riktig. Selv med redusert dekningsgrad er ikke pasientene på sykehjem skrøpeligere i dag enn de var i 2005.

En utbygging i takt med dagens dekningsgrader tilsier 1 260 flere plasser med heldøgns bemanning frem mot 2035. Det er en vekst på ca. 75 prosent fra dagens nivå. Klarer vi å gi de eldre flere funksjonsfriske år så vil behovet kunne reduseres til om lag 1 000 plasser.

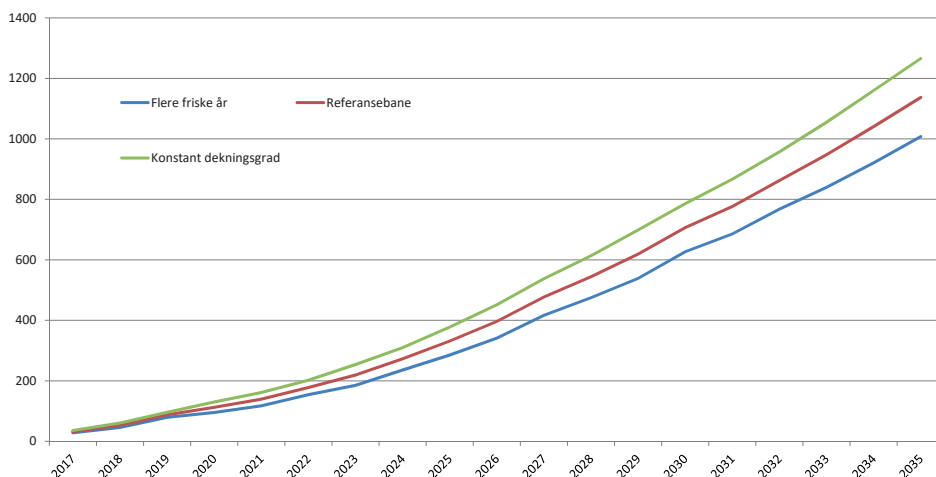
Framtidig behov for heldøgns omsorgstjenester

Antagelser vi gjør om Eldres helsetilstand vil påvirke prognosene for nye plasser med heldøgns omsorg de neste 20-30 årene. I alternativet konstant dekningsgrad antar vi at en 90-åring i fremtiden har det samme hjelpebehovet som en 90-åring i dag. I alternativet flere friske år så antar vi at økt levealder slår ut i tilsvarende flere friske år.

Referansebanen tilsier at flere leveår delvis medfører flere friske leveår og noe økt behov.

Referansebanen er den utviklingen rådmannen anser som mest sannsynlig gitt dagens organisering og prioritering av helse- og omsorgstjenester. Frem mot 2035 vil det være behov for ca. 1 140 flere plasser med heldøgns omsorg.

Figur 3. Fremskrevet vekst i aldersgruppen 80+ under tre ulike forutsetninger om Eldres helsetilstand.



Trondheim kommune har i dag 191 korttidsplasser. Av korttidsvedtakene utgjør medisinsk utredning ca. 60 prosent, rehabilitering ca. 25 prosent og avlastning ca. 15 prosent. Generelt er behovet for korttidsplasser størst tidlig i sykdomsforløpet, mens behovet for langtidsopphold senere i forløpet. Dette vil påvirke behovene for korttidsplasser og langtidsplasser de neste 20-30 årene. Ved bygging av nye helse- og velferdssenter bør det derfor planlegges for en fleksibel bruk. Figuren under viser fordelingen av korttidsplasser og langtidsplasser gitt referansebanen.

Tabell 1 Fremskrivning av korttidsplasser og langtidsplasser

	2017-2025	2025-2035	Totalt
Korttidsplasser	40	80	120
Langtidsplasser	290	730	1.020
Sum	330	810	1.140

Spesialisering av helse- og omsorgstjenester

Spesialisering kan være nyttig for å få effektiv drift av tjenester og for å bygge opp kompetanse. Spesialisering kan organiseres på flere måter, for eksempel etter diagnose, oppgaver, tjenester eller alder. I kommunen er det mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i tjenester, oppgavens art eller alder. Et eksempel kan være differensiering av plassene i helsehus med egne avdelinger for palliativ behandling eller akuttbehov, eller egne helsehus for medisinsk

observasjon og behandling, rehabilitering eller avlastning.

Differensiering av rehabiliteringstilbud etter alder kan bli nødvendig hvis kommunene tillegges større ansvar for det som i dag er spesialisthelsetjenestens sitt ansvar. Kommunal døgnrehabilitering har flest eldre brukerne, mens tilbudet som bygges ned i spesialisthelsetjenesten i stor grad er tilbud til yngre aldersgrupper.

I kjølevannet av samhandlingsreformen registreres det en stigende forventning fra brukerorganisasjoner og samarbeidspartnere om organisering av tjenester ut fra diagnoser i kommunen slik spesialisthelsetjenesten gjør. Rådmannen fraråder dette av flere grunner. Diagnosen er et dårlig utgangspunkt for vurdering av tjenestebehov i hverdagen når målet er mestring og en god alderdom. Det er store individuelle variasjoner innen samme diagnosegruppe, og en stor andel eldre har mange diagnoser. Fleksibiliteten blir redusert, og det blir vanskeligere å utnytte kapasiteten. Spesialisering av tjenester etter diagnose fordrer dessuten store brukergrupper med helt spesielle behov. Innen eldreomsorgen er dette derfor hensiktsmessig kun for personer med demenssykdommer.

Selv om rådmannen fraråder spesialisering av tjenester etter diagnose, er det viktig å erkjenne behov for å styrke diagnoserelatert kunnskap, særlig for de største diagnosegruppene. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsansvar overfor kommunen, og det er derfor viktig med gode systemer for kompetanseoverføring.

Tjenester til mennesker med demenssykdom

Eldreplanen skal ivareta alle diagnosegrupper, og alle satsingsområdene gjelder også for mennesker med demenssykdommer. Når vi likevel velger å nevne denne gruppen spesielt, er det fordi det er den største brukergruppen og en gruppe med behov for spesiell tilrettelegging knyttet til kognitiv funksjonsnedsettelse som for eksempel redusert hukommelse, svekket sykdomsinnsikt og orienteringsevne.

I Norge er det over 70 000 personer over 65 år med en demenssykdom. Over halvparten av dem bor hjemme[11] og sykdommen får derfor konsekvenser for mange mennesker. For en del mennesker debuterer sykdommen før fylte 65 år.

Trondheim kommune har et mangfoldig tilbud til mennesker med demens, men utfordringene er fortsatt store når det gjelder atferdsproblematikk, tidlig innsats og avlastning. Tilbudet til yngre personer med demenssykdom og deres familier må få økt oppmerksomhet i kommende planperiode. De yngste personene med demenssykdommer opplever det ofte som en ekstrabelastning å bli plassert på institusjoner eller aktivitetstilbud for eldre.

Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Trondheim kommune vil bygge sin plan på verdier om et samfunn for alle, universelle rettigheter og utforming, en parallell til prinsippene for aldersvennlige byer som også ligger til grunn for Eldreplanen.

5. Satsningsområder frem mot 2026

Vi vil nå gå nærmere inn på områder som bør få spesiell oppmerksomhet i årene som kommer:

1. Bruker- og pårørendeperspektivet
2. Tidlig innsats
3. Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet
4. Velferdsteknologi
5. Kvalitet og kompetanse
6. Et demensvennlig samfunn

I tillegg har vi et kapittel om organisatoriske tilpasninger som følger av strategier og satsingsområder.

Satsingsområde 1: Bruker- og pårørendeperspektivet

Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-10 pålegger kommunen å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter i utviklingen av tjenester. Dette er i dag ivare tatt på ulike måter gjennom formelle utvalg, brukerråd, deltakelse i prosjektgrupper og åpne dialogmøter eller workshops.

For å få gode resultater med begrensede ressurser må tiltak settes inn tidlig. Brukerne skal mestre egen hverdag og må derfor være ”skipper på egen skute” fra dag en i møte med tjenesteapparatet. Pårørende er brukernes nære støttespillere med kunnskap om gode løsninger.

Den nye generasjonen eldre vil forvente en aktiv alderdom og stor grad av selvbestemmelse i og innflytelse over utforming av eget tilbud.

Dette vil kreve fleksibilitet og god dialog med bruker og familie i planleggingen. Samtidig må det offentlige bli tydeligere på hva som kan forventes av offentlig sektor og hva du selv må ta ansvar for. Alle har et eget ansvar for egen alderdom, ivareta egen helse, skaffe seg egnet bolig, opprettholde nettverk og bidra til fellesskapet.

God kvalitet handler om tiltakenes treffsikkerhet i forhold til opplevd behov, ikke om tjenestenes omfang eller detaljfestede rettigheter. I workshopen for brukerrepresentantene ble avdøde Peter F. Hjort senior [1] sitert: God helse og alderdom handler om ”fysisk aktiv, sosialt nettverk, optimisme og kosthold.”

Tiltak som støtter opp under familieomsorgen må videreutvikles. Pårørendes behov og ressurser må etterspørres og forventninger og muligheter avklares. Dette krever systematikk og kultur for pårørendesamarbeid i tjenestene. I mange tilfeller kan det være hensiktsmessig å lage en avtale med familien der tiltak og ansvar blir beskrevet.

1 Norsk lege, professor og folkehelseopplyser.

Satsingsområde 2: Tidlig innsats

Tidlig innsats krever kunnskap om hva det kan og bør gjøres noe med, hva som eventuelt bør gjøres og riktig tidspunkt. Virksomheten skal være målrettet, og vi skal prioritere ut fra konsekvensen en utsettelse vil få for helse, livskvalitet og mestring. Personer med demenssykdom bør i større grad inkluderes i denne strategien. Tidlig innsats krever gode samarbeidsrutiner mellom fastlege og øvrige tjenester, og særlig gode henvisningsrutiner fra fastlege til helse- og velferdskontor. Tidlig innsats kan rettes både direkte mot personer som er i risiko for økt funksjonssvikt, og indirekte ved tiltak rettet mot familien eller nettverket rundt den enkelte.

I de to workshopene trakk mange deltakere fram at noe av innsatsen må gjøres før de eldre blir brukere av offentlige tjenester. Befolkningen må ha informasjon om hvordan de kan ivareta egen helse og hvilke muligheter som finnes der de bor. Det handler om tilrettelegging av nærmiljøet, samfunnet og informasjon om muligheter som finnes. Aktivitet for eldre må bli en naturlig del av det miljøet folk beveger seg i. Samarbeid med kultursektoren og andre aktører i lokalmiljøet blir viktig i dette perspektivet, og det er behov for noen som fasiliterer lokalt samarbeid og utvikling. Fysak-koordinatoren har en sentral rolle i lokalmiljøet i bydelene. Her kan det bygges videre på arbeidsformer som er tatt i bruk i Områdeløft Kolstad - Saupstad og Livsglede for hjemmeboende.

Tidlig innsats er en strategi med bred oppslutning i organisasjonen og samfunnet som helhet. Det er en forebyggende og helsefremmende strategi som egentlig bør gjennomsyre hele tjenesteforløpet, men det store potensialet til forbedringer er knyttet til den første fasen i brukerens møte med helsetjenestene. I dag tar vi ut bare en liten del av potensialet, og innsatsen bør derfor økes.

Hverdagsmestring er en vesentlig del av dette satsingsområdet og må implementeres sammen med helhetlig pasientforløp (HPH). Målgruppen er brukere som begynner å få utfordringer med å utføre daglige aktiviteter. Planlegging tar utgangspunkt i det som er viktigst for brukeren.

Dimensjoneringen av tidlig innsats og hverdagsrehabilitering bør stå i forhold til potensialet som ligger i disse arbeidsformene. Foreløpig er det bare kapasitet til å gi tilbudet til et lite utvalg brukere. Det vil bli igangsatt forsøk med hverdagsmestring for personer med demenssykdom i tidlig fase.

Brukerne må raskt få tilbud om fysisk tilrettelegging og installasjon av nødvendige tekniske hjelpemidler.



Satsingsområde 3: Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet

De fleste foretrekker å fortsette med de aktivitetene de alltid har gjort, men pensjonisttilværelse og helse påvirker prioriteringene. Den aktiviteten som øker mest i pensjonistalderen er for eksempel engasjement i foreninger og organisasjoner og frivillig arbeid.[13]

Sosial isolasjon og ensomhet

Risikoen for sosial isolasjon og ensomhet er størst hos enslige uten utdanning og med dårlig helse. Utfordringen er imidlertid å nå fram til de som har behov for og ønsker bistand. Behov varierer mye og helse- og omsorgssektoren er kanskje ikke den instansen med størst muligheter for å nå personer i risiko for sosial isolasjon. Kultursektoren, pensjonistforeninger og frivillig sektor er viktige samarbeidspartnere. Universell utforming gjør lokalsamfunnet mer tilgjengelig og øker selvstendigheten. Personer med svakt sosialt nettverk er ikke nødvendigvis mottakere av tilbud, de kan være ressurspersoner for andre hvis vi knytter dem til de riktige aktivitetene.

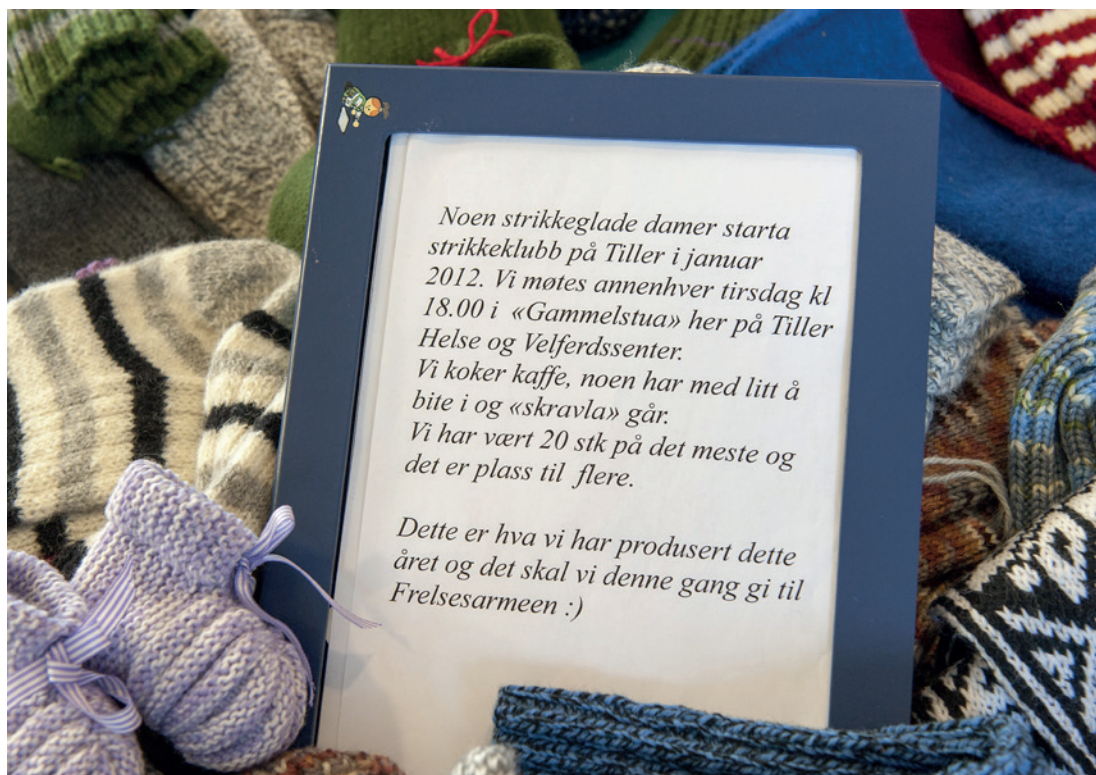
Samhandling med frivillige

Økt samhandling med frivillige lag og organisasjoner er forankret i kommuneplanens samfunnsdel 2009 – 2020. Det er oppløftende at nye grupper frivillige engasjerer seg, for eksempler studenter og skolelever som tar Innsats for andre som valgfag.

En handlingsplan for Trondheim en aldersvennlig by og Et demensvennlig samfunn står sentralt i dette satsingsområdet.

For at vi skal få til et strategisk samarbeid med frivillig sektor, må vi ta på alvor at "frivilligheten næres av lyst".

Kommunen rolle er å legge til rette for dialog og samhandling.



Tilrettelegging av kulturtilbud

Trondheim kommune har som mål å sikre et mangfoldig, stimulerende og utfordrende kulturtilbud for alle seniorer.

Kulturenheten har i en årrekke samarbeidet med helse- og omsorg om tilrettelegging av kulturtilbud for eldre som ikke selv kan oppsøke det ordinære tilbudet (Seniorkultur). Seniorkultur vil i årene fremover utvikle en kulturpolitikk som fremmer Eldres muligheter til å ta helsevennlige valg, leve aktive liv med rom for deltakelse og inkludering i sosiale arenaer og samfunnslivet generelt. Med sine aktiviteter vil de sikre at eldre i ulike livsfaser og med ulikt funksjonsnivå skal kunne delta på et mangfold av kulturaktiviteter og et bredt spekter av kulturelle uttrykk.

Kunst og kultur har en egenverdi og er grunnleggende for livskvalitet og utvikling.



Livsglede for eldre

Stiftelsen Livsglede for eldre (LFE) har i samarbeid med Trondheim kommune utviklet en sertifiseringsordning for sykehjem. Et livsgledesykehjem skal ha et system for å oppfylle ni ”livsgledekriterier” som ivaretar pasientens sosiale, kulturelle og åndelige behov. Metoden gjør det lettere for de ansatte å jobbe systematisk med å skape et meningsfullt innhold i hverdagen til beboerne.

Prosjektet Livsglede for hjemmeboende har som mål om å skape et tilbud til hjemmeboende eldre med svekket helse. Gjennom prosjektet ”Livsglede for hjemmeboende” har stiftelsen Livsglede for eldre (LFE) engasjert nye grupper av frivillige som politistudenter, bedrifter, konfirmanter og unge fotballspillere. Prosjektet livsglede for hjemmeboende vil redusere barrierene for å delta i eksisterende meningsfulle og sosiale aktiviteter og tilpasse tilbud til ønsker når det gjelder behov for transport, ledsager, ”turkompis” eller ha samtaler rundt et godt måltid. Utfordringen er å nå fram til den gruppen som har størst risiko for sosial isolasjon.

Aktivitetstilbud for seniorer

Dagens aktivitetstilbud for seniorer har til sammen 190 plasser for hjemmeboende eldre med sterk funksjonsnedsettelse. Siden 2012 er det etablert 30 nye plasser som er forbeholdt hjemmeboende demente. Alle aktivitetstilbudene er i dag lokalisert til et helse- og velferdssenter foruten et tilbud for yngre personer med demens, som er lagt til Lavollen i Bymarka.

Etterspørselen varierer, noe som kan skyldes at dagens tilbud ikke passer i forhold til behovet eller at vi ikke når godt nok fram til de som trenger det. Dette utfordrer driftsform, kompetansesammensetning og valg av lokalitet. Yngre personer med demens har eksempel-

vis signalisert at de ikke ønsker å motta tilbudet fordi det ligger ved en institusjon for eldre. Tilbudet må differensieres mer og alternative lokaler bør vurderes for noe av aktiviteten. I ulike dialogmøter og workshops pekes det på behov for nye aktivitets- og mestringstilbud for den eldre befolkningen, som for eksempel kurstilbud, foredrag, lavterskelrådgivning, turgrupper og klubber. Valg av arenaer er viktig og tilbudene bør finnes i nærrområder der de eldre bor.

Eldre som ressurs vektlegges. Eldre gis inspirasjon og mulighet til å bistå som ressurspersoner i ulike aktiviteter.



Satsingsområde 4: Velferdsteknologi

Program for velferdsteknologi

Velferdsteknologi får en sentral rolle i fremtidens helse og velferdstjenester. Trondheim kommune opprettet i 2014 et eget Program for velferdsteknologi "Trygghet og mestring"². Det overordnede målet er at velferdsteknologi skal være en naturlig del av tjenesteytingen innen 2020.

Velferdsteknologi deles inn i fire kategorier: Trygghetskapende teknologi, mestringsteknologi, helseteknologi og velværeteknologi. Velferdsteknologiprogrammet har ikke satsninger innenfor de to siste kategoriene. Trygghetskapende teknologier skal bidra til trygghet og mulighet til å bo lengre hjemme. I dette inngår løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og motvirke ensomhet. Mestringsteknologier skal gjøre det enklere å mestre egen helse. I dette inngår teknologiske løsninger til personer med kronisk sykdom, personer med behov for rehabilitering/opptrening og vedlikehold av mobilitet, løsninger for barn/unge med helsemessige utfordringer mv.

Hovedsatsingen er etablering av nye velferdsteknologitjenester og anskaffelse av ny digital infrastruktur for å kunne ta i bruk nye trygghetsalarmer og andre velferdsteknologier.

Tjenester som er under utvikling er avstandsoppfølging av kronisk syke, medisinteknologitjenester, digitale tilsyn og innføring av elektroniske dørlåser som vil bidra til mer effektive tjenester. I løpet av 2016 etableres og tilbys GPS-tjenester som første velferdsteknologitjeneste som er integrert i det ordinære tjenesteapparatet.



Helse- og velferdssektoren mangler en overordnet strategi for bruk av teknologi og IKT verktøy. Skal vi kunne utvikle og digitalisere tjenestene våre i tråd med framtidige forventninger og behov må det utarbeides et mål bilde og nye muligheter kartlegges og prioriteres.

Helseplattformen

Sommeren 2016 fikk Helseplattformen i oppdrag fra helseministeren å være et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet En innbygger – en journal, og å være et mulig startpunkt for en felles nasjonal journal-løsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I praksis betyr dette at fastlegene, helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider om anskaffelse av en felles pasientjournal-løsning.



Trondheim kommune har skrevet en forpliktende samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i Midt-Norge. I tillegg har samtlige av de øvrige 83 kommuner i helseregionen underskrevet en opsjon for å kunne tilslutte seg den fremtidige løsningen uten å måtte gå ut i en offentlig anskaffelse. En slik anskaffelse vil kreve en betydelig innsats i form av:

- Investeringsmidler og midler til implementering og drift.
- Mobilisering av betydelig ressurser for at vi på en adekvat måte kan fylle vår rolle og ivareta den kommunale dimensjonen og støtter opp under de satsningsområder som beskrives i eldreplanen.

I en satsning av en slik størrelsesorden er det viktig at vi som kommune er med på å sikre at vi får et journalsystem som dekker kommunens behov, at vi har god kostnadskontroll og at vi tar høyde for viktigheten av en adekvat innføring i organisasjonen.

Satsingsområde 5: Kvalitet og kompetanse

Ledelse

En tydelig og tilstedeværende ledelse (nærledelse) er vesentlig for å lykkes med de strategier som er ønsket. En sterk nærledelse innebærer gode lederteam, tydelig og definert ansvar på avdelingsnivå gjennom hele døgnet året rundt. Det forutsettes at ledelsen vektlegger nærhet til brukeren, medarbeidere og pårørende, at ansvar tydeliggjøres og at tilgjengelig kompetanse disponeres riktig³.

Kvalitet

I politisk sak om *Økt pasientnær behandling*, sak 16/21450 er det fattet følgende vedtak: Ved innføring av avdelingssykepleierstilling på sykehjem og i helsehus, skal denne primært ha nærhet til den enkelte pasient i fokus. Videre sier vedtaket følgende: *Økt nærhet til pasientene, medarbeidere og pårørende, tydeliggjøring av ansvar og riktig disponering av kompetanse vil bidra til økt kvalitet på pasienttilbudet.*

Sykefravær

Trondheim kommune har et høyt sykefravær og det påvirker kontinuitet i tjenestene og økonomistyring. I følge studier gjort på sykehjem i Norge hevdes at det at grunnbemanningen langt på vei er god nok hvis sykefraværet blir vesentlig lavere enn i dag. Rådmannen har lagt fram en egen sak om forebygging av sykefravær til politisk behandling (Sak 16/20087). Ledelse og ledelsesutvikling identifiseres som et kritisk punkt i sykefraværarbeidet. I tillegg vektlegger rådmannen i sitt forslag at det løpende arbeidet med tjenesteutvikling og arbeidsmiljø må sees i en større sammenheng

I sak 16/21450 om økt pasientnær behandling viser Formannskapet til rådmannens vurdering av det høye sykefraværet, og forutsetter at målrettet arbeid med å få ned sykefraværet blir en sentral oppgave for ny avdelingsledelse.

Kvalitet handler ikke om tilbudenes omfang, men om hvor godt tilbudene svarer til brukers behov. På den måten er kvalitet viktig for god ressursutnyttelse. Kompetanse er en forutsetning både for kvalitet og effektivitet.

Kvalitetsmeldingen

Helsedirektoratet har begynt arbeidet med å utvikle systemer for måling av kvalitet. Målet er å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Bystyret har bedt rådmannen innføre et kva-

³ *Uni Research, Rokkasenteret (Ludvigsen og Danielsen): Ny oppgavefordeling mellom personell i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? KS-rapport 2-2014*

litetsindikatorsystem for eldreomsorgen som bygger på dette arbeidet. Det skal gi grunnlag for en årlig kvalitetsmelding for eldreomsorgen.

Den første kvalitetsmeldingen kommer høsten 2016 og tar utgangspunkt i verdighetsgarantien⁴. Den vil inneholde både nasjonale og lokale indikatorer. Resultatet fra brukerundersøkelsene skal ha en sentral plass i meldingen. Forskriften gir en beskrivelse av eldreomsorgens verdigrunnlag, samtidig som den angir tiltak det skal legges til rette for i tjenestetilbudet:

Verdighetsgarantien

- *En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.*
- *Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.*
- *Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.*
- *Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.*
- *Lindrende behandling og en verdig død.*
- *Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.*
- *Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.*
- *Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.*

Opplevelse av verdighet

Verdighetsgarantien påker på en del objektive forhold som skal ligge til grunn for eldreomsorgen. Det som til syvende og sist avgjør om tjenesten er verdig, er den enkeltes subjektive opplevelsen av verdighet. Våre medarbeideres relasjonskompetanse og handlingsrom for å bruke faglig skjønn og individuell tilrettelegging er derfor av avgjørende betydning. Dette fordrer et tett samarbeid med bruker og pårørende (se satsingsområde 1).

Hverdagsmestring og en styrket hjemmetjeneste er ikke bare en kommunal strategi for å møte framtidens utfordringer, men en del av oppfølging av verdighetsgarantiens punkt 6.

Kvalitetssikring og internkontroll

Trondheim kommune skal sikre at tjenestene ytes i tråd med nasjonale og lokale standarder, og enhetene skal føre internkontroll med bruk av vedtatt standard. Avviksystemet skal kontrollere hvorvidt tjenestene følger vedtatt standard, men er også et viktig verktøy for forbedringsarbeid. Mange avvik er derfor ikke nødvendigvis en indikator på dårlig kvalitet. Det kan også være en indikator på god kvalitetssikring, alt etter hva avviket dreier seg om.

Standarder og internkontroll er den instrumentelle delen av kvalitetsarbeidet, men er i seg selv ingen garanti for kvalitet og verdighet i eldreomsorgen. Kvaliteten sikres like mye av den enkeltes faglige og relasjonelle kompetanse og bruk av faglig skjønn for å tilpasse tjenester til individuelle behov. Derfor er det viktig at standarder ikke blir for detaljerte og internkontrollen må ikke være så omfattende at den går på bekostning av pasientnærhet.

⁴ Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). FOR-2010-11-12-1426.

Kontinuitet og pasientnærhet

Trondheim kommune har relativt lav grunnbemanning i sine institusjoner. Bystyret har vedtatt å styrke grunnbemanningen, og en av strategiene for å frigjøre ressurser for å løse dette er å forebygge behovet for sykehjemsplasser ved å styrke tjenestene til hjemmeboende.

En viktig del av arbeidet vil være økt kontinuitet i hjemmetjenesten, både personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisasjonskontinuitet. I arbeidet med færrest mulig hjelpere skal de brukerne som trenger mest kontinuitet prioriteres. Denne prioriteringen skal bygge på en faglig vurdering og et samarbeid med bruker selv og pårørende.

Bystyret skal behandle sak 16/14762 Kvalitet i hjemmetjenesten som blant annet omhandler øket kontinuitet i hjemmetjenesten.

Det er sannsynliggjort at "tidlig innsats" utsetter behovet for sykehjemsplass for den enkelte. Dette kan også medvirke til økt pasientnær behandling innenfor dagens økonomiske ramme da dette er tjenester om gis av få personer i pasientens eget hjem. En del brukere har behov for stabile forhold og et begrenset antall hjelpere. For de mest sårbare brukerne må man se på muligheter for nye arbeidsformer og faste kontaktpersoner.

Lindrende behandling og en verdig død

Trondheim kommune har ansvar for at pasientene får et faglig forsvarlig og kvalitativt godt tilbud som også omfatter en verdig avslutning på livet.

Pasienter dør i alle aldre og med mer komplekse sykdomsbilder enn tidligere. Flere har ønske om å være hjemme og om mulig avslutte livet der. For å kunne imøtekomme behovene og gi pasienter og deres pårørende god omsorg og behandling, trengs palliativ kompetanse og forståelse hos helsepersonell. Møtet med den døende pasienten med kognitiv svikt er spesielt utfordrende og krever både kompetanse og forståelse til å observere behov hos pasienten og pårørende.

Trondheim kommune har utarbeidet en veileder for omsorg og behandling i livets slutfase som gjelder både pasienter i sykehjem og brukere av hjemmetjenesten.

Kompetanse og rekruttering

Trondheim kommune skal være en attraktiv arbeidsgiver som både får og beholder fagfolk.

Rekruttering handler om bevissthet om hvilken kompetanse det er behov for, evnen til å knytte til seg kompetansen, bruke kompetansen riktig og beholde den kompetansen man rekruttert. Skal vi lykkes med strategiene våre, må kompetansen være på plass. Det gjelder både den enkelte faggruppe og sammensetningen av faggrupper (tverrfaglighet).

Relasjons- og samhandlingskompetansen må styrkes i alle grunnutdanninger for å sikre en verdig omsorg og godt samarbeid mot felles mål. Samhandling med pasienter og brukere krever faglig og etisk begrunnelse på hvorfor vi gjør det vi gjør. Etisk og faglig refleksjon, oppdatering av kompetanse, organisasjonsforståelse, helsejuss og dokumentasjon må regnes som basiskompetanse.

Breddekompetanse er viktig i kommunen, og tverrfaglighet øker breddekompetanse uten tilleggskostnader. Kommunens utvidede ansvar for helsetjenester indikerer i tillegg et behov for en viss spesialisering. Både kompetansenivå og effektivitet avhenger av erfaring og øvelse, det vil si at kompetansen brukes ofte. Det er derfor ikke hensiktsmessig at alle skal være generalister. Se mer om dette i kapittel 6.

Identifikasjon av tjenestebehov krever god vurderingskompetanse hos våre medarbeidere, god observasjon, analyse av funn, kjennskap til risikofaktorer og kunnskap om egnede tiltak. Tidlig innsats er relativt nytt for mange medarbeidere og bør gis spesiell oppmerksomhet i enhetenes kompetanseplaner.

Vi har allerede utfordringer med å rekruttere nok sykepleiere. Da blir det viktig å bruke den kompetansen vi har riktig, og spørre seg om noen av oppgavene kan ivaretas av andre. Vernepleierkompetansen er viktig på flere tjenesteområder, og særlig der kompetanse på kognitiv funksjon og mestring er sentralt.

Oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste berører også fastleger, sykehjemsleger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og ernæringsfysiologer. Bred tverrfaglighet er særlig viktig innen tidlig innsats og rehabilitering.

Det bygges i dag mange omsorgsboliger tilknyttet helse- og velferdssentre. Egen tilsynslege for pasienter i omsorgsbolig anbefales ikke, men pasientene kan oppfordres til å bytte til en fastlege i nærheten.

Økt kunnskap om et mangfoldig og flerkulturelt samfunn, og rekruttering av kvalifiserte medarbeidere med innvandrerbakgrunn, er noen av strategiene som bør legges til grunn for planlegging av gode pleie og omsorgstjenester til eldre innvandrere.

Det er behov for forsknings- og utviklingsarbeid innen de fleste tjenesteområder, og særlig på arbeidsmodeller, samarbeid og tidlig innsats.

Trondheim kommune som universitetskommune

Det er iverksatt et samarbeid med NTNU om utvikling av Trondheim kommune som universitetskommune. For å bli en likeverdig samarbeidspart for universitet og spesialisthelsetjeneste, må kommunen utvikle egne forsknings- og utviklingsmiljø og styrke egen forskningskompetanse. Kommunen er en sentral samhandlingspart for utdanningsinstitusjonene og en viktig praksisarena både for å identifisere kompetansebehov i kommunene og for å bidra til å utvikle fremtidens kompetanse.

Veilederrollen til kommunale medarbeidere bør styrkes og studentarbeidet må rettes mer direkte inn mot kommunens helse- og omsorgstjeneste. Utvikling av robuste fagmiljø og profesjonalisering av praksisarenaer er sentrale oppgaver.

Arbeidsgiverpolitikk

Arbeidsgiverpolitikken skal understøtte kommunens behov for å møte endringer både i og utenfor egen virksomhet.

I vedtatte arbeidsgiverpolitiske plattform pekes det på seks innsatsområder: ledelse, kompetanse, arbeidsmiljø og nærvær, likestilling og mangfold, lønn, rekruttering og omstilling. For at kommunesektoren skal være en attraktiv arbeidsplass i fremtiden er det viktig at nyutdannede personer tilbys faste hele stillinger.

Styringsdata indikerer at kommunen har relativt god tilgang på kompetanse. Det er flere ansatte med høyere formalkompetanse enn før. Det meldes om problemer med å rekruttere sykepleiere, til tross for at antall sykepleierårsverk har økt med 15 prosent de siste to årene. Veksten er større enn den totale årsverksveksten på ca. 13 prosent, og vi har ca. 30 flere sykepleierårsverk etter første halvår i 2016 enn ved inngangen til året. Når det likevel meldes om sykepleiermangel, kan forklaringen være at man ikke beholder de sykepleierne man rekrutterer. Andre yrkesgrupper har ikke hatt tilsvarende vekst. Eksempelvis har økningen på fysioterapeuter vært på 4 prosent de siste to årene. Dekningsgraden på fysioterapeuter gikk ned siste året, dvs. at det er færre fysioterapeuter per innbygger i Trondheim i dag enn for ett år siden. Totalt sett har tverrfagligheten gått ned, og særlig ved helsehusene. Det er også krevende å få rekruttert leger til stillinger på sykehjem og helsehus.

For å heve kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, er det nødvendig å styrke enhetenes kompetanse på utforming av arbeidsplaner. Arbeidet med å tilrettelegge for ulike arbeidstidsordninger er viktig og forutsetter utprøving av ulike modeller for å møte de ulike utfordringer i årene fremover.

Heltidskultur

Utviklingen av en heltidskultur er utfordrende og de positive effektene med en heltidskultur må synliggjøres.

Tverrfagligheten styrkes

Tverrfagligheten skal brukes slik at yrkesgruppene gjensidig forsterker hverandre. Det anbefales at det tilrettelegges for sterkere tverrfaglighet i grunnbemanningen (turnusbemanningen) i hjemmetjenester og institusjoner. Det bør vurderes om flere skal ha alternative arbeidstidsordninger ved disse tjenestene. Ved knapphet på en fagressurs må tilgjengelighet på dagtid prioriteres. Muligheten for å utvide tverrfagligheten ytterligere med for eksempel logopeder, ernæringsfysiologer og fagkompetanse på syn og hørsel bør vurderes.

Det er et bredt spekter av oppgaver som skal ivaretas i kommunehelsetjenesten, og alle aldersgrupper skal ivaretas. Organiseringen må være slik at alle behov ivaretas på en rasjonell måte.

Utfordringen med å rekruttere sykepleiere er nevnt, men utfordringen med å beholde fagkompetanse over tid er kanskje vel så viktig. Trondheim kommune må kunne tilby arbeidstakerne et godt fagmiljø. Nye sykepleiere synes for eksempel at det er skremmende å stå alene i vanskelige situasjoner, spesielt på kveld og helg, og dette må tas på alvor hvis vi skal kunne behold arbeidskraften. Mentorordninger for nyansatte kan bedre denne situasjonen og det må utvikles gode opplæringsarenaer sammen med spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Det skal legges en plan for å få ufaglærte innen helse og velferd til å ta fagutdanning. Alle ansatte deltar på kompetanseheving. Arbeid med å rekruttere og beholde sykepleierfaglig kompetanse styrkes.

For å bedre rekruttering, kompetanse og kontinuitet i legestillingene på helse- og velferdssentre planlegger vi å opprette større stillinger. Det vil kunne medføre et større fagmiljø, utvikling av team som gjør at tjenesten blir mindre sårbar ved sykdomsfravær. God kvalitet på veiledning og praksisplasser er kanskje den faktoren som har størst betydning for kommunens renomme som arbeidsplass.

Andelen høyskoleutdannede medarbeidere har økt i foregående periode, og vil fortsatt være et viktig virkemiddel for å rekruttere og beholde ansatte. Det bør tas stilling til hva som er ønsket andel av helsefagarbeidere, høyskoleutdannede med bachelorgrad, videreutdanning og mastergrad ved de ulike tjenestene.

Målet i økonomiplanperioden er at andel høyskoleutdannede ved institusjoner og hjemmetjenester økes til 40 prosent.

Med ulike utfordringer knyttet til vårt flerkulturelle samfunn vil fokuset på et mangfoldig arbeidsliv være avgjørende i tiden fremover. Det er i dag mange innvandrere med gode norskkunnskaper og med godkjent utdanning som må rekrutteres i kommunale stillinger.

Økt innvandring medfører at flere har behov for arbeids- og språktrening, og enhetene har en viktig oppgave med å legge til rette for at flere får mulighet til å få denne typen trening i kommunens enheter.



Satsingsområde 6: Et demensvennlig samfunn

Regjeringen har lagt følgende strategier til grunn for et demensvennlig samfunn (Demensplan 2020):

- 1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse.*
- 2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen.*
- 3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.*
- 4. Aktivitet, mestring og avlastning.*
- 5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud.*
- 6. Forskning, kunnskap og kompetanse.*

Dette er gjenkjennbare strategier som samsvarer med strategiene i eldreplanen som helhet. Hvis målet er et demensvennlig samfunn, må oppmerksomheten rettes både mot individet og samfunnet: barrierer i de fysiske og sosiale omgivelsene for å sikre fortsatt deltakelse og likestilling og personens egenskaper, interesser og ressurser.

Samfunnsperspektivet handler om universell utforming og at kognitive og fysiske funksjonsnedsettelse må likestilles. Hvis personer med demenssykdom skal kunne integreres i lokalsamfunnet, må lokalsamfunnet vite hvordan de skal forholde seg til personer med demens. Det innebærer samarbeid med butikkansatte, transportnæringen, politi og kultursektor.

For å synliggjøre arbeidet med et demensvennlig samfunn har vi valgt å sette det opp som et eget satsingsområde fordi det er et stort og utfordrende tjenesteområde med behov for spesiell tilrettelegging og kompetanse.

Nye tjenester må planlegges sammen med brukere og pårørende, og tilbud som etableres må evalueres før de blir faste tilbud. Brukere og pårørende bør være representert i evalueringen.

Brukeres funksjonsnivå må kartlegges før det gis et tilbud, og det må samarbeides med pårørende. Utgangspunktet for planleggingen skal være personen, ikke bare diagnosen. Personens livshistorie og gjenværende ressurser bør vektlegges. Aktivitetstilbudene som tilbys personer med demens må tilpasses i forhold til innhold og individuelle behov.

Innholdet i avlastningstilbudene bør ha en standard som bidrar til å vedlikeholde eller bedre funksjonsnivå slik at brukerne kan reise hjem etter opphold og fungere som før. Passive avlastningstilbud medfører fall i funksjonsnivå. Dette er et spørsmål om ressurser og prioriteringer i krevende budsjettarbeid.

Hverdagsrehabilitering som arbeidsform utprøves for personer med demens i tidlig fase.

Åpningstider ved aktivitetssentrene for yngre demente bør være best mulig tilpasset en vanlig arbeidshverdag, for å støtte opp under partners mulighet til å være i jobb.

6. Organisatoriske tilpasninger

Kommunen må forberede seg på økt ansvar for helsetjenester som en følge av samhandlingsreform og kommunereform. Hjemmesykepleie, ergoterapi, fysioterapi, legetjenester og helsehus har nøkkelroller i denne sammenheng.

Samarbeid om utvikling av gode pasientforløp blir viktig både i og mellom de ulike kommunale tjenester, på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten og gjennom interkommunalt samarbeid. Utskrivningsklare pasienter vil sannsynligvis fortsatt være en utfordring i perioder.

Innsatsen mot forebygging og helsefremmende arbeid må økes. For å få til det må det skje et samspill mellom eksterne og kommunale tjenesteområder, og ressurser må omfordes.

I Eldreplanens planperiode må tjenesten til eldre tilpasses kommunesammenslåing mellom Trondheim og Klæbu kommune. Det er for tidlig å si noe om hvilke konsekvenser dette vil få for tjenesteutviklingen.



Fremtidens tjenester til hjemmeboende eldre

Nye arbeidsformer må utvikles i samarbeid med brukerrepresentanter, praksisfelt og forskning. Nye arbeidsformer må evalueres og eventuelt tilknyttes følgeforskning. Innovasjon i tjenesteutviklingen blir viktigere enn før, og det må samarbeides med forskningsmiljøene for å finne nye og mer effektive organiseringsformer.

Det er ikke gitt at alle tjenester til hjemmeboende eldre skal gis i hjemmet. En del av oppgavene som overføres fra spesialisthelse til kommunehelsetjeneste er polikliniske oppgaver. I tidlig fase kan mange brukere selv oppsøke tjenester slik de i dag gjør med fastlegen og poliklinikkene i spesialisthelsetjenesten. Tiltak i hjemmene vurderes etter behov. Flere tjenester kan samlokaliseres eller organiseres som tverrfaglige poliklinikker, rådgivningstjenester og

lavterskeltilbud. Utfordringen i dag er tilgangen på lokaler til slike tjenester, omdisponering av ressurser og utvikling av samarbeidskulturer.

Det er i dag lang ventetid på fysioterapi og ergoterapi. Enten må det tilføres flere årsverk, eller så må noen noen oppgaver eller brukergrupper nedprioriteres.

Hverdagsrehabilitering blir fortsatt en viktig del av fremtidens hjemmetjeneste, og bør gradvis gjøres tilgjengelig for flere brukere, for eksempel personer med kronisk sykdom og demens. Det skal utarbeides økonomiske insentivordninger for hverdagsmestring.

Fordelingen mellom korttids- og langtidsplasser

I første tiår blir det flere eldre i gruppen 67- 80 år og for denne aldersgruppen er korttidsopphold mer aktuelt enn langtidsopphold. Behovet for korttidsopphold kan forsterkes ytterligere gjennom kommunereformen, men vi vet i dag for lite til å kunne beregne dette. Alt i alt indikerer disse forholdene behov for flere korttidsplasser de nærmeste årene.

Langtidsplasser i helse- og velferdssenter vil bli tatt i bruk forløpende uavhengig av demografisk utvikling. Dersom vi øker dekningsgraden på langtidsplasser før den reelle demografiske utviklingen skulle tilsi det, vil plassene være opptatt når det reelle behovet kommer fra ca 2026 og utover. Parallelt med planlagt utbygging bør vi derfor vurdere om en andel av de nye plassene i perioden skal benyttes til korttidsopphold.

En av intensjonene med samhandlingsreformen er at kommunene skal styrke egne tjenester istedenfor å betale for utskrivningsklare pasienter. Kommunen kan velge å kjøpe plasser i perioder med stort press, slik Trondheim kommune i dag kjøper fire plasser ved Selli rehabiliteringssenter, finansiert av budsjettet for utskrivningsklare pasienter. Dersom det viser seg at dette tiltaket fungerer etter intensjonen bør ordningen utvides.

Fremtidig behov er vanskelig å beregne og påvirkes av demografi, oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten, økonomi og politiske føringer, men behovet for alle typer korttidsopphold vil øke i planperioden.

Tilbud om ulike korttidsopphold

Rehabilitering

Pr 1.1.2015 var det 65 rehabiliteringsplasser i Trondheim kommune. I tråd med vedtatte Temaplanen for habiliterings- og rehabilitering for voksne 2015-2018 legges det foreløpig ikke opp til å øke antallet plasser før fagmiljøet er blitt mer robust. Utfordringen her er å samle fagmiljøet og få bemanningen opp på en faglig anbefalt standard. Å styrke av bemanningen vil bidra til bedre kapasitetsutnyttelse.

Døgnrehabilitering foregår i dag i gamle og uhensiktsmessige lokaler som ikke er bygd for formålet. Det bør derfor vurderes om ett av de planlagte nybyggene bør bli rehabiliteringssenter i stedet for helse- og velferdssenter. Et slikt senter kan ha tilbud til en bredere aldersgruppe.

Mestringscenter: Det er stort behov for nye former for lokaler tilrettelagt for lavterskeltilbud, poliklinisk behandling, dagrehabilitering, friskliv og mestring. Mestringscenter bør fortrinnsvis ligge utenfor helse- og velferdssenter og gjerne i naturlige lokalmiljø hvor folk ferdes. Tilknytning til døgnrehabilitering kan være aktuelt.

Avlastning

Avlastning er et lovpålagt tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver og er en forutsetning for at de skal klare å støtte familiemedlemmer med store hjelpebehov. Tilbud om avlastningsopphold er i dag lagt til helsehusene. Avlastningskapasiteten bør økes, f.eks. når nye helse- og velferdssenter tas i bruk. Disse plassene kan i slutten av perioden omdefineres til langtidsplasser når målgruppen for slike plasser øker.

I utgangspunktet er avlastning ikke opphold for intensiv behandling eller rehabilitering, og bemanningen har derfor ikke vært forsterket. Alle tilbud skal tilpasses individuelle behov, også avlastningsopphold. Brukerne har store hjelpebehov og vedlikehold av funksjonsnivået kan være avgjørende for å kunne fortsette å bo hjemme. Plassene bør derfor forsterkes noe, slik at oppholdet kan gi en helsegevinst for brukeren samtidig med at pårørende får avlastning. Dette inngår i planen for oppgradering av helsehusbemanningen, men først etter oppgraderingen av aktive behandlingsplasser og rehabilitering.

Medisinsk observasjon og behandling

Dette er korttidsopphold ved et av helsehusene med fokus på medisinsk observasjon og behandling. De fleste pasienter reiser hjem etter sykehusopphold. Ca 90 prosent av opphold for medisinsk observasjon og behandling benyttes til pasienter som utskrives fra sykehus. Plassene brukes til observasjon/vurdering, sluttbehandling, mobilisering, akutt plasser, palliasjon og smittevern. Felles for disse oppholdskategoriene er at oppholdet er tidsavgrenset, bruker er hjemmeboende og skal hjem etter opphold i helsehus. Tilbudet for de ulike oppholdskategoriene skal beskrives og være gjennomførbare med gitt bemanningsnorm.



Anbefalinger for utvikling av korttidsplasser

- Helsehusene rendyrkes og spesialiseres gradvis for 3 kategorier: Rehabiliteringsopphold, avlastningsopphold og medisinsk observasjon og behandling. Felles for disse oppholdskategoriene er at oppholdet er tidsavgrenset, bruker er hjemmeboende og skal hjem etter opphold i helsehus.
- Tilbudet for de ulike oppholdskategoriene skal beskrives og være gjennomførbart med gitt bemanningsnorm.
- Spesialisering, institusjonsutbygging og oppussing må ses under ett.
- Rehabiliteringskapasiteten på 69 plasser (inkludert plassene ved Selli) justeres for demografisk utvikling.
- Rehabiliteringskapasiteten må økes dersom kommunens ansvar for døgnrehabilitering utvides gjennom nye statlige føringer.
- Døgnrehabilitering samles på sikt i et eget rehabiliteringssenter.
- Avlastningskapasiteten (46 plasser) økes gradvis. Plassene brukes fleksibelt til planlagt avlastning, uforutsette avlastningsbehov og for å avhjelpe midlertidige vanskelige situasjoner i hjemmet.
- Bookingordning for avlastning prøves ut, slik at pårørende mer fritt kan "booke" plass når det passer. Vedtak fra helse- og velferdskontoret gir en ramme for antall dager opphold per år.
- Avlastning for personer med demens og kognitivt friske personer gis i adskilte avdelinger.
- Avlastningsplassene samles i egne avdelinger, eventuelt i egen institusjon. Det må tas hensyn til behovet for avlastning i nærhet av der familien bor (i hver bydel).
- Når nye institusjoner tas i bruk skal det de nærmeste årene, vurderes å bruke en del av plassene i helse- og velferdssenter til korttidsplasser istedenfor langtidsplasser. Plassene skal ha en bygningsmessig standard som langtidsplasser slik at bruken kan endres senere.
- Medisinsk observasjon og behandling (totalt 114 korttidsplasser): De fleste plassene brukes i forlengelse av sykehusopphold, men noen henvises direkte fra hjemmet. Plassene brukes til observasjon/vurdering, sluttbehandling, mobilisering, akutt plasser, palliasjon og smittevern. Behovet vil sannsynligvis øke i årene som kommer som følge endringer i spesialisthelsetjenesten.
- Bemanningen i korttidsplassene oppgraderes gradvis over en fireårsperiode gjennom ny budsjettfordelingsmodell bygd opp ut fra anbefalte bemanningsnormer.
- Tosengsrom omgjøres til enerom også for korttidsplasser.

Det er behov for å forbedre økonomi- og kvalitetssikringen av tilbudene i helsehusene. I den sammenheng er det utviklet en ny budsjettfordelingsmodell basert på nye bemanningsnormer for helsehusene. Bemanningsnormen differensierer mellom aktive behandlings-/rehabiliteringsplasser (bemanningsnorm 1) og avlastningsplasser/ordinære korttidsplasser (bemanningsnorm 2). Legedekningen følger legeplanens anbefalinger. Det er satt opp en plan for opptrapping som skal gis høy prioritet i det årlige budsjettarbeidet.

Økonomiske konsekvenser i planperioden

I 2016 er netto driftsrammer til helse- og omsorgstjenestene på ca. 1,8 milliarder. Dersom vi viderefører dagens praksis så vil nettoutgiftene frem mot 2035 antas å øke med ytterligere 1,6 milliarder¹ som følge av flere eldre. Blant ASSS kommunene er Trondheim en av de kommunene som har prioritert eldreomsorgen lavest (KS ASSS rapport 2015). Trondheim kommune har et utgiftsnivå som ligger ca. 150 millioner under ASSS-kommunene. Trondheim kommune ligger noe over på dekningsgrad, men har en bemanning på sykehjem og hjemmetjenesten som er lavere. Det betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten på tjenesten er dårligere, men vi kan være sårbare for uforutsette hendelser. Det er indikasjoner på at Trondheim har en effektiv tjenesteproduksjon og får mye ut av knappe ressurser. Vi står dermed godt rustet til å møte de kommende års utfordringene.

I handlings- og økonomiplan for 2016-2019 ble det vedtatt å investere 45 millioner til styrking av tjenestene til hjemmeboende eldre. I tråd med strategiene beskrevet her vil rådmannen også fremover fremme forslag til økt innsats til forebyggende og rehabiliterende aktiviteter.

Rådmannen presenterer her to mulige veivalg for å bygge fremtidens eldreomsorg. Den første er økonomiske prioriteringer innenfor dagens rammer, heretter kalt alternativ 1. Den andre innebærer et løft av eldreomsorgen opp mot ASSS-snittet, heretter kalt alternativ 2. Begge alternativene sammenlignes med videreføring av dagens praksis.

Alternativ 1 - "Forebyggende strategi". En forebyggende strategi innenfor dagens rammer vil måtte medføre en omprioritering. Dette alternativet innebærer en videreføring av dagens tjenestenivå, men kompensert for demografisk vekst. Rådmannen foreslår en vridning av ressursene fra institusjonsbasert og over mot hjemmebasert omsorg. En vridning av ressurser fra institusjonsomsorg til hjemmebaserte tjenester er også tidligere beskrevet i sak sak 71/14 (Behovet for sykehjemsplasser, strategi og tempo i utbygging av nye sykehjem) og sak 99/16 (Behov for heldøgns omsorgstilbud og andre tjenester i eldreomsorgen).

Alternativ 2 - "Opptrappingsplan for eldreomsorgen". En opptrappingsplan for eldreomsorgen frem mot 2025 på 20 mill. årlig vil bringe Trondheim kommune i overkant ASSS-snittet (basert på tallgrunnlag per september 2016) i løpet av 8 år. Denne styrkingen må følge vedtatte strategier om styrking av hjemmetjenester og tidlig innsats i tillegg til oppjustering av bemanning i helsehus og helse- og velferdssentre. Dette vil styrke strategiene.

Alternativ 1 - "Forebyggende strategi".

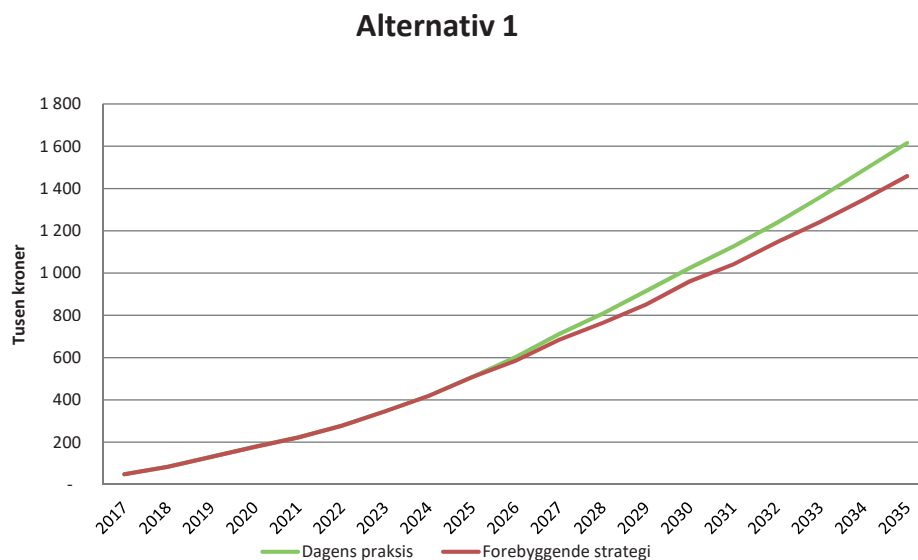
Figuren under viser de økonomiske konsekvensene av de demografiske endringene og de valg som kan gjøres. Dersom vi velger en utbyggingstakt i tråd med dagens dekningsgrader, så vil de årlige kostnadene til heldøgns omsorg øke med ca. 400 millioner frem til 2025 og opp til 1,2 milliarder i 2035. I tillegg kommer utgifter til hjemmebaserte tjenester på ca. 400 millioner. Til sammen vil kostnadene øke med 1,6 milliarder i 2035.

¹ 2016-kroner

Klarer kommunen å vri tjenestene mot tidligere innsats og forsinke tidspunktet for innleggelse i sykehjem, vil de årlige kostnadene til heldøgns omsorg i 2035 kunne bli om lag 150 millioner lavere.

“Dagens praksis” i figuren under viser utviklingen dersom kommunen gjør alt som i dag. “Forebyggende strategi” viser en utvikling hvor vi tar ned på dekningsgraden for å omprioritere til tidlig innsats. Forslaget er å omprioritere ca. 10 mill. årlig i en 9 årsperioden, totalt 88 millioner. Denne investeringen vil kunne redusere de fremtidig utgiftene. Ved å følge denne forebyggende strategien, så vil de årlige driftsutgiftene i 2035 kunne ligge ca. 160 millioner under dagens praksis.

Figur 4. Vekst i utgifter med dagens praksis og forebyggende praksis.



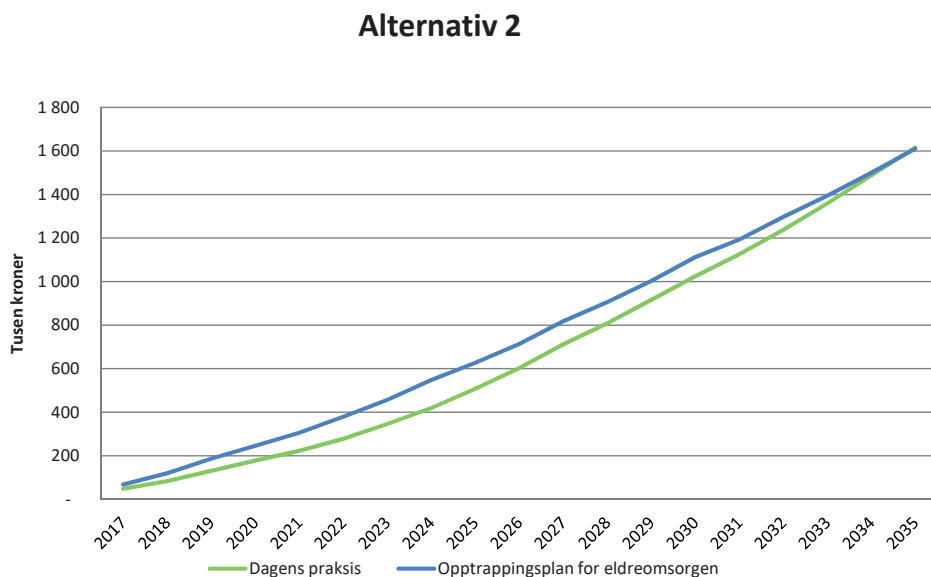
Alternativ 2 - “Opptappingsplan for eldreomsorgen”.

Sårbarheten med alternativ 1 er de første årene hvor kommunen må ta ned på dekningsgraden uten å kunne øke opp hjemmetjenesten tilsvarende. Med en opptappingsplan for eldreomsorgen vil kommunen kunne bygge opp hjemmebaserte tjenester samtidig som dekningsgraden beholdes frem mot 2025. Det gir en mulighet til å bygge opp strategiene beskrevet i denne eldreplanen mot de aktuelle målgruppene samtidig som vr tilbudet til de skrøpeligste eldre ivaretas.

En opptapping på 20 millioner i året i 8 år vil øke rammene med 160 millioner. Da vil Trondheim kommune ligge omtrent på dagens ASSS snitt. Disse midlene kan settes inn målrettet som beskrevet i denne planen. Det vil dempe fremtidige behov for sykehjemsplasser. Som vi ser i figur 5 under, så vil denne investeringen gi en økning i utgifter frem mot 2025, deretter vil redusert behov for heldøgns plasser redusere veksten i sykehjemsplasser. Hvis vi forholder oss til figur 3 i kapittel 4 så forutsetter vi her at veksten i heldøgns plasser holder seg på referansebanen frem til 2029 og fra og med 2030 holder vi oss på veksten gitt i flere leveår hvor eldre mestrer egen hverdag.

I 2035 vil ikke det samlede utgiftsnivået være høyere enn om man hadde fulgt dagens praksis, og etter 2035 vil dette alternativet gi en innsparing sammenlignet med å videreføre dagens praksis.

Figur 5. Vekst i utgifter med dagens praksis og opptrappingsplan for eldreomsorgen.



Hovedforskjellen mellom alternativ 1 og 2 er at kostnaden er noe høyere de første årene i alternativ 2, men samtidig er sannsynligheten for å oppnå ønskede resultater høyere i alternativ 2. Når vi sammenligner alternativ 2 med videreføring av dagens praksis, så vil gevinsten med denne investeringen komme fra og med 2034.

Oppsummering - Dagens praksis, Alternativ1 og Alternativ2

Videreføring av dagens praksis innebærer at antall sykehjemsplasser og antall årsverk til hjemmeboende eldre følger demografiske utviklingen. Som vi ser i tabell 2 under så er demografisk vekst til hjemmeboende eldre beregnet til 617 årsverk frem mot 2035. I tabell 3 så ser vi at antall heldøgns plasser ved å følge dagens dekningsgrader utgjør 1266 flere heldøgns plasser frem mot 2035.

I alternativ 1 så er veksten i sykehjemsplasser i samme periode beregnet til 1008 heldøgns plasser eller 258 færre plasser enn videreføring av dagens praksis. I årene frem mot 2026 brukes all sparte midler til økt innsats til hjemmeboende. Det vil gi oss 131 flere årsverk i hjemmetjenesten enn dagens praksis.

Dagens praksis og alternativ 1 har de samme økonomiske rammene frem mot 2026. Alternativ 2 innebærer en økt prioritering av eldreomsorg opp i overkant av gjennomsnittet av ASSS kommunene. Trondheim kommune ligger i dag ca. 150 millioner under ASSS kommunene, alternativ 2 innebærer en styrking av eldreomsorgen på 160 millioner. I alternativ 2 så forsterker vi ytterligere satsingen på tjenester til hjemmeboende eldre. Totalt styrkes de

hjemmebaserte tjenestene med 239 årsverk utover demografisk vekst og 108 årsverk mer enn i alternativ 1 (239-131=108). Hoveddelen eller ca. 90 mill. av styrkingen i alternativ 2 går likevel til flere heldøgns plasser.

Tabell 2 Årsverk til hjemmeboende gitt ulike alternativer

	2017-2024	2025-2029	2030-2035	Sum
Dagens praksis - årsverksvekst	187	226	203	617
Dagens praksis - utover demografi	-	-	-	-
Alternativ 1 - årsverksvekst	292	253	203	748
Alternativ 1 - utover demografi	104	27	-	131
Alternativ 2	426	226	203	855
Alternativ 2 - utover demografi	239	-	-	239

Videreføring av dagens praksis innebærer 1 266 flere plasser med heldøgnsomsorg frem mot 2036, av disse så bør minimum 148 være korttidsplasser. Alternativ 1 innebærer 1 008 flere plasser med heldøgns omsorg frem mot 2036, av disse så bør minimum 117 være korttidsplasser. Alternativ 2 innebærer 1 095 flere plasser med heldøgns omsorg frem mot 2036, av disse så bør minimum 128 være korttidsplasser.

Tabell 3 Vekst i heldøgns plasser gitt ulike alternativer

	2017-2024	2025-2029	2030-2035	Sum
Dagens praksis	309	477	480	1 266
- Herav langtids plasser	272	421	425	1 118
- Herav korttidsplasser	37	56	55	148
Alternativ 1	236	391	381	1 008
- Herav langtids plasser	208	345	338	891
- Herav korttidsplasser	28	46	43	117
Alternativ 2	279	435	381	1 095
- Herav langtids plasser	246	384	338	967
- Herav korttidsplasser	33	51	43	128

En videreføring av dagens praksis vil bli svært ressurskrevende etter 2025. I alternativ 1 har rådmannen tydeliggjort en alternativ strategi som er ressursbesparende sammenlignet med en videreføring av dagens strategi. Denne strategien er også beskrevet i tidligere saker. I alternativ 2 har rådmannen vist en strategi som frem mot 2035 er like ressurskrevende som videreføring av dagen praksis, men som gjør at vi står langt bedre rustet til å møte de utfordringene står overfor også etter 2035.

7. Handlingsdel

Handlingsdelen er ikke ment å være uttømmende. Vi har valgt ut de tiltakene som synes å være de viktigste og de tiltakene som best viser retning på tjenesteutviklingen.

Full sykehjemsdekning

Full sykehjemsdekning er et overordnet mål i Trondheim kommune som skal videreføres.

En viktig forutsetning for å nå dette målet er:

- Satsing på forebygging og tilbud som øker den enkeltes mestringsevne og livskvalitet.
- Styrking av struktur og kompetanse i hjemmetjenesten for å redusere presset på og utsette behovet for sykehjemstjenester
- At hele tjenestekjeden utnyttes optimalt.

Dreining i tjenestene fra fokus på omsorgstjenester til de dårligste brukerne til økt fokus på medisinsk oppfølging, tidlig intervensjon og forebygging til pasienter med begynnende funksjonssvikt krever nye tiltak.

Bruker- og pårørendeperspektivet

Prosess	Tiltak	Tid
MÅL: Brukeren er sjef i eget liv (selvbestemmelse og deltakelse).		
Brukeren og pårørende erfarer at de blir sett og forstått	Bruker deltar i planlegging, beslutning og gjennomføring av tjenesten. Pårørende involveres i samråd med bruker.	Fortløpende.
Brukeren opplever at medarbeiderne yter samordnet innsats ut fra brukerens mål	Brukerne og pårørende får tilpasset informasjon og rådgivning. Det er etablert avlastningstilbud hvor bruker og pårørende selv kan booke opphold.	Utviklingsarbeid over tid.
	Kommunikasjon - og relasjonskompetanse utvikles som basiskompetanse.	2017
	Kommunen bidrar til utvikling av nye digitale system for dialog og samarbeid med bruker og pårørende.	Samarbeid med NTNU i hele perioden.
	Flere pårørendekurs utvikles etter modell fra ressurscenter for demens.	Forsøk i 2017 i regi av Friskliv og mestring)
Utvikling av tjenester til innvandrere og minoriteter	Det nedsettes en bredt sammensatt arbeidsgruppe for å kartlegge behov og vurdere strategier for tilrettelegging av gode helse- og omsorgstjenester for eldre innvandrere.	2017

Tidlig innsats

Prosess	Tiltak	Tid
MÅL: Innbyggerne får støtte til å mestre egen hverdag og fremme egen helse på et tidlig stadium.		
Bedre mestring av egen hverdag.	Kapasiteten til å iverksette helsefremmede tiltak og rehabilitering økes.	Vurderes i årlig budsjett-sammenheng.
Brukerne får bedre tilgang på kunnskap om å ivareta egen helse og mestring.	Tiltak i regi av prosjektet Aldersvennlig by. Målgruppen for hverdagsmestring utvides.	Fortløpende i tråd med opptrappingsplan
Samarbeid med lokalmiljøet for å forebygge sosial isolasjon.	Gjennom tiltak i regi av Områdeløftet, Aldersvennlig by og Demensvennlig samfunn.	2017
Kommunens ansatte har kultur for tverrfaglig kartlegging og oppfølging.	Utbedre tilgangen på informasjon på nettsiden.	2016
Henvisnings- og samarbeidsrutiner utbedres	Videreutvikle samarbeidet for hverdagsmestring.	Kontinuerlig
	Videreutvikle samarbeidet med kultur og fritid, og frivillige.	Kontinuerlig
	Videreutvikle HPH Fokus tidlig innsats	Kontinuerlig

Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet i sentrum

Prosess	Tiltak	Tid
MÅL: Alle eldre gis muligheter for en aktiv aldring		
Redusere risiko for sosial isolasjon og ensomhet.	Utprøving av nye samarbeidsmodeller i bydeler gjennom Områdeløft Saupstad/Kolstad.	2017
	Fysak-koordinatorrollen styrkes med lokale kontaktpersoner i hver bydel.	2017
Videreutvikle mangfoldet av aktivitetstilbud tråd med eldres egne interesser og behov.	Differensiere aktivitetstilbudene. Minoritetsgruppene eldre er inkludert i kommunens aktivitetstilbud. Utvide og videreutvikle aktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens. Differensiere lokalisering av tilbud.	2017
Alle lokalmiljø/bydeler har åpne treffsteder og tilrettelagte kultur og aktivitetstilbud for eldre.	Utvikling av Aldersvennlig by og demensvennlig samfunn	2016
	Videreutvikling av Den kulturelle spaserstokken og kulturvertprosjektet	

Velferdsteknologi

Prosess	Tiltak	Tid
MÅL: Trondheim kommune er en pådriver i utviklingen av velferdsteknologitjenester.		
<p>Velferdsteknologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - styrker muligheten til å være sjef i eget liv. - åpner nye muligheter til å delta i sosiale nettverk bedre via digitale verktøy - frigir tid som kommer flere brukere tilgode - bidrar til at personer med demens kan bo lenger i eget hus eller i institusjon med åpne dører, - velferdsteknologi fremmer samhandling. - etablering av Helseplattformen 	Det utarbeides en overordnet strategi for bruk av teknologi og IKT- verktøy.	2017
	Digitale trygghetstjenester med mobil trygghetsalarm, digitale tilsyn etc	2018
	Automatiserte sikkerhetsløsninger, fleksible løsninger	2020
	Varslingstjenester med døralarmer , matte alarmer, medisintjenester	2018
	Forenkler arbeidsprosesser for ansatte og støtter samhandlingen mellom partene i helsevesenet Lokaliseringstjenester med GPS og annen teknologi.	2020
	Nøkkeltjenester med bedre sikkerhet og forenkling av arbeidsprosesser	2017 2019
	Behandlingstjenester med avstandoppfølging av personer med kronisk sykdom	
	Helseplattformen gir mulighet for dialogbaserte løsninger og bedre informasjonsdeling.	Fra 2017

Kvalitet og kompetanse

Prosess	Tiltak	Tid
MÅL: Helse- og omsorgstjenesten har tilgang på nødvendig kompetanse og bruker den hensiktsmessig.		
Trondheim kommune rekrutterer og beholder kvalifisert arbeidskraft.	Tett samarbeid med forskning og utdanning for å sikre fremtidens kompetansebehov. Alle er tilknyttet gode fagmiljø. Arbeidet med helhetlige pasientforløp tydeliggjøre roller og ansvar og forbedrer samhandlingen. Praksisplassene forbedres for å øke rekruttering av helsepersonell.	Kontinuerlig Kontinuerlig 2017 Kontinuerlig 2016
Flere heltidsstillinger, økt tverrfaglighet og kultur for utprøving av nye arbeidstidsordninger.	Følge opp plan for heltidskultur i helse og omsorgstjenesten Alle enheter har en kompetanse- og kvalitetsplan som viser tiltak for å sikre kritiske områder Alle fast ansatte over 25 prosent stilling har en helse- og sosialfaglig utdanning	2017-2018
Sikre at eldre får nødvendig tilgang til medisinske tjenester og oppfølging av fastlege	Alle nytilsatte unntatt student- og rekrutteringsstillinger tilsettes i 100 prosent stilling)	2018
Øket kontinuitet i hjemmetjenesten	Sykehjemsleger skal ha hele eller store stillingsandeler. Følge opp vedtak i Kvalitet i hjemmetjenesten Kvalitetsmelding i eldreomsorgen	Gradvis ifm. årlig budsjettarbeid 2017
Sterk enhetsledelse og nærledelse 24/7.	Det utarbeides budsjettfordelingsmodell som sikrer nødvendig tverrfaglig kompetanse i helsehusene etter oppsatt plan. Opptrappingsplan følges opp.	2018 2016
Trondheim kommune blir universitetskommune.	Utprøving av alternative arbeidstidsordninger for å sikre tverrfaglighet på viktige tidspunkt på døgnet.	Planlegging fra 2016
Andel høyskoleutdannede ved institusjoner og hjemmetjenester økes til 40 prosent	Avdelingsledere er tilsatt i enheter j HV etter vedtatt plan Samarbeid med NTNU videreutvikles. Samarbeidsavtaler revideres. Det etableres strukturer for samarbeid med forskningsmiljøene om kompetanseutvikling og praksisutvikling. Trondheim øker egen forskningskompetanse.	2017

Et demensvennlig samfunn

Prosess	Tiltak	Tid
MÅL: Trondheim kommune er et demensvennlig samfunn.		
<p>Selvbestemmelse, involvering og deltakelse blir en realitet også for personer med demens og deres pårørende.</p> <p>Økt kunnskap om demens blant folk flest. Tidlig innsats inkluderer personer med demens.</p> <p>Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud er utviklet.</p>	<p>Tilrettelegging av lokalsamfunn i regi av "Et demensvennlig samfunn": etablere arbeidsgruppe i samarbeid med Nasjonalforeningen og lokalmiljø.</p> <p>Det er etablert en ressurs gruppe som gjennomfører årlig erfaringskonferanse</p>	<p>2016</p> <p>i Planperioden</p> <p>Fortløpende.</p>
	<p>Planlegging av tiltak gjennomføres i samarbeid med bruker og pårørende.</p>	<p>Planlegging i 2016 2017</p>
	<p>Hverdagsmestring utprøves for personer med demens.</p>	
	<p>Det er utviklet rutiner som sikrer diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.</p>	<p>2017</p>
	<p>Retten til koordinator og individuell plan tilpasses personer med demens.</p>	<p>2017</p>

Saksprotokoll

Utvalg: Bystyret
Møtedato: 08.12.2016
Sak: 174/16

Tittel: **Saksprotokoll: Rullering av Eldreplan 2016-2026**

Resultat: Behandlet
Arkivsak: 16/2345

Vedtak

1. Bystyret vedtar temaplan for eldre, Eldreplan for perioden 2016 -2026, med følgende målsettinger:
Trondheim kommune vil –
 - a) legge til rette for at alle brukere kan være sjef i eget liv.
 - b) gi alle innbyggere støtte til å meste egen hverdag og fremme egen helse på et tidlig stadium.
 - c) gi alle eldre muligheter for en aktiv alderdom
 - d) være en pådriver i utviklingen av velferdsteknologi
 - e) ha helse- og omsorgstjenester med tilgang på nødvendig kompetanse, og bruke den hensiktsmessig
 - f) være et demensvennlig samfunn.
 - g) øke kvaliteten på kommunens tjenester

2. Bystyret vedtar rådmannens forslag i henhold til målene i temaplan for eldre, Eldreplan for perioden 2016 -2026, med tilleggsforslag:
 - a) *Kommunale styringsdokumenter* - endringsforslag første kulepunkt: Gi alle eldre over 75 år råd og veiledning som fremmer helse og egen mestring
 - b) *Lokalsamfunnet* – tillegg etter første avsnitt: Gjennom aktiv byutvikling og tilrettelegging for alternative boformer for eldre vil kommunen legge til rette for sosial inkludering og økt kontakt på tvers av generasjonene
 - c) *Tidlig innsats* - tillegg: Brukerne må raskt få tilbud om fysisk tilrettelegging og installasjon av nødvendige tekniske hjelpemidler
 - d) *Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet i sentrum* – tillegg: Eldre som ressurs vektlegges. Eldre gis inspirasjon og mulighet til å bistå som ressurspersoner i ulike aktiviteter
 - e) *Kvalitet og kompetanse tillegg*: Det skal legges en plan for å få ufaglærte innen helse og velferd til å ta fagutdanning. Alle ansatte deltar også på kompetanseheving.
 - f) *Kvalitet og kompetanse tillegg*: Arbeid med å rekruttere og beholde sykepleierfaglig kompetanse styrkes.
 - g) *Et demensvennlig samfunn tillegg*: Åpningstider ved aktivitetssentrene for yngre demente bør være best mulig tilpasset en vanlig arbeidshverdag, for å støtte opp under partners mulighet til å være i jobb.

Trondheim kommune

3. Bystyret ber rådmannen å legge Alternativ 2 i Eldreplan til grunn. En opptrappingsplan og fordeling på områder vil bli avklart i handlings- og økonomiplan 2017 -2020, Budsjett 2017. Opptrappingsplanen skal sikre tidlig innsats og styrking av tjenester til hjemmeboende, i tillegg til oppjustering av bemanning i helsehus, samt en økning i antall sykehjemsplasser. Midlene settes inn målrettet som beskrevet i eldreplanen.
4. Riktig ernæring kan bedre helsetilstand og redusere medisinerer. Dette krever riktig kompetanse i eldreomsorgen.
Bystyret ber rådmannen legge fram en sak for formannskapet innen juni 2017, med en vurdering av å gjøre større bruk av kompetanse i Klinisk Ernæringsfysiologi i eldreomsorgen, gjerne i samarbeid med Frisklivssentralen.

FLERTALLSMERKNAD - PP, Ap, Sp, KrF, R, H, FrP, MDG, SV, V:

Bystyret er av den oppfatning at en god strategi vil være å øke antall omsorgsboliger i og i nærheten av våre helse- og velferdssentre. Det vil gi kortere tid for hjelp og økt trygghet for brukeren, samt at hjemmetjenesten/basen når flere brukere på kortere tid. Økt nærhet til helse- og velferdssenter gir også brukeren lettere tilgang til sosial omgang samt å delta på aktiviteter.

FLERTALLSMERKNAD - Ap, SV, Sp, KrF, MDG, V, PP, H, FrP:

Gjennom økt grunnbemanning, at utbygging av sykehjem og omsorgsboliger følger demografisk utvikling, kompetanseløft for ansatte, flere heltidsstillinger og flere faste hjelpere til rett tid - skal Eldreplanens målsettinger ivaretas.

Behandling:

Roald Arentz (R) forslag:

Bystyret vedtar følgende delmål til eldreplanen:

1. I løpet av 2019 skal antall sykehjemsplasser være økt med 135 fra antallet per 31.12. 2015. Det skal være 120 nye årsverk på de nye sykehjemsplassene.
2. Grunnbemanninga på sykehjem skal i 2019 være økt med 100 årsverk - i tillegg til de 120 nye årsverka som kommer som en følge av de 135 nye sykehjemsplassene.
3. Innen 2019 skal 70 % av naturlig fravær i eldreomsorgen - som sykdom, ferie og permisjoner - dekkes av faste ansatte.
4. Innen 2019 skal heltidsandelen blant turnusansatte i eldreomsorgen være minst 50 %.

Åge Halvorsen (H) forslag:

1. Bystyret viser til de positive erfaringene med fritt brukervalg og at brukerne er sjef i eget liv som er gjort i andre sammenlignbare byer, og ber Rådmannen innarbeide dette som et prinsipp for hvordan Trondheim kommunes eldreomsorg skal drives.
2. Bystyret ber rådmannen legge til rette for større innslag av private løsninger innen eldreomsorgen blant annet for å sikre valgfrihet i eldreomsorgen
3. Bystyret ber rådmannen sørge for en styrket medisinsk kompetanse ved sykehjemmene ved å prioritere sykehjemlegevakt.

Berit Kapelrud (KrF) forslag pva KrF, Ap, MDG, SV, V, PP, Sp:

Riktig ernæring kan bedre helsetilstand og redusere medisinerer. Dette krever riktig kompetanse i eldreomsorgen.

Trondheim kommune

Bystyret ber rådmannen legge fram en sak for formannskapet innen juni 2017, med en vurdering av å gjøre større bruk av kompetanse i Klinisk Ernæringsfysiologi i eldreomsorgen, gjerne i samarbeid med Frisklivssentralen.

Sissel Trønsdal (Ap) merknad pva Ap, SV, Sp, KrF, MDG, V, PP

Gjennom økt grunnbemanning, at utbygging av sykehjem og omsorgsboliger følger demografisk utvikling, kompetanseløft for ansatte, flere heltidsstillinger og flere faste hjelpere til rett tid - skal Eldreplanens målsettinger ivaretas.

Votering:

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Arentz' forslag 1 fikk 7 stemmer (1MDG, 4FrP, 2R) og falt.

Arentz' forslag 2 fikk 7 stemmer (1MDG, 4FrP, 2R) og falt.

Arentz' forslag 3 fikk 3 stemmer (1MDG, 2R) og falt.

Arentz' forslag 4 fikk 4 stemmer (1MDG, 1PP, 2R) og falt.

Halvorsens forslag 1 fikk 18 stemmer (14H, 4FrP) og falt.

Halvorsens forslag 2 fikk 18 stemmer (14H, 4FrP) og falt.

Halvorsens forslag 3 fikk 18 stemmer (14H, 4FrP) og falt.

Lykkes forslag ble enstemmig vedtatt.

MDG, SV, V, R sluttet seg til flertallsmerknaden fra komiteen.

H, FrP sluttet seg til merknaden fra Ap m fl.

Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift

