

I sentrum for fremtiden  
- ROMSLIG, MODIG  
OG SUNN



# En god hverdag - for alle! 2017-2030

Vedtatt av Bystyret 05.01.2018



# En god hverdag – for alle!

2017-2030

## 1 Innhold

2	Innledning.....	3
2.1	Bakgrunn .....	3
2.2	Målgruppe .....	3
2.3	Medvirkning.....	4
3	Mål.....	4
3.1	Statlige mål og styringssignal .....	4
3.1.1	Nasjonale mål og føringer .....	4
3.1.2	Omsorg 2020 .....	5
4	Prinsipper og verdigrunnlag .....	5
4.1	Omsorgstrappen.....	5
4.2	Hverdagsmestring .....	6
4.3	Positiv atferdsstøtte .....	6
4.4	Hva er viktig for deg?.....	6
5	Demografisk utvikling.....	6
6	Tjenester.....	7
6.1	Organisering .....	7
6.2	Tjenestetilbud.....	8
6.2.1	Eldre – og seniorsenter og Frivilligsentralen .....	8
6.2.2	Frisklivssentralen .....	8
6.2.3	Legetjenester .....	8
6.2.4	Fysio- og ergoterapi.....	9
6.2.5	Trygghetsalarm.....	9
6.2.6	Hjemmetjenesten.....	10
6.2.7	Hverdagsrehabilitering .....	10
6.2.8	Omsorgsstønad.....	10
6.2.9	Avlastning .....	11
6.2.10	Dagaktivitetstilbud .....	11
6.2.11	Brukerstyrt personlig assistent (BPA).....	11
6.2.12	Koordinering .....	12
6.2.13	Boliger for personer med nedsatt funksjonsevne .....	12
6.2.14	Heldøgnsomsorg for eldre.....	13
6.2.15	Lindrende behandling.....	14

6.3	Tiltaksliste tjenester .....	15
7	Brukerinvolvering .....	15
7.1	Brukerundersøkelser .....	16
7.2	Dialog og kommunikasjonsløsninger.....	16
7.3	Brukerråd.....	16
7.4	Minoriteter .....	17
7.5	Tiltaksliste brukerinvolvering .....	17
8	Pårørende.....	18
8.1	Barn som pårørende.....	18
8.2	Tiltaksliste pårørende.....	19
9	Frivillighet .....	19
9.1	Tiltaksliste frivillighet.....	20
10	Velferdsteknologi .....	20
10.1	Tiltaksliste velferdsteknologi.....	21
11	Demens.....	21
11.1	Bakgrunn .....	22
11.2	Forekomst.....	22
11.3	Forekomst i Sandnes .....	22
11.4	Forebygging .....	23
11.5	Kunnskap og kompetanse .....	23
11.6	Diagnostisering og oppfølging etter diagnose .....	24
11.7	Fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud.....	24
11.8	Tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet .....	25
11.9	Deltakelse og involvering .....	25
11.10	Tiltaksliste demens .....	26
12	Fremtidens boform.....	26
12.1	Nye bo- og aktivitetssenter .....	27
12.1.1	Lokaliseringsstrategi.....	27
12.1.2	Størrelse på bo- aktivitetssenter .....	28
12.1.3	Tomtealternativer .....	28
12.2	Tiltaksliste fremtidens boformer.....	29
13	Kunnskap og kompetanse .....	29
13.1	Utvikling.....	30
13.2	Ledelse og rekruttering .....	30
13.3	Tiltaksliste kunnskap og kompetanse.....	31
14	Rapportering.....	31

## 2 Innledning

Planen *En god hverdag – for alle!* er en revidering av eksisterende Omsorgsplan for Sandnes kommune 2012-20130, *Den gode og aktive omsorg*. Det har vært en dreining i samfunnet fra passiv omsorg til en mer aktiv rettet helse- og omsorgstjeneste. Dette medfører at det tradisjonelle omsorgsplanbegrepet er for snevert og ikke dekkende for de tjenester som faktisk gis. Planen dekker en bred brukergruppe og skal bygge opp om at brukerne opplever en god hverdag.

### 2.1 Bakgrunn

Kompleksiteten og bredden oppgavene kommunen skal ivareta har økt gradvis over tid. Utviklingen stiller økte krav til både kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Brukernes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring. «*Ingen beslutning om meg, tas uten meg.*»

Kommunen utfordres på å få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter. I dette ligger å utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og endringer av organisatoriske og fysiske rammer. Det må skje en holdningsendring i hele organisasjonen og blant innbyggernes forventninger til kommunale tjenester.

Helse- og omsorgstjenestene er ikke lenger bare eldreomsorg, men dekker hele livsløpet. Nye yngre brukere bringer med seg nye behov, ressurser, krav og setter sitt preg på tjenestene.

Fram mot 2030 vil det bli en betydelig økning i behovet for helsepersonell. Det utdannes ikke nok helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere for å dekke behovet både til å erstatte personer som oppnår aldersgrense og nye stillinger.

Pleie- og omsorgsoppgaver handler primært om å bistå andre mennesker med deres midlertidige eller kroniske helse- og omsorgsutfordringer. Tjenestene er i stadig endring, det er nye lovkrav, innbyggerne har andre forventninger enn for 20 år siden, nye hjelpemidler utvikles, det er en gradvis forskyvning av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og nye legemidler, behandlingsformer og hjelpemidler utvikles. En økende andel pasienter har et komplekst sykdomsbilde og behov. Det stilles høye krav til kompetanse, erfaring og egnethet hos helsepersonell, samtidig som økonomiske rammer gir utfordringer knyttet til ressursbruk. I dette forventningsgapet befinner det seg et menneske som har behov for å bli møtt med respekt og behandlet med verdighet i hele livsløpet. Pasienten skal ikke «miste» seg selv, men oppleve mestring, selvstendighet og god selvfølelse. De fysiske, psykiske og åndelige behov skal ivaretas. Velferdsteknologi og bruk av frivillige bygger opp om de kommunale tjenestene og kan gjøre hverdagen og oppgavene enklere for bruker og ansatt, men like fullt må noen administrere, organisere og følge opp disse støttetjenestene og se til at de fungerer og fyller de oppgaver som er nødvendige. De pårørende sitt behov må også komme klart frem og tas med i vurderingen.

### 2.2 Målgruppe

Omsorgstjenestene omfatter brukere og pasienter i alle aldersgrupper og med svært ulike behov og funksjonsnivå. Det er en bred variasjon av diagnoser og helse- og omsorgsutfordringer. Denne planen omhandler primært mottakere av tjenester fra omsorgsdistriktene, Enhet for funksjonshemmede og Samordningsenheten. De kan også sekundært være mottakere av tjenester fra Mestringsenheten og fysio- ergoterapienheten. Fysio- ergoterapienheten er viktig medspiller for å forhindre/forebygge behov for omsorgstjenester.

Planen har mange tangeringspunkt til andre tema- og kvalitetsplaner, som for eksempel Plan for psykisk helsearbeid 2017-2022, Boligsosial handlingsplan, strategi for frivillighet i Levekår, strategi for velferdsteknologi med mer.

### 2.3 Medvirkning

Under utarbeidelse av planen er det avholdt et dialogmøte der representanter fra Sandnes eldreråd, Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne, Seniorsaken, Pensjonistforbundet i Sandnes, Demensforeningen i Sandnes, eldre- og seniorsentre, politikere fra utvalg for helse- og sosialtjenester og representanter fra tjenesteområdene i Levekår var invitert.

## 3 Mål

Helse- og omsorgstjenestene skal gi helhetlige og samordnede tilbud til personer som har rett til og behov for bistand. Tjenestene skal i størst mulig grad være rettet mot forebyggende og helsefremmende tiltak og skal kjennetegnes av verdier som selvstendighet, mestring, verdighet, trygghet og medbestemmelse. Tjenestene skal være virkningsfulle, involvere brukerne og legge til rette for at den enkelte kan leve og bo selvstendig. Tjenestene skal bygge opp under at den enkelte kan ha en aktiv og meningsfull tilværelse. Tjenestene skal innrettes på laveste effektive nivå<sup>1</sup> for å ivareta målsetting om selvstendighet og mestring i eget liv.

Oppsummert kan hovedmålene uttrykkes på denne måten:

- Innbyggerne skal oppleve å være selvstendig i eget liv.
- Innbyggerne skal bo lengst mulig i eget hjem.
- Tjenester skal gis på laveste effektive nivå.
- Tjenestene skal preges av stor grad av brukerinvolvering.

En framtidsrettet og god helse- og omsorgstjenesten må legge større vekt på aktivisering, både sosialt og fysisk, og gi økt oppmerksomhet på brukerens sosiale, eksistensielle, åndelige og kulturelle behov.<sup>2</sup>

### 3.1 Statlige mål og styringssignal

#### 3.1.1 Nasjonale mål og føringer

En rekke stortingsmeldinger, slik som Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 2008-2009), Morgendagens omsorg (St.meld.nr. 29 2012-2013), Folkehelsemeldingen (St.meld.nr. 34 2012-2013 og 19 2014-2015) og Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld.st. 26 2014-2015) gir føringer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere oppgaver og større ansvar blir overført til kommunene. Det er en forventning om en større satsing på forebyggende tiltak og at oppfølging av syke skal skje i nærmiljøet. Videre er det en forventning om at kommunene drives aktivt innovasjonsarbeid der blant annet velferdsteknologiske løsninger er sentrale. Ansatte skal ha kompetanse til å gi tjenester av høy kvalitet, og samhandling både mellom tjenester og tjenestenivåer skal gi innbyggerne sammenhengende helse- og omsorgstjenester.

Stortingsmelding 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester legger vekt på en mer aktiv pasient- og brukerroлле. Kvalitet og pasientsikkerhet er viktige tema. Kvalitetsforbedring av tjenestene skal skje ved bedre strukturer, økt kunnskap og innovativ tjenesteutvikling.

---

<sup>1</sup> LEON-prinsippet: laveste effektive omsorgsnivå

<sup>2</sup> Omsorg 2020, Helse- og omsorgsdepartement

Utviklingen skal skje i tråd med målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten (veileder IS 1162, 2005) der kjennetegnene på god kvalitet er at tjenestene skal

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- involvere brukere og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt
- i nært samarbeid med pårørende

### 3.1.2 Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet i perioden 2015-2020. Planen inneholder fem hovedsatsinger:

Sammen med bruker, pasient og pårørende. Tjenestene skal utvikles sammen med både pasienter, brukere og deres pårørende. Brukere skal få større innflytelse og målet er at tjenesten skal bidra til at hver enkelt mottager får ivare tatt sine grunnleggende behov og får leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre.

En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste. For å sikre bærekraften i tjenesten er det behov for faglig omstilling, endret og høyere kompetanse med vektlegging på mestring, forebygging, rehabilitering, aktivisering, veiledning og velferdsteknologi. Godt og synlig lederskap vektlegges også.

Moderne lokaler og boformer. Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes etter de behov morgendagens brukere har. Dette krever et mangfold av boformer.

Den nye hjemmetjenesten. På landsbasis har det vært en vekst i hjemmesykepleien. Dette skyldes flere faktorer, bl.a. at antallet yngre brukere under 67 år har økt og ansvar og oppgaver har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling. Dermed har kommunen fått og vil få nye brukergrupper med faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov. Det ligger et potensiale både kvalitets- og ressursmessig, i å styrke hjemmetjenesten. De møter ofte brukere og pårørende i en tidlig fase i sykdomsutviklingen og en faglig sterk hjemmetjeneste kan bidra til å forebygge og utsette en ytterligere funksjonssvikt.

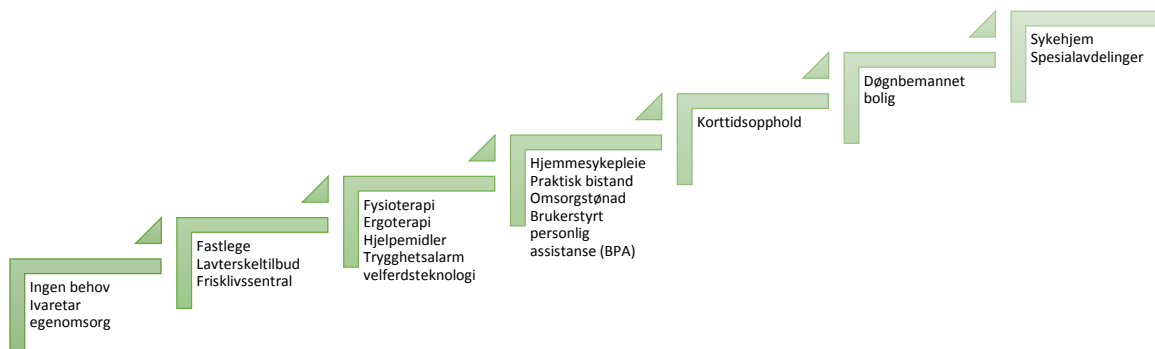
Fornyelse og innovasjon er nødvendig for å få gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Det skal satses på ny teknologi og faglige metoder.

## 4 Prinsipper og verdigrunnlag

### 4.1 Omsorgstrappen

En av de mest sentrale målsettingene for tjenestene er at ingen skal bli fratatt oppgaver som de kan utføre selv samt at brukere skal styrkes til selv å mestre eget liv. Dersom det er behov for tjenester skal dette gis på så lavt nivå som mulig, jamfør LEON-prinsippet.

Tjenestetilbudet kan ofte illustreres som en trapp som viser eksempler på nivå i omsorgstjenestene. Brukerne befinner seg ofte på flere trinn av trappen samtidig med ulike kombinasjoner av tjenester. Langs hele akse pågår et kontinuerlig samspill med pårørende, frivillige, spesialisthelsetjenestene og andre.



## 4.2 Hverdagsmestring

Den enkelte innbygger har ansvar for eget liv og egen helse. Hverdagsmestring handler om hvordan den enkelte skal kunne håndtere hverdagen til tross for uhelse. Det er behov for en generell holdningsendring både hos brukere (hva kan du gjøre selv) og ansatte (hjelp til egenmestring). Målet skal være å styrke den enkelte brukers tro på egen mestring, og ikke føle/ gjøre seg avhengig av det offentlige hjelpeapparatet.

## 4.3 Positiv atferdsstøtte

Enhet for funksjonshemmede (EFF) har Positiv Behaviour Support (PBS)<sup>3</sup> - Positiv atferdsstøtte som verdigrunnlag og rammeverk for miljøarbeidet.

Positiv atferdsstøtte er også en metode som kan brukes for å forebygge og redusere utfordrende atferd, og dermed også redusere bruk av makt og tvang. Målet med Positiv atferdsstøtte er at personer med nedsatt funksjonsevne skal oppnå meningsfulle liv, ha god livskvalitet og sikres aktiv deltagelse i relasjoner, aktiviteter og samfunnet.

## 4.4 Hva er viktig for deg?

Brukers behov skal være fokus i møtet mellom bruker og kommunes helse- og omsorgstjeneste. Kommunens ansatte må invitere til dialog og innspill, og være tilgjengelig. Forskning viser at brukere som er med å utforme tjenestene opplever bedre pasientforløp.

Når en bruker kommer i kontakt med tjenesteapparatet må de få gi uttrykk for sine verdier, tanker og behov knyttet til sine helse- og omsorgsutfordringer. Bruker og pårørende må derfor få delta i utformingen av tilbudet som skal gis. Brukers mål og hva som er viktig for den enkelte skal være basis i tjenesteutøvingen.

## 5 Demografisk utvikling

Folkehelsen i Sandnes kjennetegnes av generelt gode levekår, bra helsetilstand og gode levevaner. Samtidig er det sosiale ulikheter i befolkningens helse, og det er tendenser som tyder på at disse er økende. Det pekes på fem hovedområder hvor Sandnes kommune har særlige utfordringer og muligheter:<sup>4</sup>

- økte sosiale ulikheter
- større mangfold i befolkningen
- muligheter for hverdagsaktivitet
- psykisk helse, deltakelse og tilhørighet
- flere eldre

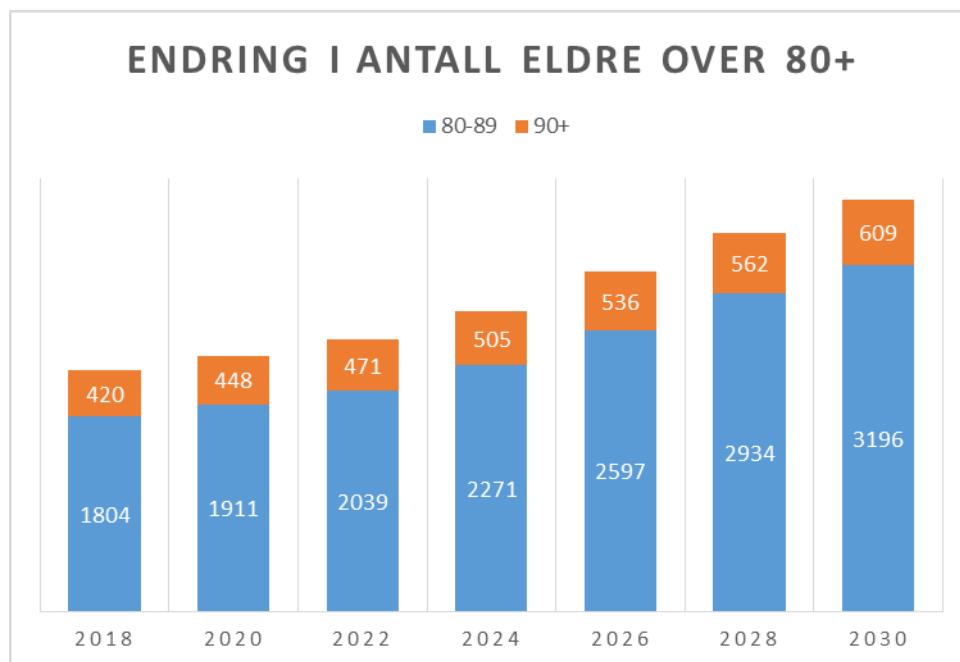
<sup>3</sup> <https://www.unitedresponse.org.uk/positive-behaviour-support-guide>

<sup>4</sup> Folkehelsen i Sandnes Helsetilstand og påvirkningsfaktorer, vedlegg til planstrategi 2016-2019 Bsak 28/16



Det er viktig å ha oversikt over endringer i befolkningsutvikling for å kunne dimensjonere tjenestene og være i forkant av utviklingen. Tjenestene gis til personer i alle aldre, mange yngre får omfattende tjenester. Personer over 80 år har ofte store behov og Sandnes vil få en stor økning denne aldersgruppen fram mot 2030. Det er stadig flere personer i aldersgruppen 67 -79 år og yngre som er brukere av omsorgstjenestene. Samme trend gjelder også på landsbasis<sup>5</sup>. Sandnes har en ung befolkning og yngre som har behov for tjenester vil sannsynligvis ha behov for dette i lang tid.

Prognosen for antall eldre over 80 år viser at det er en markant økning i antall personer og at andelen av det totale innbyggertallet vil øke fra 2,9 prosent i 2018 til 4,2 prosent i 2030.



## 6 Tjenester

### 6.1 Organisering

Omsorgstjenesten er delt i 4 geografiske distrikt. Inndelingen er hovedsakelig basert på grunnkretser. Distriktene er egne resultatenheter og gir timebaserte tjenester som hjemmesykepleie, praktisk bistand, driver bo- og aktivitetssentrene og dagaktivitetstilbudene for eldre. Tjenestene som ytes blir vurdert og tildelt av et sentralt tildelingskontor.

Fysio- og ergoterapitjenesten er organisert i en egen resultatenhet. Tjenester gis til alle aldersgrupper med hovedvekt på barn og eldre. Tjenestene ytes i nært samarbeid med omsorgstjenestene. Enheten har også ansvar for Frisklivssentral, drift av kommunalt hjelpemiddellager og alarmsentral. Private fysioterapeuter som får kommunalt driftstilskudd, har hovedvekt på pasienter i aldersgruppen 16-67 år. Det er vedtatt en virksomhetsplan for fysio- og ergoterapitjenesten med mål og prioriteringsnøkler for tjenesten.

Samordningsenheten er koordinerende enhet i kommunens samt har ansvar for tildeling av omsorgstjenester.

Koordinerende enhet har koordineringsansvar for mennesker med psykisk utviklingshemming og fysiske funksjonsvansker, samt barn og unge med diagnoser i psykiatrispekteret. De har blant annet ansvar for saksbehandling og tjenestetildeling av privat avlastning, opphold i avlastningsbolig, støtte- og fritidskontakt, dagaktivitetsplasser, omsorgsstønad, brukerstyrt personlig assistent (BPA) og

<sup>5</sup> [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/242848?\\_ts=15065287e20](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/242848?_ts=15065287e20)

miljøarbeidertjeneste. Enheten har overordnet ansvar for individuelle planer, oppnevning og opplæring av koordinatorene. Samordningsenheten har også ansvar for kartlegging og vurdering av kandidater til boliger for funksjonshemmede.

Tildelingskontoret i Samordningsenheten saksbehandler og tildeler tjenester som gis fra omsorgsdistriktene. Målgruppen er personer i alle aldersgrupper. Tildelingen omfatter hjemmetjenester, trygghetsalarmer, dagaktivitetstilbud, heldøgns plasser samt serviceboliger.

Enhet for funksjonshemmede (EFF) gir tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, der personer med psykisk utviklingshemming er den største gruppen. Tjenestene omfatter miljøarbeidertjeneste i heldøgns bemannede bofellesskap, timebaserte tjenester, dagtilbud og døgnbemannede avlastningstilbud. Denne resultatenheten ble opprettet i 2016.

## 6.2 Tjenestetilbud

I dette kapittelet gis det en kort beskrivelse av dagens tjenestetilbud. Oppsettet følger omsorgstrappen slik at tjenester på et lavt trinn står først og avsluttes med heldøgnstjenester som er på høyeste nivå i omsorgstrappen.

### 6.2.1 Eldre – og seniorsenter og Frivilligsentralen

Det er 5 private og 3 kommunale eldersenter i Sandnes. Kommunen gir tilskudd til drift av de private basert på stillinger på det enkelte senter. Eldresentrene driver et viktig arbeid med tanke på forebygging av helsesvikt og isolasjon. Det er stor spennvidde i arrangement – litteraturgrupper, turer, kurs, foredrag, dansekvelder med mer. Det er også mulighet å kjøpe middag, enklere retter til å spise på senteret eller ta med hjem. To eldersenter leverer middagsmat hjem (2 dager i uken hver) til personer som ikke er i stand til eller ikke vil benytte senteret. Eldresentrene har mange frivillige som stiller opp og gjør en stor innsats.

Frivilligsentralen gir tilbud til mange omsorgstrengende personer. Mange pensjonister er engasjert der og deltar aktivt med å hjelpe andre. Dette er også et godt helsefremmende tiltak for både de frivillige og mottakerne av hjelpen.

### 6.2.2 Frisklivssentralen

Frisklivssentralen kan hjelpe personer til å sette konkrete mål, finne frem til aktiviteter og tilbud som passer, og gi støtte til å gjennomføre planlagte tiltak. Veiledning og oppfølging foregår både individuelt og i grupper og tar utgangspunkt i behov og det som ønskes oppnådd. Tilbudene er spesielt rettet mot de som står i fare for å få, eller allerede har fått livsstilsrelatert sykdom. Tilbudene omfatter røykeslutt, ernæring, aktivitet og søvn.

Friskliv75 er Frisklivssentralens tilbud til kommunens innbyggere på 75 år. De blir invitert til en fagdag med fokus på frisk aldring, kosthold, fysisk aktivitet og trygghet i hjemmet.

### 6.2.3 Legetjenester

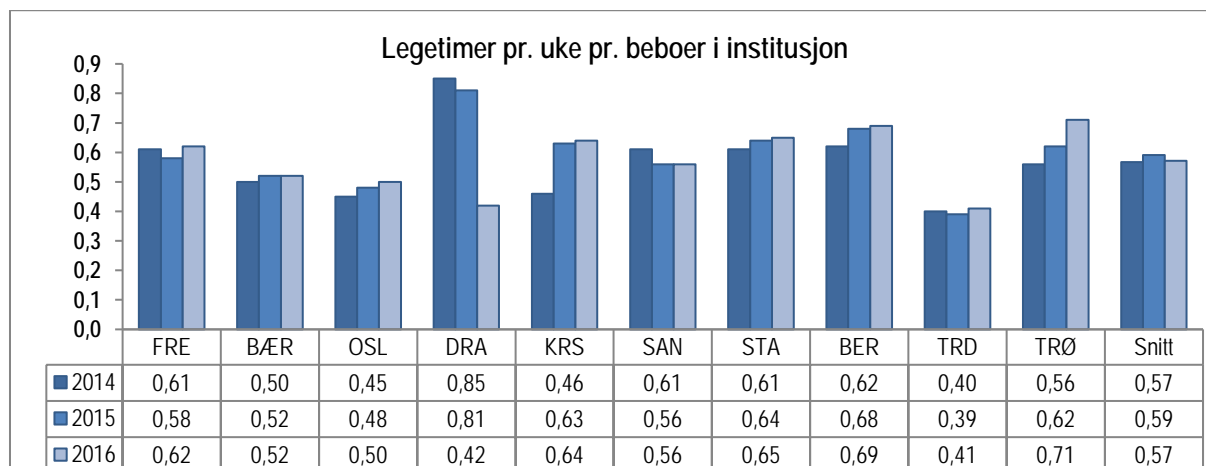
Sandnes kommune vedtok i 2014 en plan for legetjenesten. Hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger benytter sin fastlege. På sykehjem er det egen sykehjemslege som har ansvar for pasientene. Planen legger blant annet vekt på at innbyggerne skal ha reelle valg mellom ulike fastleger og at det er god kapasitet i fastlegeordningen. I følge planen skal legetjenesten til sykehjemsbeboere styrkes da det både er flere alvorlig syke og flere plasser i sykehjem. Fastlegen er en viktig samarbeidspartner for de kommunale tjenestene og dette bør utvikles videre<sup>6</sup>. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende og kommunen har begrenset styringsrett over deres virksomhet.

---

<sup>6</sup> KS FoU: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? 2016

På sykehjem er sykehjemslegen også medisinsk rådgiver med ansvar for medisinske rutiner og kliniske vurderinger ved alvorlige sykdomsforløp og ved vurdering av samtykkekompetanse. Oppdrag som sykehjemslege inngår i den tiden kommunen kan pålegge fastleger kommunalt arbeid. Noen få sykehjemsleger er kommunal ansatt i hele sin stilling og har ikke fastlegepraksis i tillegg.

Kommunene rapporterer i KOSTRA<sup>7</sup> legetimer per beboer i sykehjem.



Sandnes ligger på gjennomsnittet for legetimer pr uke per beboer i institusjon sammenlignet med kommunene i ASSS<sup>8</sup>-nettverket. I 2009 var det 0,40 time per beboer. Tidsrammen omfatter den tid legen er tilgjengelig på avdelingen, forberedelsestid og tidsbruk for eventuell kontakt når legen ikke er tilstede.

#### 6.2.4 Fysio- og ergoterapi

Fysio- og ergoterapi er en del av kommunens helsetilbud og utfører undersøkelser, behandling, trening og tilrettelegging til mennesker som har problemer knyttet til bevegelse og aktivitet. Målet er å fremme og vedlikeholde god helse og funksjon gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling, habilitering og rehabilitering. Fysio- og ergoterapeutene arbeider med brukere i alle aldre. Mange brukere har sammensatte behov og trenger langvarig og tverrfaglig oppfølging. Terapeutene samarbeider derfor med flere ulike instanser og fagpersoner så vel som pårørende.

I tillegg til kommunalt ansatte har 30 selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter driftsavtale med kommunen.

Kommunalt hjelpemiddellager låner ut enkle hjelpemidler på korttidslån. Terapeuter kan søke om tekniske hjelpemidler fra NAV-hjelpemiddelsentralen. Hjelpemiddellageret har som hovedoppgave å levere ut, montere, foreta tilpasninger og reparasjoner av tekniske hjelpemidler til brukere i kommunen.

#### 6.2.5 Trygghetsalarm

Kommunen disponerer omtrent 800 trygghetsalarmer. Alarmer tildeles personer som har behov for å tilkalle hjelp på kort varsel. Alarm gir brukeren økt trygghet og kan hjelpe enkelte til å bo lenger i eget hjem. Alarm kan tildeles som et supplement til andre helse- og omsorgstjenester. Gjennom bruk av alarmer vil den enkelte få kontakt med vakthavende helsepersonell i hjemmesykepleien.

Fra høsten 2017 kan kommunen tilby digitale trygghetsalarmer som ikke krever annen installasjon enn strømtilkobling. Alarmene bruker mobilt bredbånd som kommunikasjonskanal. De nye alarmene

<sup>7</sup> KOSTRA – årlig rapportering til SSB

<sup>8</sup> ASSS – landets 10 største kommuner

rutes til et bemannet responscenter som videreformidler anrop til hjemmesykepleie eller legevakt etter behov.

#### 6.2.6 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten er ryggraden i kommunens omsorgstjeneste, og ivaretar personer med små og store bistandsbehov både i korte perioder og over lengre tid. Hjemmetjenester gis til eldre og yngre brukere. I tråd med nasjonale rapporter er en stadig større andel av brukerne yngre. Kommunens målsetting er at flest mulig skal bo i eget hjem så lenge som mulig med nødvendige omsorgstjenester. Dette vil kreve en styrking av hjemmetjenesten i årene som kommer.

Hjemmetjenesten skal ha fokus på hva som er viktig for brukerne og fokusere på mestring av hverdagen. Hjemmetjenesten er en viktig bidragsyter i hverdagsrehabiliteringen.

*Hjemmesykepleien* gir nødvendig helsehjelp i til brukere som bor eller oppholder seg i kommunen. Typiske oppgaver er personlig stell, sår og medikamenthåndtering, oppfølging og observasjon. Det er ingen aldersgrenser for tjenesten. Tjenesten skal arbeide mot fastsatte mål for brukeren og gi intensive tjenester for om mulig å gjøre brukeren mer selvhjulpne.

I juni 2017 var det 1154 mottakere av hjemmesykepleie. Dersom en legger til grunn at behovet for hjemmesykepleie og tildelingsfrekvens vil være uforandret i årene framover vil befolkningsveksten føre til omtrent 600 flere brukere i 2030 med den største veksten i brukere over 80 år.

	2017	2020	2025	2030
<b>0 – 66 år</b>	272	280	297	312
<b>67 – 79 år</b>	288	327	387	429
<b>80 år og eldre</b>	594	645	801	1041
<b>Sum</b>	<b>1154</b>	<b>1252</b>	<b>1485</b>	<b>1782</b>

*Praktisk bistand og opplæring* omfatter både hjelp til egenomsorg, personrettet praktisk bistand og annen hjelp til alle dagliglivets gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. Dette skal gjøre brukeren mest mulig selvhjulpne i daglivet og kan innebære opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål. På samme måte som hjemmesykepleien har tjenesten praktisk bistand også fått en større andel yngre brukere med årene. Praktisk bistand kan også omfatte opplæring i daglivets gjøremål. Da kalles tjenesten miljøarbeid og benyttes i stor grad av EFF.

#### 6.2.7 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en metode som bidrar til hverdagsmestring. Det er en rehabiliteringsform for hjemmeboende med fokus på å opprettholde eller øke fysisk funksjon og livskvalitet. Tjenesten skal bidra til at hjemmeboende klarer seg selv hjemme og mestrer eget liv så lenge som mulig. Hverdagsrehabilitering gis i en tidsbegrenset periode og det gis intensiv opptrening i daglige aktiviteter med utgangspunkt i deltakernes egne mål. Et tverrfaglig team kartlegger deltakers behov og utarbeider rehabiliteringsplan og treningsprogram. Hjemmetrenerne i hjemmetjenesten utfører treningen.

Deltakerne har gitt tilbakemelding på tjenesten og er jevnt over godt fornøyde. Mange har blitt mer aktive og har hatt utbytte av å delta. De fleste har nådd sine mål og blitt selvhjulpne eller fått redusert sitt hjelpebehov.

#### 6.2.8 Omsorgsstønad

Personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid og utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen, kan få omsorgsstønad. Omsorgsstønad skal gjøre det mulig for private omsorgspersoner å opprettholde omsorgsarbeidet for sine nærmeste. Ordningen omfatter både omsorgsyter uten omsorgsplikt og foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn.

For å få tildelt omsorgsstønad må kommunen ha vurdert dette som den mest hensiktsmessige måten å yte tjenester på i hvert enkelt tilfelle. Denne vurderingen skal skje i samarbeid med omsorgsyter og eventuelt omsorgsmottaker.

#### 6.2.9 Avlastning

Avlastningstiltak gis til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastning gis ut fra ulike behov og organiseres på ulike måter. Avlastning i eget hjem eller i andres hjem gis timebasert eller som døgnavlastning. Avlastning i bolig er et døgnbasert tilbud til foresatte med hjemmeboende barn og unge med psykisk og/eller fysisk funksjonsnedsettelse. Enkelte med diagnoser innen psykiatrispekteret får aktivitetsbasert avlastning.

Avlastningstilbud på dagaktivitetssenter eller avlastningsopphold i sykehjem kan gis for å utsette behov for langtidsopphold i institusjon og gi eldre muligheten til å bo hjemme lengst mulig.

Avlastning i hjemmet, særlig for personer med demens, er tiltak som kan hjelpe pårørende til at personen kan bo hjemme lengre. Frivillighet inn i hjemmene i form av besøksvenn/ «frivillig venn» kan hjelpe ensomme eller helsesvake til mer aktivitet.

#### 6.2.10 Dagaktivitetstilbud

Kommunen har dagsentertilbud for eldre helsesvake ved 6 bo- og aktivitetssenter. Dagsentrene tilbyr et sosialt fellesskap med andre og brukerne får gjennom måltidene god ernæring. For mange er turen til dagsenteret eneste mulighet til å komme ut fra hjemmet sitt. Et godt tilrettelagt dagtilbud tar hensyn til brukernes individuelle behov, har fleksible åpningstider og brukerstyrte, individuelle aktiviteter. To av dagsentrene, Lura og Austrått, er spesielt tilrettelagt for personer med demens hvorav ett tilbud er for yngre personer med demens. Ved hjelp av statlige tilskuddsmidler har disse utvidet åpningstid om ettermiddagen.

Aktivitetstilbud til personer med psykisk og/eller fysisk funksjonsnedsettelse gis ved Kvål og Våsgjerd aktivitetssenter. Tilbudene er organisert og tilpasset ulike brukergrupper, med personer med utviklingshemming og/eller autisme som primære målgruppe. Når leieperioden ved Våsgjerd aktivitetssenter utgår om noen år må nytt aktivitetssenter tilpasses fremtidens brukere. Personer som evner å arbeide i ordinære virksomheter bør få tilbud om dette.

Omsorgstjenesten omfatter brukere i alle aldersgrupper. Det er en økning av brukere med store behov i alder under 67 år. Det er per i dag ingen tilrettelagte dagaktivitetstilbud for yngre med fysiske funksjonsnedsettelser eller kroniske lidelser. Det er behov for å se på mulige løsninger for et mer tilpasset tilbud for disse brukergruppene.

#### 6.2.11 Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere personlig bistand (praktisk og personlig bistand samt opplæring) på. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. Brukerstyrt personlig assistanse er først og fremst beregnet for personer med langvarig og stort behov for bistand i dagliglivet.

Kommunen vurderer bistandsbehovet og skal i samarbeid med den enkelte bruker avgjøre om det skal tilbys tjenester i form av brukerstyrt personlig assistanse.

Når personlig assistanse organiseres som en BPA- ordning, er det brukeren selv, eventuelt med bistand, som organiserer og leder arbeidet med assistentene. Det er et krav at arbeidslederrollen blir forsvarlig ivarettatt.

### 6.2.12 Koordinering

Kommunen har koordinerende enhet i Samordningsenheten. Enheten fungerer som et kontaktpunkt for meldinger om behov for habilitering og rehabilitering. Det skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og enheter.

En koordinator har hovedansvaret for koordinering og oppfølging av pasienter og brukere som mottar flere langvarige helse- og omsorgstjenester. Koordinator skal bidra til å sikre samordning av tjenestetilbudet. Koordinatorene kan være ansatte i ulike enheter slik som helsesøstre, ansatte på avlastningstjenesten, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ruskonsulenter, koordinatorene i Koordinerende enhet mm. Koordinatorene tilrettelegger for møter rundt bruker, innkaller aktuelle tjenesteytere, deltakerne i gruppen og leder møtene. En koordinator avlaster pårørende, og er ofte en viktig støtte for pårørende.

Brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjon, har rett på en individuell plan.

Kreftkoordinator er et lavterskel tilbud for personer med behov for veiledning og rådgiving i sykdomsforløpet. Andre grupper som personer med demens lidelser eller nevrologiske lidelser har ofte behov for koordinator/veileder spesielt i starten av sykdomsforløpet og gjerne før det er behov for ordinære pleie- og omsorgstjenester. Bedre opplevelse av pasientforløpet kan oppnås ved blant annet «en dør inn» for å få hjelp. Felles tildelingskontor er et tiltak som er iverksatt for å få til dette. Dette må videreutvikles for å tilpasses behovene.

Oppfølgingsteam som ny arbeidsform er noe regjeringen ønsker kommunene etablerer for å få til bedre tverrfaglighet og koordinerte tjenester. Det handler om å organisere tjenestene i team for å følge opp personer med store og sammensatte behov.

### 6.2.13 Boliger for personer med nedsatt funksjonsevne

Personer med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for tilrettelagte boliger med tilgang til tjenester hele døgnet, eller store deler av døgnet. Dette innbefatter brukere med fysisk funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming.

Boligene er ofte flere (fra 4 til 15) selvstendige boenheter samlet i en bygning sammen med en personalbase. Noen boliger har fellesarealer som benyttes til fellesarrangement og måltider etter beboernes ønsker og behov. Enkelte i brukergruppen kan ha stor nytte av å bo i egen leilighet i nær tilknytning til en bolig med bemannet personalbase.<sup>9</sup> Å ha tilgjengelige boliger nær base er et viktig innsatsområde.

Kommunen eier de fleste botiltakene og yter tjenester til beboerne. Det er også etablert to såkalte «foreldreinitiativ» der beboer eier sin andel i et borettslag. Kommunen eier personalbasen og yter tjenester.

I NOU 2016:17 «På lik linje»<sup>10</sup> fremholdes det at en god bosituasjon er viktig for alle mennesker og særlig for de som ha behov for stabilitet og forutsigbarhet. NOU foreslår en lovfesting av det kommunale ansvaret for å skaffe egnede og tilpassede boliger til denne. Det er 33 personer per 31. august som er kvalifisert og venter på slik bolig, av disse er 7 mellom 16 og 18 år.

---

<sup>9</sup> [Boligsosialhandlingsplan](#) omhandler behovet.

<sup>10</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

#### 6.2.14 Heldøgnsomsorg for eldre

Heldøgnsomsorg blir gitt både i omsorgsboliger (bokollektiv og bofellesskap) og i institusjon (sykehjemsplasser). Forskjellen er i hovedsak ulik lovregulering, ulik ordning for brukerbetaling og ulike krav til vedtak.

Bokollektiv er heldøgnsbemannet og har personer med demenssykdom som målgruppe. Et bokollektiv er også innrettet for eldre med psykiske lidelser. Leilighet/hybel ligger i tilknytning til fellesareal (kjøkken, spiseplass og oppholdsrom). Beboer skal møblere egen enhet selv, betale husleie og betale for tjenester som om vedkommende bodde i eget hjem. Pårørende gir ofte bistand til dette. Beboer bruker også egen fastlege. I de senere år er flere bokollektiv omgjort til sykehjemsplasser.

Bofellesskap er også heldøgnsbemannet. Målgruppen er helsesvake eldre. Leiligheten er ofte større enn i bokollektiv på bekostning av et noe redusert fellesareal. Flere bofellesskap er i de senere år omgjort til sykehjemsplasser. Betalingsordning og legetilsyn er som for bokollektiv.

Sykehjem retter seg mot de mest pleietrengende og sykeste brukerne, fortrinnsvis eldre personer. Beboere i sykehjem skal få dekket sine behov for pleie, medisinsk oppfølging og behandling samt individuelt tilpassede aktiviteter.

Beboer disponerer rom og bad. Rommet har sykeseng og enkel møblering. Det er anledning til å ha noen få egne møbler. Legebehovet dekkes av sykehjemslege. Beboer betaler vederlag etter statlig forskrift. Vederlaget er inntektsavhengig, eventuell formue inngår ikke i beregningsgrunnlaget. Vederlaget dekker det meste av oppholdet, men ikke klær og personlig forbruk.

De fleste plassene er i enkeltrom, men det finnes noen dobbelrom som fortrinnsvis brukes til korttidsopphold eller til beboere som ønsker å bo sammen.

I sykehjem er det både korttidsopphold og langtidsopphold. Korttidsopphold tildeles brukere som trenger et tidsavgrenset opphold på grunn av rehabilitering, vurdering av helsetilstand, etter sykehusinnleggelse, kriser i hjemmet og i livets siste fase. Korttidsplassene er i hovedsak samlet på Sandnes helsesenter og Rundeskogen bo- og aktivitetssenter samt lindrende enhet på Åse bo- og aktivitetssenter.

Enkelte avdelinger er spesielt innrettet for å møte brukere med ulike behov. Her kan nevnes skjermingsavdelinger for personer med kognitiv svikt/demenssykdom, lindrende behandling og rehabilitering.

Sandnes kommune er vertskommune for Jæren øyeblikkelig hjelp. Av de 13 plassene disponerer Sandnes 6 plasser. Plassene skal erstatte innleggelse på sykehus. Målgruppen er pasienter med kjent sykdom som ved forverring kan få forhåndsavtalt behandling. Tilbudet er aktuelt for personer med somatisk sykdom, psykisk lidelse eller rus.

IPLOS-måling<sup>11</sup> viser at 88,8 prosent av beboere på langtidsplass i institusjon har omfattende bistandsbehov i 2016, snittet i ASSS-kommunene er 85 prosent. Andelen har økt fra 85,3 prosent i 2014. I de fleste av ASSS-kommunene har andelen med omfattende behov økt de siste årene.

Dekningsgrad er et begrep som ofte blir brukt som måltall for heldøgns plasser. Dekningsgraden gjenspeiler hvor mange plasser som disponeres i forhold til befolkningen som er 80 år og eldre. Det er usikkert hvor stor dekningsgraden bør være og om det er det rette måltallet. Behovet for plasser påvirkes av mange faktorer, alt fra hvordan boligmassen og sosiale møtepunkter i kommunen er til

---

<sup>11</sup> IPLOS- Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

befolkningens helsetilstand og den medisinske utviklingen. Alle innbyggere har ansvar for å ha en bolig som er tilpasset sine behov. Befolkningens mobilitetsmønster og antall aleneholdninger vil også påvirke behovet.

Plasser med heldøgnsbemanning	2017	2018	2019	2020
Antall plasser 1. juli 2017	484	484	484	484
Rundeskogen bo- og aktivitetssenter, femte etasje	21	21	21	21
Reduksjon dobbeltrom	-6	-6	-6	-6
Oppstart Lura etter oppussing			14	14
<b>Disponible plasser 31/12</b>	<b>499</b>	<b>499</b>	<b>507</b>	<b>507</b>
Dekningsgrad i prosent	23,0	22,4	22,2	21,5

Behovet for heldøgns plasser vil stige når antall eldre øker. En godt utbygd hjemmetjeneste, velferdsteknologi og hverdagsmestring samt gode dagaktivitetstilbud kan forsinke behovet for en heldøgns plass. I tillegg kan alternative boformer med enkelte servicetjenester tilknyttet være et virkemiddel. Det må satses sterkt på behovsreducerende tiltak.

Det er vanskelig å si noe eksakt om i hvor stor grad tiltakene vil redusere behovet for heldøgnsomsorg. I planene for framskriving legges det derfor til grunn to alternativer med en dekningsgrad på 22 prosent og 20 prosent av befolkningen som er 80 år og eldre. Underveis må det vurderes hvilket alternativ som er mest bærekraftig og dekker behovene.

Plasser med heldøgnsbemanning	2017	2020	2025	2030
Antall plasser 31/12	499	507	507	507
Antatt behov, 22 % dekningsgrad	478	519	645	837
Behov for nye plasser, 22 %	-21	12	138	330
Antatt behov, 20 % dekningsgrad	435	472	586	761
Behov for nye plasser, 20 %	-64	-35	79	254

Tabellen over viser at det vil være behov for en økning av antall heldøgns plasser fram mot 2030 uansett hvilket alternativ som velges. Det vises for mer utførlig beskrivelse av andre boformer, tomtealternativer og utvidelsesmuligheter i kapittelet om fremtidens boform.

#### 6.2.15 Lindrende behandling

Sandnes Kommune har en lindrende enhet med 6 senger. Dette er en korttidsavdeling med stor kompetanse på lindrende behandling, stor andel av de ansatte er kreftsykepleiere og det er en onkolog (legespesialist i kreftsykdommer) som er tilknyttet avdelingen i tillegg til sykehjemslegen. Lindrende enhet prøver i 2017 ut et verktøy som heter «Livets siste dager». Dersom dette vurderes til å være et godt verktøy vil det kunne implementeres også til andre sykehjem i kommunen.



Sandnes er en del av nettverket for ressurspsykeleiere innen kreftomsorg og lindrende behandling. Dette er forankret i en avtale mellom Helse Stavanger HF og de 18 kommunene i foretaksområdet. Det er nettverk for både fysioterapeuter og sykeleiere. Målet med nettverket er kompetanseheving og samhandling slik at kreftpasienter og andre pasienter med behov for lindrende behandling, samt deres pårørende, opplever god kvalitet og trygghet i alle nivå av helsetjenestene.

Ressurspsykeleierne i nettverket skal ha en sentral rolle i å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasienter og palliative pasienter. Det er utarbeidet en kompetanseplan for nettverket, og ressurspsykeleierne får systematisk opplæring på fastlagte samlinger i nettverket.

Målet er at alle hjemmetjenestesonene skal ha en ressurspsykeleier samt alle bo- og aktivitetssentrene. Det er i dag ikke kreftpsykeleier eller palliativ sykeleier alle steder og det må satses på målrettet kompetanseheving og rekruttering i forhold til kompetansebehov.

### 6.3 Tiltaksliste tjenester

- Gi økt kompetanse i hverdagsmestring for å sikre gode holdninger i tjenestene.
- Variert tjenestetilbud må opprettholdes og videreutvikles, og tilpasses brukernes behov. Det må særlig satses på hverdagsrehabilitering og hjemmetjenester.
- Hverdagsrehabilitering skal tilbys alle aktuelle brukere.
- Kapasitet ved dagaktivitetstilbud må økes. Det bør vurderes på hvilken måte ulike brukergrupper kan få dagtilbud.
- Utarbeide plan for funksjoner i nytt aktivitetssenter.
- Eldre- og seniorsentrene må opprettholdes. Kommunen bør i løpet av 2018/2019 avholde møter med sentrene for å se på hvilke oppgaver som kan løses gjennom sentrene.
- Kommunen må planlegge flere plasser i bo- og aktivitetssenter innen 2025.
- Enhetene skal arbeide videre med å utvikle gode pasientforløp og gi innbyggerne «en dør inn» ved å etablere flere koordinatorstillinger.
- Evaluere organiseringen i EFF i 2017.
- Kommunen må fortløpende vurdere behov for andre organisatoriske endringer.
- Alternative måter å organisere tjenestene på må vurderes, slik som utvikling av oppfølgingsteam/tverrfaglige team.

## 7 Brukerinvolvering

I Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, står det at brukernes medborger- og medvirkningsansvar og den enkeltes muligheter og ressurser til selv å påvirke eget liv og egen helse skal fremmes og forsterkes. Fremtidens brukere vil stille høyere krav til kvalitet på tjenestene og vil medvirke til hvordan tjenestene innrettes og ytes ut fra egne mål og for funksjonsnivå og helse.

Brukermedvirkning og brukerinvolvering er et fokusområde for tjenestene. Ansvarliggjøring av den enkelte og økt egenomsorg er viktig for å gi bedre helse og livskvalitet og en bærekraftig tjeneste. I henhold til pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 har bruker rett til medvirkning. Kommunen må så langt som mulig tilrettelegge tjenestene i samarbeid med tjenestemottaker. Denne medvirkningen kan foregå på individnivå og systemnivå. Ulike metoder må benyttes for å sikre medvirkning og

innhente tilbakemeldinger og erfaring fra bruker og pårørende slik at tjenestene kan tilpasses og bli bedre.

### 7.1 Brukerundersøkelser

Kommunen har behov for å få tilbakemelding på tjenestene som gis for å kunne endre, tilpasse og utvikle dem. En metode som er ulike varianter av brukerundersøkelser, i papirform eller elektronisk. Tjenestene opplever liten respons på de brukerundersøkelsene som benyttes per i dag. Det er meldt inn ønske om en forenklet utgave som kan være enklere for både bruker og pårørende å respondere på.

Bedre kvalitet på brukerundersøkelser og økt respons kan oppnås med andre metoder. Brukerundersøkelsen kan gjennomføres på samarbeidsmøter, det kan foretas hyppigere undersøkelser, gjerne med noen få enkle spørsmål eller ta i bruk digitale løsninger ved blant annet å gjennomføre undersøkelse på nettbrett i møte med den enkelte bruker/pårørende. FIT (Feedback-Informed Treatment) er et eksempel på verktøy som legger til rette for systematisk tilbakemelding fra bruker til behandler.

### 7.2 Dialog og kommunikasjonsløsninger

God kommunikasjon og formidling er sentrale punkt i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Pårørende melder om behov for informasjon om brukers tjenester og daglige aktiviteter. Bedre kommunikasjon mellom pårørende og kommune kan oppnås ved mer bruk av Individuell Plan (IP) i omsorgstjenestene. Bruk av IP kan ivareta behov slik som rådgiving fra kommunens side, ha en kontaktperson og få riktig hjelp til riktig tid.

Digitale kommunikasjonsbøker som kan brukes av ansatte, bruker og pårørende kan være en alternativ løsning for bedre kommunikasjon. Mulighet for nye løsninger for kommunikasjon med andre brukergrupper, yngre brukere, psykiske lidelse etc., slik som bruk av videokommunikasjon i samhandling med kommunen, må vurderes. Informasjon må være lett tilgjengelig. Skype/åpen møteplass kan vurderes som alternative tiltak.

Brukere må gis informasjon om hva brukerinvolvering er og hva det innebærer. Det er viktig å lytte til brukerne i hverdagen, involvere og motivere bruker til å ta ansvar for egen helse for å unngå passivisering. Dette er i tråd med å ta utgangspunkt i prinsippet om «hva er viktig for deg?».

### 7.3 Brukerråd

Sandnes eldreråd og Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne bør benyttes mer aktivt i prosesser med utvikling av tjenestene. I bo- og aktivitetssentrene er det etablert brukerråd med representanter både fra pårørende og ansatte. Rådene er sentrale i tjenesteutviklingen og kvalitetsforbedrende arbeid på institusjonene.

Brukerinvolvering i hjemmetjenesten er vanskelig på systemnivå. Det er en mer spredt og variert brukergruppe. Alternativt bør det vurderes om brukerråd for hjemmeboende brukere er mulig.

Pårørenderepresentant i kvalitetsgrupper kan være en måte å sikre god brukerinvolvering.

På systemnivå må det være et internkontrollsystem som kontrollerer at brukerinvolvering blir ivare tatt og gjennomført.

Nettverkssamlinger/dialogkonferanser/fagdager/informasjonsmøter for brukere og pårørende bør benyttes langt oftere av kommunen.

## 7.4 Minoriteter

I Sandnes er mer enn en femtedel av innbyggerne av innvandrerbakgrunn. Med en økende innvandrerbefolkning vil en over tid også få en økende del av helsesvake eldre med innvandrerbakgrunn. Selv om mange innvandrere ivaretar sine eldre i familieomsorg, vil økt yrkesdeltakelse hos innvandrerkvinner ventelig gi økt behov for både hjemmetjenester og sykehjemsplasser. Videre vil de ordinære tjenestene innen habilitering/rehabilitering, avlastning og dagaktivitetssentrene møte innvandrere både som brukere og pårørende.<sup>12</sup>

Kulturforskjeller og språkbarriere kan hindre en god helse- og omsorgstjeneste. Utfordringer knyttet til dette kan være eldre personer med analfabetisme som bor hos sine barn og ikke lærer norsk. Noen er ukjent med norsk kultur, eller er ukjent med hvordan de kan ta imot et hjelpetilbud til foreldre eller barn. Ivaretagelse av tro og religionsutøvelse kan bli vanskelig i praksis i møte med norsk helsevesen. Det kan handle om lite kunnskap blant helsepersonell eller vansker med praktisk tilrettelegging. For å møte dette er det behov for å utvikle økt kompetanse og kulturforståelse i omsorgstjenestene.

Enkelte innvandrergrupper har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen. Noen er traumatisert fra tidligere hendelser og mer utsatt for psykisk belastning. Kulturforskjell kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å identifisere behovet når smerter uttrykkes ulikt. Blant annet er demens er en lidelse som kompliserer oppfølgingen ved kultur og språkutfordringer.

Innsats bør fokusere på økt kompetanse blant ansatte og ta i bruk tilgjengelige hjelpemidler og tolketjeneste. Flyktningeenheten har stor kompetanse på dette feltet og kan være en ressurs for helse- og omsorgstjenesten med egne kontaktpersoner eller koordinator.

## 7.5 Tiltaksliste brukerinvolvering

- Opparbeide kompetanse i bruk av verktøy for brukermidvirkning og tilbakemeldinger.
- Se på mulighet for å bruke elektroniske tilbakemeldingsverktøy.
- Fortsette bruk av IP (individuell plan) og gi opplæring av ansatte.
- Benytte brukerrådene i bo- og aktivitetssentrene aktivt.
- Bruke klarspråk i kommunikasjon med bruker.
- Se på mulighet for anskaffelse av digitale kommunikasjonsverktøy mellom tjenestene og pårørende/brukeren.
- Delta i testing av nasjonalt program «digital innbyggertjeneste» for samhandling med bruker og pårørende.
- Invitere med brukerrepresentanter i ulike prosesser og prosjekter.
- Gjennomføre brukerundersøkelser i gitte intervaller.
- Bruke avvikssystemet som internkontroll.
- Startsamtale/inntakssamtale skal være en fast del av tilbudet i institusjon og hjemmetjenesten.
- Benytte informasjonsmateriell i møte med bruker og pårørende.
- Opprette kontaktpersoner for omsorgstjenesten i Flyktningeenheten.
- Bruke tolketjeneste eller andre verktøy for kommunikasjon ved behov.
- Utarbeide og implementere retningslinjer for bruk av tolketjeneste samt kompetansepakke om innvandrerhelse og flerkulturell forståelse for aktuelle ansatte.

<sup>12</sup> [Plan for inkludering og integrering i Sandnes 2015 - 2020](#)

## 8 Pårørende

Familie, nærpå personer og sosiale nettverk spiller en betydelig rolle for den enkelte pasients helse og livskvalitet. Manglende nettverk kan derfor resultere i økt etterspørsel etter kommunale tjenester. Kommunale tjenester erstatter ikke et manglende sosialt nettverk og pårørende er en verdifull ressurs. Ansatte må verdsette deres kompetanse når det gjelder kjennskap til bruker og den bistand de kan gi, og bidra til et godt samspill.

Informasjon om hvilke tilbud som er tilgjengelig er viktig for både pårørende og bruker. Ansatte må lytte til pårørendes behov og ta hensyn til disse der det er mulig. Pårørende må informeres om kommunens tjenestetilbud og avklare forventninger tidlig i forløpet.

Mer bruk av koordinatore/kontaktpersoner som kan gi råd og veiledning er et uttrykt behov. For de som har store omsorgsoppgaver kan samtaler eller støtte i grupper være nyttig. Helsepersonell må vurdere den enkeltes behov og gi individuelt tilpasset oppfølging.<sup>13</sup>

Pårørende til personer med omfattende hjelpebehov kan ha behov for avlastning i perioder. Det er i dag avlastningstilbud i bolig, sykehjem og på dagsenter. Det kan også være mulig å tilby avlastning i eget hjem.

Pårørende ønsker mer muligheter for tilbakemelding i det daglige. Det arbeides nasjonalt med å utvikle et digitalt verktøy for samhandling med bruker og pårørende. Det er også tilgjengelig ulike applikasjoner for «hverdagslige» tilbakemeldinger mellom pårørende og kommunen.

### 8.1 Barn som pårørende

I henhold til helsepersonelloven § 10 a har helsepersonell plikt til å identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av foreldrenes tilstand. Lovkravet skal styrke stillingen til barn av foreldre med alvorlig sykdom. Det er gjennom de seinere årene et styrket fokus på barn som pårørende. I Pårørendeveilederen (IS 2587)<sup>14</sup> er ansvaret tydelig beskrevet.

Kommunen har utarbeidet interne retningslinjer for barn som pårørende. Retningslinjene gjelder alt helse- og sosialpersonell i Levekår og fastleger som er i kontakt med voksne med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom/ skade.

Retningslinjene omfatter også mindreårige søsken til alvorlig syke og mindreårige etterlatte.

Barn som pårørende skal tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Bestemmelsen omfatter således både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn i alderen 0-18 år.

---

<sup>13</sup> Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, IS-2587, Helsedirektoratet.

<sup>14</sup> <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>

## 8.2 Tiltaksliste pårørende

- Invitere pårørende til å ta en mer aktiv medvirkningsrolle.
- Det utarbeides og implementeres en egen pårørendestrategi for Levekår.
- Implementere og følge opp retningslinjene for barn som pårørende. Gjennomføre en kvalitetssjekk i 2018, om retningslinjene oppfylles.
- Gjennomføre påbegynt prosjekt med veiledning av pårørende/foresatte til barn med utviklingshemming og utfordrende atferd. Vurdere implementering av tiltak.
- Utarbeide informasjonsverktøy til bruk i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem.
- Opprettholde og etablere koordinatorstillinger for områder som kreft og demens.
- Gjennomføre pårørendeundersøkelser i gitte intervall.
- Legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om støtte til pårørende.
- Arrangere årlige systematiske treffpunkt for pårørende der det er behov.
- Vurdere mulighet for bruk av elektronisk samhandling mellom tjenestene og pårørende.
- Legge til rette for mer fleksible avlastningsordninger.
- Legge til rette for avlastning for pårørende.
- Opprettholde og systematisk benytte bruker- og pårørenderåd i bo- og aktivitetssentrene som en ressurs til utvikling og forbedring.

## 9 Frivillighet

Frivillighet er et utbredt begrep i Norge der hovedinnsatsen legges ned i kultur- og idrettssektoren. Bare 10 prosent av det frivillige arbeidet i Norge skjer innenfor omsorgssektoren. Grensen mellom offentlig virksomhet, privat næringsliv og det sivile samfunn er i endring. Det vokser frem en erkjennelse om at det offentlige ikke kan, eller skal, løse alle oppgaver. Frivillige aktører gjør en betydelig samfunnsinnsats, og frivillig arbeid er et viktig supplement til de kommunale tjenestene<sup>15</sup>.

Tjenesteområdet Levekår har siden 2014 arbeidet etter en frivillighetsstrategi<sup>16</sup> for å bidra til en god samhandling mellom tjenestene og frivillige enkeltpersoner, lag og organisasjoner. Dette arbeidet krever ildsjeler og motiverte ledere og må arbeides med kontinuerlig. Kommunen satser også på en styrking i frivillighetsarbeidet for eldre og pleietrengende. På den måten kan en oppnå økt livskvalitet for både de som mottar frivillig bistand, og for de som gir slik støtte.

Rekruttering og oppfølging av frivillige, samarbeid med frivilligsentralen og etablering av kontaktpersoner på alle bo- og aktivitetssenter er noen av tiltakene som er gjennomført. Det er etablert et faglig nettverk for frivillig arbeid slik at de ulike virksomhetsområder kan lære av hverandre. Det er utarbeidet informasjonsmaterieell som skal invitere personer til å bli frivillig.

«Aktivitetsdosetten» er tatt i bruk som metode ved ett bo- og aktivitetssenter. Aktivitetsdosetten innebærer at pasienter på sykehjem får en daglig «dose» med aktiviteter. Frivillige er delaktige i å utføre aktivitetene sammen med pasientene.

Omsorgsdistriktene har i 2016 knyttet til seg flere frivillige, og den frivillige innsatsen har økt.

Det å være frivillig kan være helsefremmende i seg selv og bør være en oppfordring til friske eldre å aktivisere seg med. Pårørende deltar ofte som frivillig og noen fortsetter å virke som frivillig. Bruk av yngre frivillige gir en større bredde i tilbudet. Ungdommer og unge voksne har andre ressurser. For å få til et godt tilbud for brukerne må det legges til rett for et godt samarbeid mellom de kommunale

<sup>15</sup> Morgendagens omsorg (St.meld.nr. 29 2012-2013)

<sup>16</sup> [Strategi for frivillighet i Levekår 2015-2020](#)

tjenestene og frivillige. Rekruttere og beholde frivillige er satsingsområde for ressurspersonene i tjenestene.

### 9.1 Tiltaksliste frivillighet

- Legge til rette for frivillig initiativ for å stimulere til økt aktivitet og sosial deltakelse.
- Ressurspersoner/koordinatorer i hver enhet og bo- og aktivitetssenter.
- Nettverksgruppe for ressurspersonene, ledet av Frivilligsentralen.
- Rekruttere og beholde frivillige i alle aldersgrupper.
- Oppdatert og lett tilgjengelig informasjon om frivillighetsmuligheter på kommunens internettsider, samt vedlikeholdt brosjyre til bruk ved rekruttering.
- Samarbeid mellom enhetene. Eksempelvis flyktninger som frivillig i Omsorg, EFF og Frivilligsentralen.
- Samarbeid med Eldrerådets frivilligruppe for å spre informasjon i organisasjoner for eldre.
- Samarbeidsavtaler med ulike aktører, i regi av Frivilligsentralen.
- Tilby aktuelle ansatte opplæring i studiet Frivillighetskoordinering og Aktiv omsorg.
- Enhetene arrangerer jevnlig samlinger/opplæring og informasjon til de frivillige.
- Koble bruk av metoden «Aktivitetsdosetten» i sykehjem mer mot frivillige.
- Utvikle etiske retningslinjer for frivillighet i tjenestene, inkludert informasjon til pårørende og taushetsløfter.

## 10 Velferdsteknologi

Velferdsteknologibegrepet beskriver teknologiske løsninger som skal styrke den enkeltes mulighet for egenmestring, forsterke brukernes trygghet, bevegelsesmulighet og muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet.

Et av hovedmålene er at ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger skal innbyggerne i kommunen oppleve trygghet og større egenmestring i sin hverdag der de bor. Innbyggerne skal oppleve tjenestene de mottar som fleksible og med stor grad av brukerinvolvering. Bruk av velferdsteknologi skal gi bedre ressursutnyttelse i fagutøvelse og forvaltning.

Velferdsteknologi er fortsatt relativt nytt og er i en rivende utvikling. Direktoratet for e-helse har blitt etablert og de utgir stadig nye anbefalinger rundt dette temaet. Sandnes kommune skal arbeide videre med å ta i bruk og implementere velferdsteknologi i tjenestetilbudet. For at dette skal bli en realitet vil det kreve positiv holdning både blant ansatte, pårørende og brukere. Ansatte skal læres opp i Velferdsteknologiens ABC for å kunne være med å gjøre vurderinger av behov og finne gode løsninger for den enkelte bruker.

Gjennom aktiv brukerinvolvering, tverrsektorielle/interkommunale samarbeid og pilotering av teknologiske løsninger gjør kommunen seg verdifulle erfaringer som vil være sentrale når ny velferdsteknologi skal implementeres.

Det er viktig å investere i tiltak som utsetter/reducerer etterspørselen etter heldøgns plasser. Hverdagsmestring og systematisk innføring av velferdsteknologi vil være viktige tiltak i denne satsningen. Kommunen har utarbeidet sin egen strategi for sin satsning på velferdsteknologi. Når strategiperioden er utløpt i 2020 må det vurderes om videre tiltaksplan skal innlemmes i neste revisjon av planen.

Sandnes har sammen med elleve andre kommuner anskaffet digitale trygghetsalarmer. Dette danner grunnlag for å kunne benytte annen type trygghetsskapende teknologi som dørsensorer, GPS og

fallalarmer. Ved implementering av velferdsteknologi vil det på sikt bli behov for nye måter å håndtere varslene som genereres.

Utfordring med ny teknologi er at det stadig utvikles nye løsninger og montering og vedlikehold av utstyr kan kreve behov for mer spisskompetanse. For å få til en vellykket implementering må det sikres at informasjon, kunnskap og holdning formidles ut i alle tjenestene. For å få realisert gevinster må det arbeides med volum og overføring av prosjekter til driftsfase. Det må sikres at brukere har kompetanse til å ta i bruk ulike digitale løsninger og annen teknologi.

### 10.1 Tiltaksliste velferdsteknologi

- Aktiv brukerinvolvering for å sikre at det fokuseres på behovet som skal dekkes, i stedet for løsninger.
- Gi opplæring i bruk av teknologiske hjelpemidler og øke den digitale kompetansen.
- Trygghetsalarmer skal alltid være tilgjengelig på kommunalt hjelpemiddellager, og tildeles uten venteliste til de som blir vurdert til å ha nytte av slik alarm.
- Trygghetsalarm skal kobles til en bemannet responstjeneste som «siler» anrop.
- Ulik trygghetskapende sensorikk skal tilbys brukere med behov for slikt utstyr.
- I 2017/2018 skal levekår bidra i nasjonale prosjekter knyttet til digitalisering av søknader og informasjonsutveksling mellom brukere og henholdsvis helsetjenestene i levekår og de kommunale NAV-tjenestene.
- Kommunen skal fortsatt delta aktivt i ulike nettverk for erfaringsutveksling og samarbeid om velferdsteknologi.
- Kompetanseheving med gjennomføring av Velferdsteknologiens ABC.
- Kartlegging av arbeidsprosesser og vurdering av gevinst vil være sentralt for at satsing på velferdsteknologi skal være en suksess.
- Kommunen deltar i nasjonalt velferdsteknologiprogram der målet er implementering av medisindispensere og digitalt tilsyn.

## 11 Demens

Dette kapitlet omhandler demensomsorgen spesielt. Det bygger på offentlige bakgrunnsdokumenter samt gjennomgang av erfaringer i kommunen.

Regjeringen har lansert «Demensplan 2020» hvor målsettingen er et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrer personer med demens i felleskapet. Planen tydeliggjør hvordan kommunen bør løse denne utfordringen, samtidig som antall personer med demens er økende.

Fokusområder vil være:

- Forebygging
- Kunnskap og kompetanse
- Diagnostisering og oppfølging etter diagnose
- Fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud
- Tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet
- Deltakelse og involvering

Demensomsorgen i Sandnes skal preges av et helhetlig og tilpasset tilbud, tidlig utredning og veiledning til både pasienter og pårørende. For å klare dette kreves et godt samarbeid både internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

## 11.1 Bakgrunn

Demens forårsakes av forskjellige hjernesykdommer og kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. Personer som rammes av demens får vansker med å anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagliglivets funksjoner. En del viser manglende innsikt, motorisk uro eller aggressivitet. Andre symptomer kan være angst, depresjon, hallusinasjoner og apati. Mange vil i startfasen kunne være deprimerte, engstelige og trekke seg tilbake. Senere i forløpet vil det kunne være større endringer i personlighet og væremåte.

De vanligste formene for demens er Alzheimers sykdom og vaskulær demens. Utover dette kan demens oppstå ved en rekke mindre hyppig forekommende hjernesykdommer. De ulike typer demenslidelser krever ulik type forståelse og tilnærming. Funksjonsnivå vil være ulikt i de ulike stadier av sykdommen og etter hvert som sykdommen utvikler seg.

Demenslidelse refereres ofte til som en pårørendesykdom. Ikke bare bruker blir rammet, men i stor grad de nærmeste pårørende og det sosiale nettverket. Om vi regner med de nærmeste pårørende, er minst 250 000 mennesker berørt av demenssykdommer i Norge.

## 11.2 Forekomst

Forekomsten av demenssykdom øker sterkt med økende alder. Det finnes per i dag ingen studie som har kartlagt nøyaktig forekomst av demenstilfeller i Norge. Helsedirektoratet arbeider med å utvikle gode verktøy for å innhente og analysere data fra ulike registre. Oppsummert IPLOS –tall fra 2015 viser at 17 472<sup>17</sup> personer var registrert med diagnose demens, men tallene er underrapportert. Antallet viser kun personer som mottar kommunale tjenester på rapporteringstidspunktet. Det er ukjent hvor mange personer som lever med udiagnostisert demens. Alzheimer Europe presenterte i 2013<sup>18</sup> prevalens tall for Norge basert på europeiske studier. Anslagsvis er det 78 000 personer med demens, noe som tilsvarer cirka 1.55 prosent av befolkningen. Av disse anslås 4 000 å være under 65 år. Det er beregnet at antallet personer med demens vil fordobles fram mot 2040, forutsatt at dagens utvikling fortsetter (Demensplan 2020).

Flere personer med minoritetsbakgrunn blir diagnostisert med demenssykdom. Dette utfordrer helsepersonell på kunnskap om kultur og språk. Vi ser også en økning blant personer med utviklingshemming, noe som kan forklares med at levealderen for personer med utviklingshemming har økt de siste 20 årene, og at de har en høyere risiko for å utvikle demens enn befolkningen generelt.

Personer med demens trenger pleie og omsorgstiltak. Det antas at cirka halvparten av alle personer med demens i Norge i dag bor i eget hjem. De øvrige bor på institusjon. Anslagsvis 84 prosent av beboerne på sykehjem har demenssykdom. Hos personer med demens som legges inn på sykehjem har 30 prosent mild demens, 50 prosent moderat demens og 20 prosent alvorlig demens.<sup>19</sup>

## 11.3 Forekomst i Sandnes

Tabellen under viser prevalens (beregnet antall tilfeller) av demens i Sandnes. Beregningen er basert på prevalens fra Folkehelse rapporten<sup>20</sup> og SSB sin framskrivning av folkeveksten i Sandnes (moderat vekst).

---

<sup>17</sup> [Helsedirektoratets rapport IS-0600: Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

<sup>18</sup> [2013: The Prevalence of dementia i Europe](#)

<sup>19</sup> [Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens \(REDIC\) 2015 Corinna Vossius, Geir Selbæk, Arnt Egil Ydstebø, Jurate Saltyte Benth, Geir Godager, Hilde Lurås, Sverre Bergh](#)

<sup>20</sup> Folkehelseinstituttet, fhi.no [Folkehelse rapporten](#) oppdatert 09.04.2015



Framskrivning av antall personer med demens i Sandnes for planperioden:

Alder	Prevalens (%)	2017	2020	2025	2030
65-69	1	29	32	36	39
70-74	2	48	53	60	66
75-79	6	89	111	143	165
80-84	18	196	212	282	367
85-89	32	218	235	272	370
90 år eller eldre	41	166	184	211	250
Sum		<b>746</b>	<b>827</b>	<b>1 004</b>	<b>1 257</b>

Om en regner med at hver person som utvikler demens har 4 pårørende er det i Sandnes trolig 3000 mennesker berørt av demenssykdommer i 2017 og økende til 5000 i 2030.

Slike prognoser fordrer at kommunen har tiltak som tilrettelegger for personer med demens i ulike faser av sykdommen, og som ivaretar et optimalt funksjonsnivå så lenge som mulig.

#### 11.4 Forebygging

Ved å forskyve demensdebuten, kan forekomsten av demens reduseres betydelig. Fall, ensomhet og kognitiv svikt er tre faktorer som påvirker hverandre gjensidig. Redusert almenntilstand på ett område får gjerne konsekvenser for andre områder. Opprettholdelse av muskelstyrke, god balanse og førlighet kan bidra til å forhindre fall, og redusere eller utsette pleiebehov. Videre kan sosial stimulering og kognitiv trening bidra til økt mestring og mening. Dagsenter og andre aktivitetstilbud kan være en egnet arena for dette. Det er også et fokus som må være til stede i arbeidet med samfunnsplanleggingen, informasjonskampanjer og gjennom arbeidet til frisklivssentralen.

#### 11.5 Kunnskap og kompetanse

Ansatte i omsorgstjenesten må ha nødvendig kompetanse innen demensomsorg for å sikre langsiktig kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det må derfor gis mulighet for grunn-, etter- og videreutdanning. Opplæringstiltak må tilrettelegges slik at ansatte som arbeider med personer med demens får god opplæring og at andre får mer generell basiskunnskap.

Kommunen har etablert studiegrupper som bruker opplæringsverktøy utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Verktøyet er tilpasset alle grupper av ansatte. Opplæringsverktøyet har fokus på å øke kompetanse innen demensomsorg og miljøterapi. Kommunen må satse videre på Demensomsorgens ABC program.

Ansatte ved flere demensavdelinger har gjennomgått opplæring i VIPS (personsentrert omsorg). Målet med personsentrert omsorg er å styrke identiteten, fremme brukerinvolvering og tilpasse aktiviteter til den enkelte. Et annet mål med personsentrert demensomsorg er å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så langt det er mulig. Det er ønskelig at det nyttes VIPS som arbeidsmetode i de institusjonene hvor det arbeides med mennesker med demens.

Videre gis det veiledning og opplæring i bruk av tvang og fokus på tillitsskapende tiltak, jf pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Omsorgstjenestene må ha fokus på å fortsatt styrke den etiske

kompetansen gjennom systematisk refleksjon, i tillegg til veiledning om bruk av tvang med fokus på tillitsskapende tiltak, jf pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Det er behov for økt kulturell forståelse og kompetanse om personer med minoritetsspråklig bakgrunn og mennesker med utviklingshemming som utvikler demens, samt behandling og håndtering av personer med utfordrende adferd.

Lege og pleiepersonell på institusjon må sikre god kartlegging og dokumentasjon av behandlingsløp ved forverring for å unngå unødig innleggelse i sykehus. Det er viktig at fastlegene har god kompetanse og kunnskap om demens og god oversikt over kommunens tilbud.

Det må tilbys veiledning til pårørende, både om praktiske og økonomiske forhold i tillegg til mer sykdomsrelaterte emner. Dette kan ivaretas av personell på institusjon, hjemmetjenesten eller av egen demenskoordinator i kommunen.

Gjennom etablerte fagnettverk opprettholdes godt samarbeid og kompetanseformidling med spesialisthelsetjenesten.

### 11.6 Diagnostisering og oppfølging etter diagnose

Rett diagnose gir pasient, pårørende og tjenesteapparatet mulighet til å iverksette nødvendige tiltak tilrettelagt pasientens behov. Utredning er ofte et samarbeid mellom legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten samt spesialisthelsetjenesten.

I Sandnes er det etablert fire demensteam i tilknytning til omsorgsdistriktene. Demensteamene er fastlegens forlengede arm når det foreligger mistanke om en demensdiagnose. Målet er at utredningen starter så tidlig som mulig for å kunne gi rett veiledning og hjelp i tidlig fase.

Teamene er tverrfaglig sammensatt av sykepleiere og ergoterapeuter. Teamene bidrar i utredningen ved å dra på hjemmebesøk for samtale og kartlegging. Per i dag løses disse oppgavene innenfor eksisterende stillingshjempler. Dermed er det begrenset hvilke oppgaver teamet kan ivareta utover kartleggingen.

Flere uttrykker behov for å ha noen å kontakte etter at demensteamet har gjennomført kartleggingen. Det er nødvendig å se på organiseringen av demensteamet for å møte fremtidens behov. Erfaring fra Grimstad kommune<sup>21</sup> viser at systematisk oppfølging av nydiagnostiserte personer med demens og samarbeid med pårørende kan forebygge sykdom, gi økt livskvalitet og forsinke behovet for mer omfattende tjenester. Det er behov for å vurdere demensteamenes organisering og oppgaver samt en egen stilling som demenskoordinator.

Det er viktig med gode samarbeidsrutiner med fastlegene for å sikre riktig utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med demens. Legetjenesten må ha god kompetanse og kunnskap om demens, samt god oversikt over hvilke tilbud som finnes i kommunen. Dette gjelder tilbud som er aktuelle for pasienter og tilbud til pårørende.

Pårørende til personer med demens har en krevende omsorgssituasjon og er ofte utsatt for helseskade på grunn av dette. De trenger kunnskap om sykdommen, behandling og tiltak, og må inkluderes i utredningsarbeidet. Dette er med på å gi økt trygghet til å håndtere sykdommen og leve med den syke.

### 11.7 Fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud

Personer med demens har en hverdag som ofte er preget av mangel på sosial og sansemessig stimulering. Dette kan føre til isolasjon, angst og depresjon. Demens fører også til økende behov for

---

<sup>21</sup> [Grimstad kommune – informasjon om tiltakspakke demens](#)

hjelp av andre. Gode dagtilbud er et viktig element i samspillet med pårørende og kan bidra til å forebygge og utsette behov for heldøgnsstilbud.

På Austrått og Lura bo- og aktivitetssenter er det etablert et bydekkende dagtilbud for personer med demens. Austrått bo- og aktivitetssenter har i tillegg et dagtilbud til yngre personer med demens. Det er i dag utvidede åpningstider, uten at kapasiteten er utnyttet fullt ut. Alle andre aktivitetsavdelinger har også gjester med demens, men en ser at det er en fordel å samle tilbudet til denne brukergruppen. Tilbudene må tilpasses den enkeltes ønsker og interesser. Det kan derfor være aktuelt å se på mer fleksible åpningstider på dagsentrene. Det må etterspørres «hva er viktig for deg?», hvor tilbudet tilrettelegges ut fra den enkeltes preferanser og behov.

Samarbeidet med frivillige må videreutvikles slik at en kan tilby aktivitetsvenn og besøksvenn til hjemmeboende med demens.

Kommunen bør også se på muligheten for å tilby brukerstyrte senger i enkelte tilfeller. Vissheten om at det finnes et høyere omsorgsnivå en kan benytte seg av ved behov, er ofte den tryggheten som skal til for at pasienter og pårørende kan klarer seg uten institusjonsplass.

Pårørendes grad av belastning må kartlegges og hjelp må tildeles etter individuell vurdering av behovet. For tjenestetilbudet skal ha avlastende effekt for pårørende, bør det gis med tilstrekkelig intensitet slik at det oppleves som en reell avlastning.

### 11.8 Tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet

Det er et mål at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem. Det er en utfordring å tilrettelegge tjenestene for personer med demens slik at den enkelte og de pårørende opplever trygghet og sikkerhet. For å kunne mestre hverdagen og leve et så selvstendig liv som mulig er det viktig med kontinuitet i hjemmetjenesten, aktivitetstilbud og avlastning.

Det finnes også ulike teknologisk hjelpemidler, som elektroniske kalendere, dagsplaner, døralarm/matter og GPS-sendere som vil kunne bedre omsorgen for hjemmeboende personer med demens. Her må en samarbeide med hjelpemiddelsentralen for å finne best egnet hjelpemiddel. Mye kan også anskaffes på privat marked og pårørende må informeres om hvilke muligheter som finnes. Når personer med demens trenger sykehjemsplass eller heldøgns plass er de optimale rammebetingelsene små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere og et stabilt personale med nødvendig kompetanse. Det bør være direkte tilgang til tilrettelagt uteareal og det bør legges til rette for sosiale felleskap.

I noen tilfeller viser en del mennesker med demens sterk motorisk uro eller aggressivitet. Det er i slike tilfeller behov for et spesielt tilrettelagt botilbud. Dette for å ivareta både personell, andre brukere og ikke minst personene som har en slik tilstand. De miljøterapeutiske rammene vil kunne avhjelpe uro og aggresjon. En slikt botilbud har ikke kommunen i dag og må planlegges utbygget.

### 11.9 Deltakelse og involvering

Sandnes kommune inngikk i 2016 en avtale med Nasjonalforeningen for folkehelse om å bidra til å bli et demensvennlig samfunn. Formålet med avtalen er å tilrettelegge for at mennesker med demens kan møte forståelse, respekt og støtte, ha mulighet til å være inkludert og delta i nødvendige hverdagsaktiviteter som å handle, bruke offentlig transport, delta i kulturaktiviteter og lignende. Kommunen tilbyr undervisning til aktører som har ønske og behov for mer kunnskap.

Gode kartleggingssamtaler samt gode overføringer mellom helsetjenestene ved endringer i tjenestetilbudet blir viktige. For mange vil pårørende være en viktig aktør for å kunne gi det riktige

individuelt tilpassede tilbudet. I tillegg til å etterspør «hva er viktig for deg», vil personsentrert omsorg som arbeidsmetode ivareta dette fokuset.

For institusjonsbeboere er det viktig å tilrettelegge aktiviteter som støtter opp under den enkeltes interesser og ressurser.

### 11.10 Tiltaksliste demens

- Tilby undervisningsopplegget «demensvennlig samfunn» fra Nasjonalforeningen for folkehelse til ulike samfunnsaktører/næringsliv.
- Avsette midler til stilling som demenskoordinator.
- Innføre systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens.
- Tilbud om kurs og veiledningsgrupper til nydiagnostiserte og deres pårørende.
- Vurdere mulighet for å innføre besøksvenn/aktivitetsvenn rettet mot hjemmeboende personer med demens.
- Ta i bruk velferdsteknologiske løsninger som GPS, aktivitetskalender eller lignende, tilpasset den enkeltes behov.
- Videreføre utvidet dagaktivitetstilbud.
- Ansatte som arbeider på avdelinger for mennesker med demens benytter VIPS (personsentrert omsorg) som arbeidsmetode.
- Etablere prøveprosjekt med to brukerstyrte senger.
- Etablere botilbud som kan ivareta brukere med sterk motorisk uro og aggresjonsproblematikk.

## 12 Fremtidens boform

Den enkelte innbygger har selv ansvar for bolig gjennom livsløpet. Kommunens rolle er å tilrettelegge for variert boligbygging. En videreføring av dagens innretting med å møte eldres behov for omsorgstjenester med institusjonsplasser vil trolig ikke være bærekraftig på sikt. Det må derfor tilrettelegges for at folk skal bo lengst mulig i eget privat hjem.

Å ta ansvar for egen helse gir trygghet, samtidig som trygghet for at hjelpen er der når du trenger den, har stor verdi for den enkelte. Gruppen av eldre mennesker øker i årene framover. Universelt tilpassede boliger vil kunne bidra til at eldre kan bli boende i egen bolig og i større grad være selvhjulpne. Det er viktig å planlegge lokalisering av baser for hjemmebaserte tjenester i tilknytning til boligprosjekter. Sammensatte boligmiljøer med møteplasser for ulike aktiviteter vil kunne redusere etterspørselen etter kommunale tjenester.

Ensomhet er en av faktorene som kan bidra til svekket helse. Ved å forebygge ensomhet og skape trygge bomiljø kan flere klare å bo lengre i eget hjem. Dette gjøres gjennom å legge til rette for sosiale nettverk ved å lage gode møteplasser i nærmiljøet. Det er viktig å være fysisk aktivitet for å opprettholde god helse og nærmiljøet må tilrettelegges for dette.

God planlegging i boområdene, med universell utforming, tilgjengelige aktivitetstilbud og fasiliteter kan forenkle bosituasjon for eldre og helsesvake. Ved å tilrettelegge som et demensvennlig samfunn, hvor næringsfunksjoner har kunnskap om hvordan møte personer med demens kan flere kunne bo lengre i eget hjem.

Boligkjeden for brukere med helse- og omsorgsbehov kan beskrives som delt i tre nivå der nivå 1 er egne boliger/leiligheter der tjenestene ytes som hjemmebasert. Nivå 2 omfatter omsorgsboliger med bemanning det meste av døgnet. De fleste tjenester ytes av ansatte i omsorgsboligen. Dette gjelder både tilbud til eldre og for personer med nedsatt funksjonsevne. Nivå 3 er institusjoner/sykehjem.

I Sandnes mangler ett ledd i boligkjeden mellom eget hjem og boliger med bemanning hele døgnet. Det manglende leddet kan beskrives som en bolig med livsløpsstandard «for folk flest» men uten stedlig fast bemanning hele døgnet. Det kan knyttes til en resepsjonsløsning som kan ha en koordinerende rolle for å fremme nettverksbygging og sosial utfoldelse. En slik boligløsning kan inneholde felleslokaler og uformelle møteplasser. Boligkompleksene bør ligge nær funksjoner som matbutikk, frisør, kafe og lignende. Slike tilbud kan utvikles i markedet.

Tilpasset hjelp, på rett trinn i omsorgstrappen, er nødvendig. For å oppnå dette bør fysioterapeut/ergoterapeut delta i kartleggingsbesøk. De kan vurdere rett hjelpemiddel og aktivitet som kan hjelpe en person til å klare seg i eget hjem. Timebaserte miljøarbeidertjenester til personer med funksjonsnedsettelse er forebyggende. Flere tilrettelagte botilbud og økt omfang av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester skal bidra til at flere eldre mestrer å bo trygt hjemme lenger.

For personer med stor helsesvikt og som har omsorgsutfordringer som ikke kan løses i eget hjem vil det være behov for tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjem. Dette kan dreie seg om korttidsopphold som rehabilitering eller avlastning til at de skal motta tjenester over lengre tid. Noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der. Noen trenger mye rom rundt seg for ikke ha negativ innvirkning for andre mens andre har stort behov for fellesskap. Det er derfor ikke bare et svar på hvordan femtidens bolig/sykehjem skal bygges og organiseres, men det kreves et mangfold av løsninger.

I stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg foreslås det noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.
- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for ny velferdsteknologi og alle nødvendige bofunksjoner.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning. Slik kan en få sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem.

Botilbudene skal heller ikke bare fungere godt for beboerne, de skal også legges til rette for og gi plass til pårørende og gi et godt arbeidsmiljø for tjenesteutøverne. Det fremholdes også at behovet for ulike korttidsplasser er økende, og de bør så langt som mulig skilles fra bo- og institusjonstilbud som er innrettet for lengre opphold.

## 12.1 Nye bo- og aktivitetssenter

### 12.1.1 Lokaliseringsstrategi

Bo- og aktivitetssenter er mindre stedbundne enn for eksempel skoler og barnehager. Hvor et bo- og aktivitetssenter er lokalisert er viktig, men det er ikke nødvendig å ha dekning på bydelsnivå. Ideelt sett bør det tas hensyn til følgende momenter når tomter vurderes:

- Nærhet til det lokale livet med samfunns- og servicefunksjoner
- Nærhet til høyverdige kollektivakser (både for ansatte og pårørende)
- Gode uteområder med sansehage og turstier
- Det bør tilstrebes opplevelser som park, frisør, kafe, butikk eller lignende ligger i gangavstand.
- Geografisk spredning.

Basert på kriteriene bør nye bo- og aktivitetssenter søkes lokalisert i sentrum eller i bydelssentrum over en viss størrelse.

### 12.1.2 Størrelse på bo- aktivitetssenter

Husbanken har utarbeidet en veileder<sup>22</sup> for utforming av omsorgsboliger og sykehjem. For å nytte godt av Husbankens investeringstilskudd må bygningen oppfylle visse krav:

- Være universelt utformet i henhold til NS 11001.
- Ha energieffektive løsninger.
- Tilfredsstille krav til brannsikring i risikoklasse 6 og ha sprinkleranlegg.
- Tilfredsstille krav i arbeidsmiljøloven.
- Være tilrettelagt for elektroniske hjelpemidler, varslingssystemer og annen velferdsteknologi.
- Tilfredsstille krav i plan- og bygningsloven og byggeforskrift.

Husbanken legger også vekt på at boenhetene ikke skal ha institusjonslignende preg og omgivelser som kan virke stigmatiserende, antall boenheter som lokaliseres sammen skal ikke være for høyt. Det er en føring at boenhetene bør plasseres i ordinære bomiljøer og ulike brukergrupper skal ikke samlokaliseres på en uheldig måte.

Et senter bør organiseres slik at bogruppene (antall beboere som bruker samme fellesstue/kjøkken) ikke blir for høyt. Ofte blir det anbefalt med grupper på 8 – 10 plasser. De minste gruppene er særlig gunstige for personer med demenslidelse.

Det er ingen entydig anbefalt størrelse på et bo- og aktivitetssenter. Et senter bør ikke være for lite for å oppnå noe stordriftsfordeler. Det er spesielt på bemanning om natten og til servicefunksjoner det oppnås stordriftsfordeler. Bemanning i den enkelte bogruppe (dagtid og kveld) er bare avhengig av antall plasser i gruppen og beboerkategori. Et bo- og aktivitetssenter bør ikke være mindre enn 60 plasser for å oppnå et robust fagmiljø og utnytte personellressurser godt nok, spesielt gjelder dette antall nattevakter. Det er vanskelig å gi en øvre grense for et maksimalt antall plasser men en antar at 120 plasser vil være stort nok. Det må for alle bo- og aktivitetssenter gjøres gode arkitektoniske grep slik at den enkelte bogruppe blir optimal både med tanke på beboernes trygghet og trivsel samt arbeidsforhold for de ansatte. Det er også viktig at det er god nok uteplass og jo større et bo- og aktivitetssenter bygges må det tilrettelegges for flere uteplasser. Større bo- og aktivitetssenter enn 120 plasser vil virke svært institusjonspreget og størrelsen vil føre til en stor oppsamling av syke eldre.

### 12.1.3 Tomtealternativer

#### 12.1.3.1 Regulert tomt

Det er avsatt en tomt på ca 2 200 m<sup>2</sup> på Sørbo (HUP1). Reguleringsplanen ble godkjent av bystyret i juni 2017 (b.sak 111/17). Det antas at denne tomten kan benyttes til et arealeffektivt bygg med 61 plasser.

#### 12.1.3.2 Utvidelsesmuligheter

Bystyret har i økonomiplan 2017-2020 bedt om at det ses på utvidelsesmuligheter ved eksisterende bo- og aktivitetssenter og at Lunde bo- og aktivitetssenter prioriteres. Utvidelse av eksisterende bo- og aktivitetssenter er kommunens første valg når nye plasser skal fremskaffes jfr. vedtak i økonomiplan 2017-2020:

**«Nye sykehjemsplasser.** Bystyret ber om at det foretas en gjennomgang av eksisterende bo- og aktivitetssenter for å klargjøre utvidelsesmuligheter ved disse. Utvidelse av eksisterende bo- og

---

<sup>22</sup> Husbanken: Rom for trygghet og omsorg – 2009.

aktivitetssenter er kommunens førstevalg når nye plasser skal fremskaffes. Eventuelle reguleringsendringer foretas dersom dette er nødvendig. Bystyret ber om at området rundt Lunde bo- og aktivitetssenter prioriteres, og tilrettelegging av Friplass og kunstgressbane vurderes i forbindelse med utvidelse av Lunde bo- og aktivitetssenter.»

En arbeidsgruppe har sett på muligheter for utvidelser av eksisterende bo- og aktivitetssentre. I studien er det blant annet vurdert gjeldende reguleringsplan, levetid/tilstand av bygningsmassen, brukervennlighet, muligheter for utvidelse på dagens tomt samt tomteutvidelser.

Det er muligheter for påbygg/endringer ved:

Lunde bo- og aktivitetssenter bør utvikles med nye plasser tilpasset personer med demens og en avdeling for personer med motorisk uro og aggresjonsproblematikk. Samtidig bør avdelingen for yngre personer med funksjonsnedsettelse lokaliseres med leiligheter som er innrettet for målgruppen i et mer sentrumsnært område. Den frigitte enheten kan da tas i bruk som botilbud for personer med demens slik det opprinnelig er bygget for.

Det anbefales at det blir foretatt en mulighetsstudie for området før regulering eventuelt igangsettes. I mulighetsstudie bør det blant annet ses på hvilke offentlige funksjoner området kan og bør inneholde, rivning av dagens bygg eller tilbygg/påbygg, sambruksmuligheter med mer. Mulighetsstudien bør omfatte hele området dvs. Lundehaugen ungdomsskole, Sørbø barneskole, Lunde bo- og aktivitetssenter, areal avsatt til parkering, idrett og grønstruktur. Mulighetsstudie bør også vurdere idrettshall.

Rovik bo- og aktivitetssenter har muligheter for flere heldøgns plasser. Det må i den forbindelse vurderes om dagens bygg skal beholdes eller rives. Utvidelse av tomt må også vurderes og eventuelt omreguleres.

## 12.2 Tiltaksliste fremtidens boformer

- Støtte opp om private initiativ fra næringslivet om å etablere allsidige bomiljø og boliger med universell utforming. Boligløsningene skal være et mellomledd mellom Nivå 1 og 2 i boligkjeden.
- Tilby næringslivet opplæring og informasjon om demensvennlig samfunn.
- Overvåke behov for ulike målgruppers botilbud jamfør boligsosial handlingsplan.
- Fremme behov i økonomiplanarbeidet.
- Videreformidle informasjon om Husbankens tilskuddsordninger for tilpasning av bolig og støtte til heis.
- Etablere en sentrumsnær boenhet for yngre med fysisk funksjonsnedsettelse.
- Foreta en mulighetsstudie for utvidelse av Lunde bo- og aktivitetssenter.
- Vurdere utvidelse av Lunde og Rovik bo- og aktivitetssenter.
- Etablere nye bo- og aktivitetssenter lokalisert i sentrum eller bydelssentrum.
- Vurdere behov for differensierte sykehjemsavdelinger for ulike målgrupper.

## 13 Kunnskap og kompetanse

Regjeringens målsettinger i stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg er formulert slik:

- *Heve det faglige kompetansenivået i omsorgstjenestene, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning og legge til rette for internopplæring.*
- *Skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid.*
- *Styrke omsorgstjenestens eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning.*

Innbyggerne i kommunen skal kunne møte en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste med kompetent og nok helse- og sosialfaglig personell som kan håndtere sammensatte behov hos brukerne. Fagpersoner må derfor kunne levere kunnskapsbaserte tjenester i samarbeid med brukere og pårørende, og kompetente ledere må ha innovasjon, fag- og tjenesteutvikling integrert i sitt daglige arbeid. (Kompetanseløftet 2020).

### 13.1 Utvikling

Helse- og omsorgstjenesten har siden samhandlingsreformen 2012 hatt en vridning til økt fokus på forebygging, behandling og rehabilitering av brukere med kroniske sykdommer med et komplekst og sammensett sykdomsbilde. Det er en forventning om at mer behandling og oppfølging av komplekse tilstander skal foregå i kommunen. Dette gir behov for å styrke kompetansen med blant annet høyere utdanningsnivå og videreutdanninger for helse- og omsorgspersonell. Det legges opp til mer tverrfaglig samarbeid og teamarbeid og med kunnskapsbasert klinisk praksis. Sosialfaglig kompetanse er også sentral når brukere skal støttes til å ha en aktivt og meningsfullt tilværelse i fellesskap med andre.

Kommunen må systematisk vurdere kompetanse- og rekrutteringsbehov i alle deltjenester for å kunne utvikle strategiske kompetanseplaner for fremtiden. Strategisk kompetanseplanlegging er et viktig virkemiddel for å styrke helse- og omsorgstjenesten med nok personell og rett kompetanse.

Faglig utvikling og kompetanseheving foregår også i møte med utdanningsinstitusjonene, andre kommuner og spesialisthelsetjenesten. Kommunen må fortsatt fremme, og delta i, interkommunale nettverk, samarbeid og prosjekter. Samarbeidsfora og fagråd med spesialisthelsetjenesten er nødvendig å opprettholde for å utvikle bedre pasientforløp og smidige overganger mellom tjenestene.

Kommunen skal fortsette samarbeid med Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Utviklingssenteret er lokalisert i Stavanger men har forpliktet seg til å være et kompetansemiljø for regionen og bistå med veiledning og opplæring. Kommunen samarbeider med utdanningsinstitusjoner og tilrettelegger for praksis både fra videregående skoler, høyskoler og universitet.

Kvalitetsutvikling i tjenestene og kompetanseheving for medarbeiderne skal gi innbyggerne mulighet for individuell og avansert behandling og pleie, både hjemme og på institusjon.

Sandnes kommune deltar i et læringsnettverk for gode pasientforløp. Dette nettverket er i regi av Folkehelseinstituttet og KS, og Sandnes Kommune deltar med en tverrfaglig gruppe av sykepleier/soneleder, pasientkoordinator, lege, fysioterapeut, omsorgssjef, leder for tildelingskontoret og rådgiver. Målet er å utforme omsorgstjenestene med fokus på egenmestring/ hverdagsmestring. Brukeren skal gå fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Sentralt i det gode pasientforløpet er spørsmålet «Hva er viktig for deg?» Dette skal stilles i starten av alle pasientforløp for å lage et godt tilpasset tjenestetilbud til den enkelte bruker og vedtak om tjenester skal tidsbegrenses. Erfaringer fra læringsnettverket skal innarbeides i praksis.

Systematisk innføring av miljøtiltak i sykehjem og legemiddelgjennomgang kan medføre redusert bruk av blant annet sovemedisin, beroligende og antidepressiva. Kunnskap om kosthold kan bidra til bedre ernæringsstatus, økt trivsel og bedre søvnkvalitet.

### 13.2 Ledelse og rekruttering

God ledelse og styring skal sørge for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Å være leder i helse- og omsorgstjenesten er komplekst og utfordrende. Tjenestene skal koordineres og ytes døgkontinuerlig. Leder skal sørge for at tjenestemottakerne opplever gode tjenester, samtidig som



personell ivaretas og de gitte rammer overholdes. Det kreves god lederegenskaper, fagkompetanse, evne til tverrfaglige samarbeid og samspill med andre aktører.

Kommunen må satse på lederutvikling og legge til rette for kompetanseheving, deltakelse i lederutdanninger og veiledning.

Kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for faglig utvikling og kompetansestyrking. Det er en stor utfordring å sikre tilstrekkelig godt kvalifisert arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene. Tjenestene opplever at de faglige oppgavene har økt i omfang og kompleksitet. Mangelen på høyskoleutdannet personell merkes nå ved at det er få kvalifiserte søkere til sykepleier- og vernepleierstillinger. Det er utfordrende å rekruttere nok sykepleiere, særlig til sykehjem. Det må satses på rekruttering ved å ha store stillinger, aktivt fagmiljø og muligheter for kompetansebygging. Kommunen skal ha rett kompetanse på rett sted og arbeide for en heltidskultur, særlig rettet mot døgntjenestene.

Enhetene deltar på rekrutteringsmesser og arbeider aktivt for å rekruttere studenter blant annet gjennom stipendordninger.

Kommunen har i de senere år mottatt kompetansemidler fra Fylkesmannen gjennom «Kompetanseløftet» for støtte ansatte i å ta fagutdanning og annen kompetansegivende videreutdanning innen helse- og omsorgstjenestene.

### 13.3 Tiltaksliste kunnskap og kompetanse

- Tilby kompetansehevende tiltak tilpasset arbeidsoppgavene/arbeidsplassen.
- Samarbeide med nærliggende utdanningsinstitusjoner om kompetanseheving, utvikling og forskning.
- Erfaringer fra læringsnettverk skal innarbeides i praksis.
- Systematisk legemiddelgjennomgang i sykehjem.
- Kommunen skal kontinuerlig arbeide for å kunne tilby en konkurransedyktig lønn.
- Fortsette med stipendordning for sykepleierstudenter/nyutdannede sykepleiere.
- Vurdere å prøve ut trainee stillinger for nyutdannede sykepleiere.
- Samarbeide med NAV og KS om ulike ordninger for omskolering eksempelvis som prosjektet «menn i helse».
- Kommunen skal bidra til at lærlinger som tar fagbrev får tilbud om jobb etter ferdig utdanning.
- Sandnes skal være en heltidskultur kommune. Det settes ned en arbeidsgruppe bestående av arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene for å utarbeide tiltak for å nå målsettingen om å redusere ufrivillig deltid og få flere over i hele stillinger.

## 14 Rapportering

Planen vil være i kontinuerlig utvikling og tiltakene kan endre seg underveis.

Det skal rapporteres hvert annet år på status av planen til utvalg for helse- og sosialtjenester.

Planen skal revideres hvert 4. år, første gang 2021.