



Moss kommune

Omsorgsplan 2015 - 2030

Del II – bakgrunnsinformasjon

Vedtatt av bystyret 16. juni 2015

Innhold

Innledning	3
1 Dagens og morgendagens omsorgstjenestebrukere	4
1.1. Befolkningstall for Moss.....	4
1.2. Befolkningsprognoser for Moss – mot 2030	5
1.3. Dagens omsorgstjenestebrukere.....	9
1.4. Helsetilstand i befolkningen	12
2 Omsorgsfelleskapet	21
3 Omsorgstjenesten	24
3.1 Organisering av de kommunale omsorgstjenestene.....	24
3.2 Omsorgstrappa.....	30
3.3 Kvalitetsutvikling i omsorgstjenesten	31
3.4 Kompetanse	32
3.5 Rehabilitering	32
3.6 Demensomsorg i Moss.....	33
3.7 Kreftomsorg og lindrende omsorg ved livets slutt	34
3.8 Eldre og rusproblematikk	36
3.9 Aktiv omsorg.....	37
3.10 Folkehelse og helsefremmende arbeid.....	38
3.11 Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling	39
3.12 Samhandling med spesialisthelsetjenesten	40
4 Omsorgsomgivelser	41
4.1 Boliger og omgivelser – nasjonale føringer og anbefalinger/status i Moss	41
4.2 KOSTRA-tall	43
4.3 Forventet behov for heldøgns omsorgsplasser i Moss kommune	44
4.4 Utfordringer knyttet til dagens heldøgns omsorgsplasser	47
4.5 Nybygg/utbygging.....	47
4.6 Arealer for utbygging/nybygging av heldøgns omsorgsplasser	47
4.7 Velferdsteknologi	48

Innledning

Omsorgsplan 2015 - 2030 del II – bakgrunnsinformasjon inneholder statistikk, prognoser og informasjon innenfor utviklingsområdene. Det er også lagt inn anbefalinger og enkelte konkretiseringer av tiltak. Dokumentasjonen er en del av grunnlagsmaterialet for de valg og anbefalinger som foretas i *Omsorgsplan 2015 - 2030 del I – utviklingsplan*. Del I og II må ses i sammenheng.

Det er lagt opp til fire kapitler som hver omhandler tema innen morgendagens omsorg. Det første kapitlet danner bakteppet for omsorgsplanen med nødvendig statistikk og beskrivelser. Kapitlet omhandler befolkningstall og prognoser mot 2030 i Moss, beskriver dagens omsorgstjenestebrukere og tar for seg relevant helsetilstand til innbyggerne i Moss. Kapittel to omhandler omsorgsfelleskapet, mens kapittel tre beskriver omsorgstjenestene som gis i dag i Moss. Det siste kapitlet omhandler omsorgsomgivelsene, med blant annet et estimat av behov for heldøgns omsorgsplasser i Moss.

1 Dagens og morgendagens omsorgstjenestebrukere

1.1. Befolkningstall for Moss

Befolkningsveksten i Moss har variert de senere år. Her følger oversikt på utviklingen fra SSBs befolkningsframskriving (basert på middels vekst). Som man kan se ut fra grafen, hadde Moss stor befolkningsvekst i tidsperioden 2005 – 2007, for deretter å ha en lavere vekst. Fra 2010 ligger befolkningsveksten i Moss under landsgjennomsnittet, men Moss er kommunen med størst befolkningsvekst i Mossregionen. 31 308 mennesker bor i Moss pr. 31.12.2013¹.



Moss er et flerkulturelt samfunn, der innvandring har gjort kommunen mer mangfoldig. Befolkningstall for Moss viser at andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er jevnt stigene.

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i prosent av befolkningen²

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Landet	9,7	10,6	11,4	12,2	13,1	14,1
Moss	13,4	14,3	15,2	15,9	16,8	17,7
Halden	9	9,5	9,9	10,6	11,2	11,9
Sarpsborg	10,5	11,7	12,5	13,4	14,3	15,2
Fredrikstad	10	10,9	11,6	12,5	13,5	14,3
Drammen	19,3	20,3	21,5	22,6	23,6	24,9
Horten	8,6	9,6	10,6	11,4	12,2	12,8
Porsgrunn	8	8,3	8,8	9,5	10,2	10,7

¹ Mossregionen. Regionalt boligbyggeprogram. Rambøll (2014)

² Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

1.2 Befolkningsprognoser for Moss – mot 2030

Utifra illustrasjonene under ser vi at befolkningsprognoser for Moss viser en jevn vekst i perioden 2015 - 2030 på 17 % for hele befolkningen.

Befolkningsveksten forventes å bli noe lavere i Moss enn i fylket og landsgjennomsnittet.

Ved å dele befolkningen inn i aldersgrupper, ser man at det vil være en vekst i alle aldersgrupper til 2030, men særlig vil det være en vekst i aldersgruppen over 80 år. Antall eldre over 80 år vil ha en vekst på 73 % frem til 2030. Samlet sett for personer over 67 år vil det frem til 2030 være en vekst på 37 % fra 2013. Som statistikken viser, vil den sterkeste veksten av eldre over 80 år komme etter 2020.

Befolkningsprognoser³

	2015		2020		2025		2030	
	befolkning	i %	befolkning	i %	befolkning	i %	befolkning	i %
0-5 år	2 106	0,4 %	2 102	0,2 %	2 169	3,4 %	2 189	4,4 %
6-12 år	2 529	2,5 %	2 730	10,6 %	2 699	9,4 %	2 811	13,9 %
13-15 år	1 113	-1,8 %	1 168	3,1 %	1 281	13,1 %	1 222	7,9 %
16-19 år	1 581	-1,0 %	1 443	-9,6 %	1 575	-1,4 %	1 631	2,1 %
20-44 år	9 844	-0,9 %	10 049	1,2 %	10 252	3,3 %	10 557	6,3 %
45-66 år	9 319	3,0 %	9 864	9,0 %	10 381	14,7 %	10 731	18,6 %
67-79 år	3 742	13,4 %	4 332	31,3 %	4 592	39,2 %	4 672	41,6 %
80 år eller eldri	1 387	-2,2 %	1 559	9,9 %	1 862	31,3 %	2 448	72,6 %
Totalt	31 621	2,0 %	33 247	7,3 %	34 811	12,3 %	36 261	17,0 %

I *Mosseregionen regionalt boligbyggeprogram* brukes tall beregnet av Rambøll. Rambøll sine prognoser gir en høyere befolkningsvekst enn den som er beregnet i SSBs framskrivninger⁴.

Det tas forbehold om endringer i prognosene som ligger til grunn for utregningene for estimerte behov i planen. Prognosene må justeres regelmessig ved rullering av omsorgsplanen for å være mest mulig treffsikre.

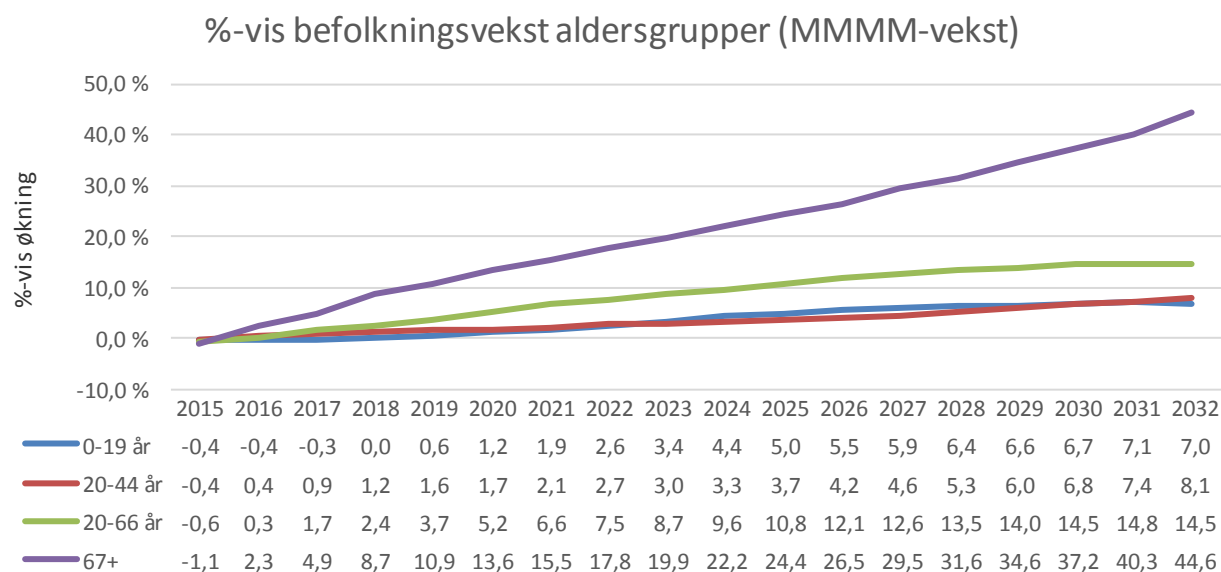
Forskjellene i prognosene for aldersgruppen over 67 år fra SSB og Rambøll:

	2020	2025	2030
SSB vekst i %	13,6	24,4	37,2
Rambøll vekst i %	23,7	39,2	56,7

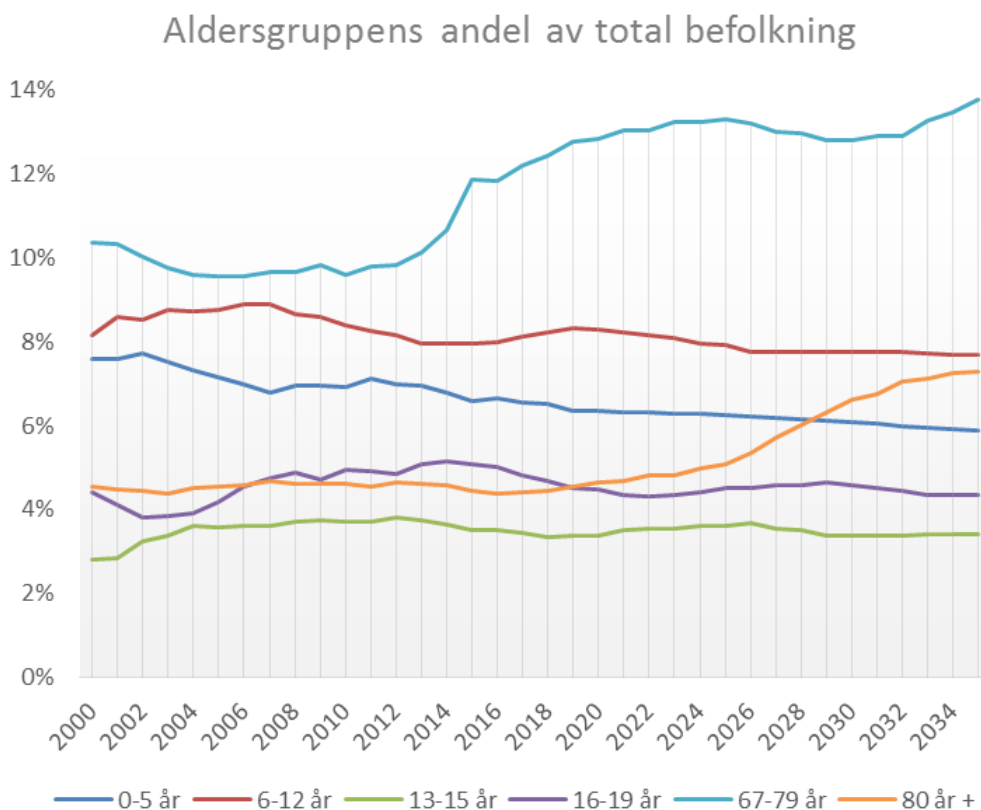
³ Befolkningsframskrivninger 2014-2100 (SSB) MMMM. Sammenliknet med 2014-tall.

⁴ Mosseregionen. Regionalt boligbyggeprogram. Rambøll, 2014.

Befolkningsprognoser SSB tabellarisk



Prognoser aldersgruppens andel av total befolkning



Illustrasjonen over viser vekst i ulike aldersgrupper i andel av befolkningen i Moss i perioden 2000 – 2034⁵. Dersom det ses på aldersgruppe og dens befolkningssammensetning vil andel skolebarn holde seg jevnt i årene fremover mens andel barnehagebarn viser en nedgang i forhold til totalbefolkningen. For den eldre gruppen ses et annet bilde. De yngre eldre vil ha en vekst fra 10 % til

⁵ Befolkningsframskrivninger 2014-2100 (SSB) MMMM.

14 % av totalbefolkningen, mens tilsvarende for gruppen 80+ er fra 4% til 7%. Total andel eldre vil vokse fra 14 % til 21 %

Det er kun andelen av den eldre befolkningen som vokser. De andre er forholdsvis uendret.

Befolkning over 80 år, i prosent av befolkningen, framskrevet, basert på middels vekst⁶

Framskrivninger fra Folkehelseinstituttet viser at Moss kommune har en noe høyere prosentandel av befolkning over 80 år enn gjennomsnitt for landet i planperioden. Fra og med 2020 viser prognosene at Moss også vil ha en høyere andel enn fylket for øvrig.

Årstall	2012	2015	2020	2025	2030	2040
Landet	4,44	4,24	4,12	4,61	5,75	7,12
Østfold	4,75	4,51	4,47	4,96	6,25	7,48
Moss	4,61	4,33	4,54	5,06	6,31	7,19

1.2.1 Framskrivning av demente i Moss, antall⁷

Nasjonalt har ca. 70 000 personer demenssykdom i dag. Dette tallet vil fordobles til 2030⁸. Prognoser viser at antall demente er stigende, og vil særlig være økende fram mot 2040. Den største andelen demente finner man i aldersgruppen 80 - 89 år, og det forventes en dobling av andel demente over 80 år i 2040 fra 2013. Demens er knyttet til økt alder og at den sterkeste veksten vil skje om 10-15 år⁹.

Studier viser at framskrivninger av den eldre delen av befolkningen stort sett uten unntak er satt for lavt. Det er derfor naturlig å tro at framskrivningen av antall demente er noe underestimert¹⁰.

Framskrivning av demente i Moss					
	2013	2019	2024	2030	2040
65-69 år	17	17	17	20	23
70-74 år	27	38	36	37	49
75-79 år	58	70	102	97	117
80-84 år	124	137	159	234	234
85-89 år	147	142	169	218	298
90 år og eldre	93	106	109	137	248
SUM	466	510	592	743	969

Statistikk fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse viser en estimert økning av demente i alderen 65 - 90+ på 108 % i perioden 2013 - 2040.

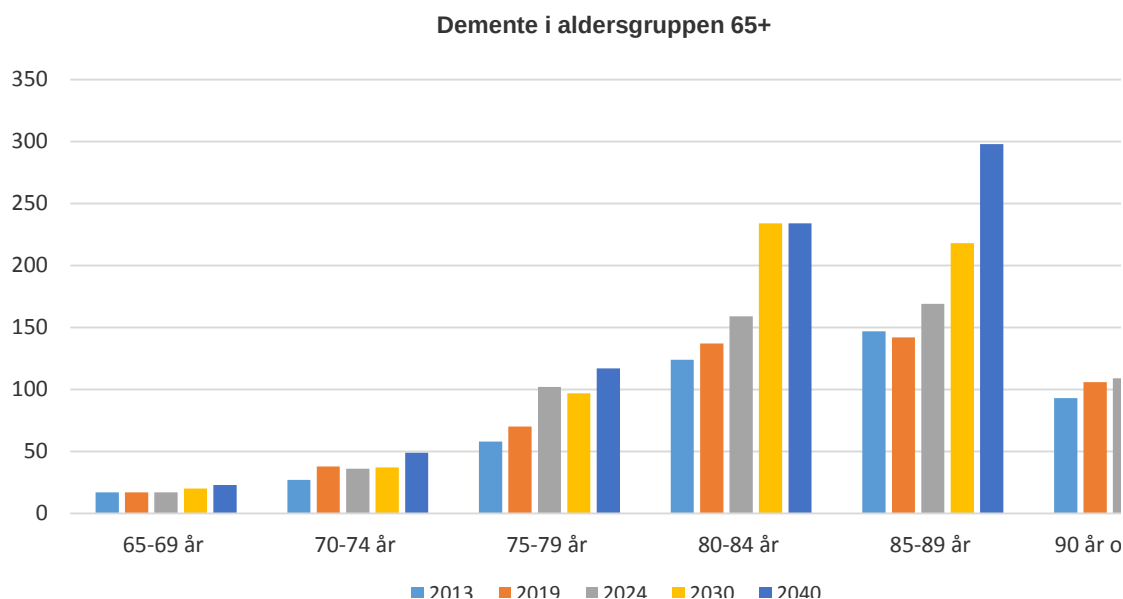
⁶ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

⁷ Innledende rapport, Boligmarked for vanskeligstilte, Rambøll januar 2014.

⁸ Nasjonalforeningen for folkehelsen

⁹ Demensplan, 2015.

¹⁰ Innledende rapport, Boligmarked for vanskeligstilte, Rambøll januar 2014.



Demens er først og fremst et problem for de eldste innbyggere.

1.2.2 Oppsummering befolkningsprognoser

Prognosene viser at befolkningen vil øke i Moss i planperioden. Befolkningsutviklingen forventes å være lavere i Moss enn i fylket og landet forøvrig. Veksten av eldre over 80 år forventes derimot fra 2020 å være høyere i Moss enn i landet og i fylket. Den sterkeste veksten av eldre vil særlig komme etter 2020.

Utviklingen av tallet på demente synes underestimert, en bør derfor ha et ekstra fokus på nye prognoseberegninger i de nærmeste årene.

Økning av antall eldre er en indikator på omsorgstjenesteutfordringer kommunen vil stå overfor. Et økende antall syke vil medføre behov for flere sykehjemsplasser og egnede bofellesskap tilrettelagt for personer med demenssykdom. Men det er ikke nok å framskrive problemene. Vi må også framskrive ressursene og se hvordan brukernes egne ressurser kan tas i bruk. Ikke minst gjelder dette de nye generasjoner eldre som vil leve lenger og møte alderdommen med bedre økonomi, høyere utdanning, bedre helse og helt andre materielle forhold enn noen generasjon før dem. Framtidas brukere vil ha andre ressurser å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og problemer med. En 80-åring i 2015 og en 80-åring i 2030 vil derfor ikke være det samme. Denne nye eldregenerasjonen vil, mer enn noen gang enn tidligere i historien, sette sitt preg på alle samfunnets markeder og institusjoner og påvirke etterspørsel og forbruk.

Befolkningens alderssammensetning vil i planperioden endres og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke. De kommunale virksomheter melder allerede om at kompleksiteten i oppgaveløsninger er økende. Det er også en økende andel brukere under 67 år med sammensatte behov, som for eksempel psykisk utviklingshemming kreft og demens.

1.3 Dagens omsorgstjenestebrukere

Dagens omsorgstjeneste har mottakere i alle aldre og med svært ulike behov. Noen mottar tjenester fra de er født og gjennom hele livsløpet, mens andre for en avgrenset periode i livet.

1.3.1 Tjenestestatus Moss kommune– antall brukere pr tjeneste

Tjenester per virksomhet per dato <i>institusjon</i>	2012 31.12	2013 31.12	2014 31.12
Antall pasienter	54	45	46
Peer Gynt Helsehus (53)			
Lang	15	13	10
Kort	37	24	28
Avlastning	2	0	2
Kortid/utredning.	0	2	4
Kort MLMS	0	6	2
ART (rehabilitering i hjemmet)	5	4	8
Orkerød-Norlandia (88)	88	84	85
Lang	81	76	78
Kort	5	6	6
Avlastning	2	2	1
Skogbrynet (dagopphold)			
Antall brukere med vedtak	26	25	18
Melløsparken- 45 senger			
Lang	45	44	44

Tjenester per virksomhet per dato <i>bo og servicesenter</i>	2012 31.12	2013 31.12	2014 31.12
Melløs bo og servicesenter- 57 leiligheter hvorav 8 benyttes til døgnoophold/avlastning	55	55	57
Eddaveien - Rosnes bofellesskap – 52 leiligheter			
Lang	1	1	1
Bofellesskap	43	47	46
Døgnoophold/avlastning	6	4	5
Dagsenter Melløs/Rosnes – totalt 16 plasser	51	49	40
Tilbud benyttet av antall personer:			
- Antall brukere som er registrert på tjenesten har varierende antall dager per uke			
Skoggt Bo- og servicesenter			
52 leiligheter inkludert 2 parleiligheter (sum 54 beboere)		54	53

Tjenester per virksomhet per dato - hjemmebaserte tjenester	2012 31.12	2013 31.12	2014 31.12
Hjemmesykepleie *	610	598	642
Praktisk bistand*	394	382	421
Hjemmesykepleie nattjeneste	22	27	29
Trygghetsalarmer (inkl Melløs)	515	500	526

*Både kommunale og private leverandører

Tjenester per virksomhet per dato - tjenester for funksjonshemmede	2012 31.12	2013 31.12	2014 31.12
Praktisk bistand og opplæring	103	99	105
Helsetjenester	30	64	67
Sørtun avlastning	15	16	30
Sollistua avlastning (inkl. Rygge)	10	14	
Melløs Aktivitetssenter (inkl. Lyngrabben)	51	49	50

Tjenester per virksomhet per dato -forebyggende virksomhet, avd psykisk helse og rus	2012 31.12	2013 31.12	2014 31.12
Praktisk bistand og opplæring	39	42	38
Psykisk helsetjenester	177	184	199
Rustjenester	176	156	161
LAR	39	77	75
Dagsenter	78	83	75
Kallumvn 13-21: Praktisk bistand og opplæring	15	15	17
Helsetjeneste	12	11	6
Rosnes omsorgsboliger: Praktisk bistand og opplæring	11	12	12
Helsetjeneste	11	12	13
Bjerget: Praktisk bistand og opplæring	15	15	12
Helsetjenester	3	8	9

Tjenester fra tjenestekontoret per dato	2012 31.12	2013 31.12	2014 31.12
Omsorgslønn	78	79	75
BPA	16	15	16
Støttekontakt	191	221	233
Avlastning utenfor institusjon	24	26	24

1.3.2 Aldersfordeling omsorgstjenester (per 1.1.2015)

Tjeneste	0-66 år	67-79 år	80+	Snittalder
Hjemmesykepleie – 634 HBT og private leverandører	21 %	28 %	51 %	75
Praktisk bistand – 421 HBT og Private leverandører	20 %	30 %	50 %	76
Psykiske helsetjenester – 208	93 %	7 %	0	44
Rustjenester – 163	99 %	1 %	0	42
Omsorgslønn – 74	89 %	8 %	3 %	28
BPA – 16	100 %	0	0	40
Støttekontakt – 234	80 %	13 %	7 %	45
Trygghetsalarm – 525	9 %	19 %	72 %	82
TFF – praktisk bistand opplæring – 106	92 %	8 %	0	40
Avlastning utenfor inst – 27	96 %	0	4 %	16
Avlastning i inst – 36	92 %		3 %	22
Bo- og Service inkl Skoggt. – 148	8 %	20 %	72 %	86
Døgnoophold bo og Service - 13	8 %	15 %	77 %	82
Korttidsopphold inkl Orkerød – 39	18 %	20 %	62 %	78
Langtidsopphold inkl Orkerød – 132	4 %	21 %	75 %	83

1.4 Helsetilstand i befolkningen

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål som risikofaktorer, forekomst av sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær. I dette kapitlet vil en samlet vurdering av helsetilstanden presenteres. For mer utfyllende tallmateriale og statistiske sammenhenger vises til *Befolkningsoversikt Helse- og helsetilstand i befolkningen*¹¹.

På Folkehelseinstituttets nettside er oppdatert statistikk og Folkehelseprofiler for 2015: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/>. Det er et mål å oppdatere kommunens *Befolkningsoversikt Helse- og helsetilstand i befolkningen* i løpet av 2015.

1.4.1 Utviklingstrekk og utfordringer innen helsetilstand

I kapittel 1.2 ble befolkningsvekst og prognoser presentert. Under presenteres en oversikt over utviklingstrekk og utfordringer i befolkningen i Moss kommune, hentet fra *Befolkningsoversikt Helse- og helsetilstand i befolkningen* fra 2014. Noen av utfordringene beskrives nærmere under 1.4.3.

Oppvekst- og levekårsforhold

- Det er ca. 800 barn som bor i lavinntektsfamilier i Moss.
- Utfordringer på boligområdet for vanskeligstilte grupper
- Unge sosialhjelpsmottakere, som utvikler seg i negativ retning.
- Stor økning av eldre og demente.
- Andel arbeidsledige og uføre er høyere enn landsgjennomsnittet, særlig blant den yngre del av befolkningen. Det er også høy andel barn av enslige forsørgere.
- Utdanningsnivået i Moss er lavere enn landsgjennomsnittet, men innenfor gruppen med den høyeste utdanning er Moss noe bedre. Det ser imidlertid ut til at det er denne gruppen som har størst utpendling av kommunen.

Utfordringer: Utjevning av sosiale forskjeller, særlig rettet mot barnefamilier. Utdanning og arbeid, redusere frafall i videregående skole. Videreføre boligsosialt arbeid. Unge sosialhjelpsmottakere. Økende antall eldre og demente.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

- Det er løpende fokus på støy ved nye etableringer.
- Friluftsområder i Moss er gode og tilgjengelige og viktig for livskvalitet.
- Drikkevann og badevann holder god kvalitet.
- Vaksinasjonsdekningen for å forebygge smittsomme sykdommer er lavere enn landsgjennomsnittet.
- Luftkvaliteten tilfredsstiller krav i forurensningsforskriften.
- Det er stor aktivitet innen frivillig sektor som er et viktig bidrag til det sosiale miljøet.

Utfordringer: Bedre vaksinasjonsdekningen i barnevaksinasjonsprogrammet.

Skader og ulykker

- Høyere andel personskafer og hoftebrudd enn gjennomsnitt for landet, med økt andel sykehusinnleggelser og oppfølgingstjenester fra kommunen.
- Voldsutsatte som har et rusproblem har begrensede tilbud.

Utfordringer: Redusere hoftebrudd. Ivareta voldsutsatte med rusproblematikk.

¹¹ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

Helserelatert atferd

- Mange gode tiltak rettet mot fysisk aktivitet for barn og unge.
- For mange av den voksne befolkningen er inaktive, særlig innenfor grupper med lav utdanning.
- Andelen unge som slutter å røyke går ned, mens det er en økning blant unge som snuser.
- Sammenheng mellom antall skjenkesteder, åpningstider og rusproblematikk bør vurderes.

Utfordring: Fokus på livsstilsrelatert atferd.

Helsetilstand

- Levealder for Moss er lavere enn landsgjennomsnittet og bekrefter at levekårene er dårligere enn gjennomsnitt for landet.
- Antall personer med psykiske symptomer og lidelser er høyt, særlig blant unge kvinner. Angst og depresjon er mest utbredt.
- Høy bruk av primærhelsetjenesten ved hjerte- og karsykdommer.
- Høyt forbruk av kolesterolsenkende legemidler og legemidler knyttet til type 2-diabetes, kols og astma.

Utfordringer: Tilrettelegge for bedring av psykisk helse. Styrke helsestasjonstjenesten. Prioritere tiltak som fører til åpen, rask og kunnskapsbasert psykisk helsehjelp.

1.4.2 Informasjon om ungdom i Moss – UngData

Fra UngData gjennomført våren 2014 blant elever på ungdomsskolen i Moss kan vi lese at 71 % av ungdom i Moss er fornøyd eller litt fornøyd med helsa. 92 % trives på skolen. 83 % av ungdommene trener ukentlig.

UngData viser også at nær 1 av 10 utsettes for mobbing minst hver 14.dag. 14 % har vært ganske eller veldig mye plaget av symptomer innenfor depressivt stemningsleie (følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt seg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt seg stiv eller anspent og bekymret seg for mye om ting). Jentene skårer høyere enn guttene på alle variablene. 1 av 5 er ganske mye eller veldig mye plaget av ensomhet.

En av fire kan skaffe hasj. 18 % har vært i slåsskamp og 13 % har vært utsatt for trusler om vold siste 12 måneder.

1.4.3 En nærmere beskrivelse av helsetilstanden

Oppvekst- og levekårsforhold

Helseforskjeller danner en såkalt gradient; jo høyere en kommer på den sosiale rangstigen, jo bedre er helsen – dette betegnes ofte som sosial ulikhet i helse.

Enslighet og skilsmisse er medvirkende til sosial ulikhet i helse. Samlivsbrudd gir høy risiko for langvarig arbeidsuførhet og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt. Enslige har som gruppe høy dødelighet. På 1990-tallet var dødeligheten blant enslige høyere enn i gruppen med lavest utdanning og også høyere enn hos de som tjente minst. Fram til 2003 økte forskjellen for kvinner, mens den avtok noe for menn.

Moss har større andel lavinntektshusholdninger enn gjennomsnitt for landet. Dette gjelder også barn som bor i lavinntektsfamilier og barn av enslige forsørgere. Kommunen har utfordringer på boligområdet for vanskeligstilte grupper, og andelen unge sosialhjelpsmottakere utvikler seg i negativ retning. Andelen unge uføre er høyere enn gjennomsnitt for landet. Det er viktig å rette fokus på reduksjon av barnefattigdom for å bedre levekårene. Lav inntekt er risikofaktor for fysiske og psykiske helseproblemer¹².

¹² Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

I Moss bor ca. 800 barn i husholdninger med inntekt lavere enn 60 % av nasjonal medianinntekt. Det er noe høyere andel enn gjennomsnitt for landet, men lavere enn enkelte andre kommuner i samme kostragruppe.

Lavinntekt (husholdninger) 0-17 år i prosent¹³

År	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hele landet	8,6	8,9	9,4	8,9	9	9,5
Moss	10,1	11	12,4	12,5	11,6	12,6
Halden	11,7	13,3	13,7	12,5	13,1	12,9
Sarpsborg	12,2	11,7	12,9	12,2	13	14
Fredrikstad	11,7	12,9	13,3	12,9	12,9	13,8

Lavinntekt (husholdninger) alle aldre i prosent¹⁴

År	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hele landet	9,7	10	10,2	9,5	9,4	9,6
Moss	10,1	10,8	11,7	11,5	10,5	11
Halden	12,1	12,8	12,9	11,8	11,4	11,4
Sarpsborg	10,9	11,1	11,4	10,6	10,6	11,2
Fredrikstad	11	11,5	11,8	11,3	11	11,4

Kommunen har utfordringer på boligområdet for vanskeligstilte grupper, men arbeider aktivt med dette gjennom det boligsosiale arbeidet. I forbindelse med boligsosialt arbeid er det foretatt en framskriving av antall sosialhjelpsmottakere fram mot 2040. Det er forventet en økning av sosialhjelpsmottakere i alle aldersgrupper. Det må særlig rettes oppmerksomhet mot unge sosialhjelpsmottakere, som utvikler seg i negativ retning.

Framskriving av sosialhjelpsmottakere i Moss¹⁵

	2013	2019	2024	2030	2040
Sosialhjelpsmottakere 18-66 år	1154	1259	1338	1419	1525

Arbeidsledighet har betydning for helse og levekår. Personer som står utenfor arbeidsliv og skole har dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. I Moss er andelen arbeidsledige og uføre høyere enn landsgjennomsnittet, særlig blant den yngre del av befolkningen. Statistikk fra FHI viser at andelen arbeidsledige i 2012 (15-29 år) i Østfold er høyere enn landsgjennomsnittet. Arbeidsledige i Moss er målt til 3,5 % av befolkningen mot 2,2 % som er landsgjennomsnittet¹⁶. Tilrettelegging for arbeidsdeltakelse vil være viktig for å bedre levekårene i denne delen av befolkningen. Også i andelen uføretrygdde skårer Østfold høyt mot landsgjennomsnittet. 3,9 % av befolkningen i Moss er uføretrygdet (gjennomsnitt for treårsperioden 2010-2012) og har økt noe de siste årene. Andelen uføretrygdde mellom 18 - 44 år er høyere enn landet og andre sammenlignbare kommuner.

¹³ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune - Dette er personer i aldersgruppen 0-17 år som bor i husholdninger med inntekt lavere enn 60 % av nasjonal medianinntekt i 2011. Denne målingen er ny i folkehelseprofilen for 2014.

¹⁴ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune - Dette er personer i alle aldre som bor i husholdninger med inntekt lavere enn 60 % av nasjonal medianinntekt i 2011. Det er foretatt sammenligninger med noen kommuner i Kostragruppe 13.

¹⁵ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

¹⁶ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune - Dette er en ny måling i folkehelseprofilen. Tidligere har andel arbeidsledige blitt beregnet i prosent av arbeidsstyrken, slik at andelen arbeidsledige i folkehelseprofil for 2014 vil være en del lavere enn tidligere.

Utviklingen i Norge og Moss i dag tilsier at både arbeidsledighet og uførhet vil øke de nærmeste årene.

Arbeidsledige 15-29 år i prosent av befolkningen¹⁷

År	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hele landet	1,6	1,5	2,5	2,6	2,3	2,2
Østfold	1,8	1,9	3,2	3,4	3,2	3,2
Moss	1,7	1,9	3,9	4,1	3,6	3,5
Halden	1,9	2	3	3,3	2,8	2,7
Sarpsborg	2,1	2	3,3	3,7	3,7	3,9
Fredrikstad	2,2	2,2	3,8	4	3,7	3,5

Uføretrygdde 18-44 år i prosent av befolkningen¹⁸

År	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Hele landet	2,6	2,5	2,4	2,3	2,4	2,5
Østfold	3,3	3,2	3,2	3,2	3,3	3,5
Moss	3,4	3,4	3,4	3,5	3,7	3,9
Halden	3,2	3,2	3,2	3,3	3,5	3,7
Sarpsborg	3,9	3,7	3,6	3,6	3,6	3,6
Fredrikstad	3,1	3	2,9	2,9	3,1	3,3

Moss har også en høy andel barn av enslige forsørgere:

Barn av enslige forsørgere, i prosent¹⁹

År	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Hele landet	16,1	15,9	15,9	15,9	15,8
Østfold	17,7	17,8	18	18,2	18,1
Moss	19,5	19,2	19,1	19,3	19,5
Halden	17,7	17,8	17,9	18,1	17,9
Sarpsborg	18,9	19,2	19,4	19,7	19,7
Fredrikstad	17,4	17,3	17,4	17,5	17,4

Dette er beregnet ut fra andelen barn som det utbetales utvidet barnetrygd for i prosent av alle barn det utbetales barnetrygd for. Som enslig forsørger regnes personer som mottar utvidet barnetrygd for ett barn mer enn de faktisk har. Dette kan inkludere noen som bor i et samboerforhold.

Personer som bor alene, i prosent av befolkningen per 1. januar 2012²⁰

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Landet	17,6	17,9	17,9	17,9	17,8	18
Moss	19,6	20,1	19,9	20	19,7	19,7

Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt.

I Norge behandles nærmere 500.000 innbyggere av lege for en ulykkesskade hvert år. 36.000 av disse får varige mén og ca. halvparten får ulik grad av funksjonshemming. 10 % av alle

¹⁷ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

¹⁸ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

¹⁹ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

²⁰ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

døgnopphold på norske sykehus skyldes skader og ulykker. Et enkelt lårhalsbrudd koster i gjennomsnitt ca. kr. 380.000 i behandling og rehabilitering. Det er nærmere 10.000 lårhalsbrudd pr. år i Norge. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikkerhet i tiltaksarbeidet.

Antall personskader behandlet i sykehus²¹

Tabellen viser antall pasienter innlagt (dag- eller døgnopphold) med personskader, herunder hoftebrudd, i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år, gjennomsnitt for treårsperioden.

År		2008-2010	2009-2011	2010-2012
Hele landet	Personskader (S00-T35)	13,3	13,2	13,2
	Hoftebrudd (S72)	2,2	2,2	2,1
Østfold	Personskader (S00-T35)	13,5	13,6	13,7
	Hoftebrudd (S72)	2,3	2,3	2,3
Moss	Personskader (S00-T35)	13,6	13,6	13,6
	Hoftebrudd (S72)	2,3	2,3	2,3

Statistikken viser at Østfold har 13,7 personskader etter ulykker per 1000. Østfoldkommunene har flere personskader enn landsgjennomsnittet og det er kun tre fylker som har høyere forekomst. Moss er tilsvarende som for Østfold.

Norge toppe statistikken når det gjelder hoftebrudd, Østfold ligger øverst og har holdt seg på dette nivået de siste tre årene. Østfold har flest hoftebrudd av alle fylker, 2,3 pr. 1000. Moss er tilsvarende som for Østfold. Sykehuset Østfold HF opplyser at Moss hadde 74 innleggelser i 2013 som følge av hoftebrudd²². Moss har noe høyere andel personskader og hoftebrudd enn gjennomsnitt for landet.

Dette medfører økt antall sykehusinnleggelser og mer oppfølgingstjenester fra kommunen. Hoftebrudd har store konsekvenser for den enkelte, for pårørende og for bruk av samfunnsressurser. Forskning viser at eldre som får et hoftebrudd har store smerter og lidelser og 1/3 dør innen 1 år av ulykken. Mange som rammes får heller ikke tilbake sitt tidligere funksjonsnivå og får sterkt redusert livskvalitet og blir hjelpetrengende²³.

I Norge utsettes hvert år ca. 8 % av personer over 65 år for skader, over 80 % av disse er fallulykker.

Når det gjelder dødsfall hos norske barn i alderen 1-14 år skyldes 34 % ulykker²⁴.

²¹ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

²² Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

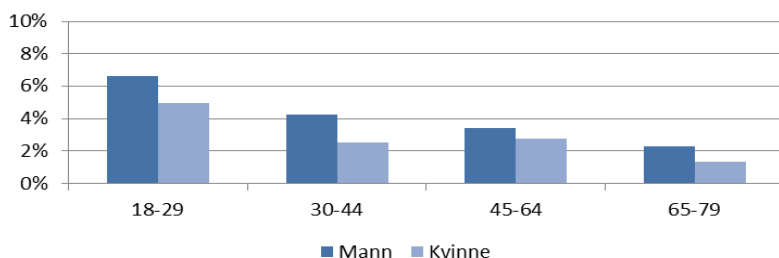
²³ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

²⁴ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

Vold og voldsutsatte

Helseundersøkelsen for Østfold viser at ca. 6 % av unge menn i aldersgruppen 18-29 har vært offer for vold, overgrep eller hærverk i løpet av de siste 12 måneder. Det er lavere for kvinner og blir også gradvis lavere med alderen²⁵.

Q43 I løpet av de siste 12 månedene vært offer for vold, overgrep eller hærverk i nærområdet



Mosseregionen ved kommunene Moss, Rygge, Råde og Våler utvikler en handlingsplan mot vold i nære relasjoner for perioden 2015-2019.

Utfordringer: Redusere hoftebrudd. Ivareta voldsutsatte med rusproblematikk.

Helserelatert atferd

Moss har mange gode tiltak for fysisk aktivitet for barn og unge. For mange av den voksne befolkningen er inaktive, særlig innenfor grupper med lav utdanning. Andelen unge som slutter å røyke går ned, mens det er en økning blant unge som snuser. Sammenheng mellom antall skjenkesteder, åpningstider og rusproblematikk bør vurderes.

Utfordring: Fokus på livsstilsrelatert atferd.

Helsetilstand

Forventet levealder

Forventet levealder er et godt mål på helsetilstanden i en befolkning og er basert på aldersspesifikk dødelighet i 15-årsperioden 1998-2012. Med uttrykket levealder menes forventet levealder ved fødselen. Siden 1900 har forventet levealder økt med 30 år. Forventet levealder i Moss er lavere enn gjennomsnitt for landet, for både kvinner og menn. Det bekrefter også at levekårene er dårligere enn gjennomsnittet. For menn i Moss er forventet levealder ca. 74 år, tilsvarende gjennomsnitt for Østfold, men lavere enn gjennomsnitt for landet, 77,5 år²⁶. For kvinner i Moss er forventet levealder satt til ca. 81 år, som for Østfold, men lavere enn gjennomsnitt for landet, 82,3 år.

Psykisk helse

Psykiske lidelser omfatter alt fra lettere plager til alvorlige sykdommer. En av fem har til enhver tid en psykisk lidelse i Norge, hvorav depresjon er den mest utbredte. Det framkommer imidlertid at det er underdiagnostisert når det gjelder menns psykiske helse. Når symptomer som aggresjon og risikoatferd inkluderes i diagnostiseringen, er det like mange menn som kvinner som er deprimert²⁷. For mer informasjon om psykisk helsearbeid i Moss vises til Moss kommune sin handlingsplan [Helhetlig handlingsplan for psykisk helse og rus 2014-2017](#).

²⁵ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

²⁶ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

²⁷ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

Årlige samfunnskostnader for psykiske lidelser i Norge er anslått til 60–70 milliarder²⁸. Det er mer enn for noen annen sykdomsgruppe. Psykiske lidelser belaster samfunnet 50 % mer enn all kreftsykdom, 50 % mer enn all hjertesykdom, står for 40 % av sykefraværet og 40 % av uføretrygdkostnadene. For hver uføretrygdet for psykisk lidelse taper Norge 21 arbeidsår. Depresjon, angst og alkoholmisbruk er dyrest. Depresjon står alene for halvparten av kostnadene. Ingen sykdom koster samfunnet mer. Samtidig er disse lidelsene lettest og mest lønnsomme å forebygge. Selv en liten reduksjon i antall nye tilfeller i en av disse gruppene vil ha store positive konsekvenser for samfunnet.

Moss skårer høyt på psykiske symptomer og lidelser i folkehelseprofilen, og det er høyest blant unge kvinner. Moss har større bruk av primærhelsetjenesten og bruk av legemidler for psykiske lidelser i aldersgruppen 0-74 år.

Psykiske symptomer og lidelser, primærhelsetjenesten, 0-74 år

År 2010-2012	
Hele landet	135,8
Østfold	152,2
Moss	164,4
Halden	158,1
Fredrikstad	150,2
Sarpsborg	154,0

164 per 1000 innbyggere i Moss har vært i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptomer og lidelser pr. år, gjennomsnitt for treårsperioden 2010-2012.²⁹ Tallet er uendret fra folkehelseprofil 2013. Videre er 157 av 1000 innbyggere brukere av legemidler til behandling av psykiske lidelser utlevert på resept pr. år, gjennomsnitt for treårsperioden (brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i perioden).

Psykiske lidelser, legemiddelbrukere, 0-74 år

År	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Landet	128,9	130,3	131,3	131,2	131,1	130,6
Østfold	149,9	152,1	153,5	154,3	154,8	154,9
Moss	152,1	154,5	156,8	157,8	157,2	156,7
Halden	149,1	152,2	152,9	151,3	151,7	153,2
Sarpsborg	157,8	159,2	160,2	160,4	160,6	161,8
Fredrikstad	151,2	154,3	156	157,8	158,2	157,9

Moss ligger på omtrent samme nivå som gjennomsnitt for Østfold, men høyere enn gjennomsnitt for landet. Tallene viser liten endring de siste årene³⁰.

²⁸ Kilde: St.prp. nr. 1, (2009–2010)

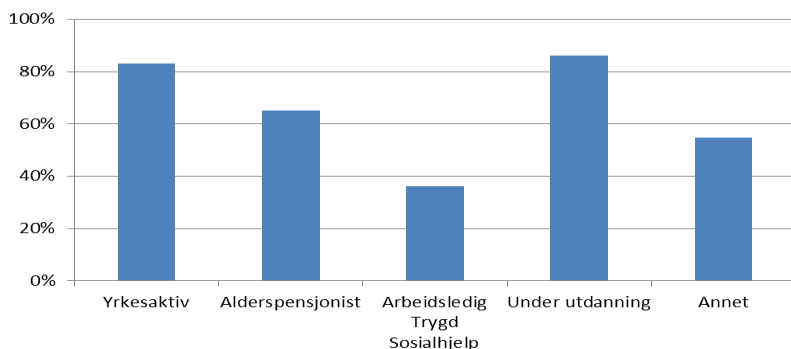
²⁹ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

³⁰ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

Selvopplevd helse – tendenser i Østfold

Befolkningsundersøkelsen i Østfold viser at opplevelsen av god helse varierer mellom personer som er yrkesaktive eller under utdanning (over 80 %) og personer som er arbeidsledige eller trygdemottakere (under 40 %)³¹.

Q1 Helsen min er generelt sett svært eller ganske god



Når det gjelder bruk av fastlegen er dette antydning til over 40 % for personer med grunnskole som høyeste utdanning, mens tilsvarende for personer med høy utdanning er under 20 %.

Når det gjelder sykefravær over 20 dager har personer med grunnskole som høyeste utdanning høyest fravær for alle aldre. Disse har også størst andel med kroppsbelastende arbeid. Derimot viser helseundersøkelsen at personer med høy utdanning har størst grad av tidspress i forhold til arbeidsoppgaver³².

Utfordringer: Tilrettelegge for bedring av psykisk helse. Gi rask, åpen og kunnskapsbasert psykisk helsehjelp, også for å minske den enkeltes og samfunnets kostnader. Styrke helsestasjonstjenesten. Prioritere tiltak som fører til livsstilsendringer og som gir gevinst for den enkelte og for samfunnet.

Somatisk helse

Høyt bruk av primærhelsetjenesten ved hjerte- og karsykdommer tyder på høy forekomst av slike sykdommer. Høyt forbruk av kolesterolsenkende legemidler tyder på hyppig forekomst av risikofaktorer, det samme gjelder for legemidler knyttet til type 2-diabetes. Høy forekomst av KOLS og astma er i stor grad en følge av røyking. Legemiddelbruk kan ikke betraktes synonymt med sykdomsforekomst, men kan gi en innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra til verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen³³. Informasjon om tidlig død (før 74) av gitt sykdomsgrupper gir viktig informasjon om hvor det bør settes inn forebyggende tiltak. Imidlertid er dagens dødsårsaksmønster et resultat av levevaner i befolkningen på et tidligere tidspunkt og gjenspeiler ikke nødvendigvis endringer i levevaner de siste årene. Lungekreft og KOLS er for eksempel sterkt relatert til røykevaner³⁴.

³¹ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune/Østfold helseprofil 2011-2012, 17904 svarte fra Østfold.

³² Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune/Østfold helseprofil 2011-2012, 17904 svarte fra Østfold.

³³ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

³⁴ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

Hjerte- og karsykdom, primærhelsetjenesten, 0-74 år

År	2010-2012
Hele landet	103,9
Østfold	121,3
Moss	110,5

Det er 111 personer pr. 1000 i Moss som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av sykdom knyttet til hjerte- og karsystemet pr. år, gjennomsnitt for treårsperioden 2010-2012. Dette er mindre enn gjennomsnitt for Østfold, men noe mer enn gjennomsnitt for landet³⁵.

Hjerte- og karsykdom, behandlet i sykehus

År	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Hele landet	18,2	18,2	18,2
Østfold	18,6	18,4	18,2
Moss	20,1	19,9	19,2

Det er 19 personer pr. 1000 innbyggere i Moss som har vært innlagt (dag- og døgnopphold) med hjerte- og karsykdom i somatiske sykehus pr. år, gjennomsnitt for treårsperioden 2010-2012. Dette tilnærmet likt gjennomsnitt for Østfold og landet³⁶.

Kreft, totalt nye tilfeller

År	1997-2006	1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011
Landet	519,9	528,7	537,4	546,9	554,9	564,9
Østfold	518,8	526,3	539,4	551,4	564,3	576,1
Moss	523,4	531,8	544,7	542	554,8	564,7

Antall nye tilfeller av kreft pr. 100 000 innbyggere pr. år, gjennomsnitt for tiårsperioden 2002-2011 er ca. 565, som gjennomsnitt for landet, men lavere enn Østfold. Indikatoren omfatter alle krefttyper, men tallene oppgis som noe usikre³⁷.

Lungekreft og KOLS, dødelighet, 0-74 år

År	1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012
Hele landet	10,7	10,9	10,9	10,9	11	11,2
Østfold	11,8	12,3	12,4	11,9	12,4	12,7
Moss	12,9	15	14,8	13,6	14,3	13,4

Dette er antall døde av lungekreft og KOLS pr. 100 000 innbyggere pr. år, gjennomsnitt for tiårsperiodene. Tallene oppgis som usikre.

Muskel- og skjelett (ekskl. brudd og skader), primærhelsetjenesten, 0-74 år

År	2010-2012
Hele landet	255
Østfold	274,7
Moss	262,2

Dette er personer som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av plager og lidelser knyttet til muskel- og skjelettsystemet pr. 1000 innbyggere pr. år, gjennomsnitt for treårsperioden 2010-2012. Tallene oppgis som sikre³⁸.

³⁵ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

³⁶ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

³⁷ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

³⁸ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

2 Omsorgsfellesskapet

Med omsorgsfellesskapet forstås fellesskapet rundt en person, som familie og venner, sosiale nettverk, lokalmiljøet, frivillige og ideelle organisasjoner.

Pårørende, brukermedvirkning og omsorgslønn

Pårørende er en viktig ressurs. Pårørende har gjerne inngående kjennskap til og kunnskap om den som er syk. Mange pårørende er også sentrale omsorgspersoner med omfattende omsorgsoppgaver. Det er viktig at pårørende får tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand og nødvendig støtte, avlastning, veiledning og rådgivning i forhold til oppgavene som skal utføres. Moss kommune har blant annet en pårørendeskole for demens som er et veletablert tiltak for pårørende, hvor man får kunnskap om demens og får treffe andre pårørende i samme situasjon. Slike tiltak er et godt eksempel på samhandling mellom kommunens fagpersoner og pårørende som ressurs. Det er viktig at kommunen legger til rette for informasjon og kommunikasjon med pårørende, og informerer om rettigheter og hva som finnes av tilbud innen hjelpemidler, teknologi og stønader.

Alle brukere har rett til tilpasset informasjon og til å delta aktivt i utforming av tjenestetilbudet rundt seg. Brukermedvirkning baserer seg på et likeverdig forhold mellom brukeren og tjenesteyteren. Brukerråd kan fungere som et bindeledd mellom tjenesten og pårørende. En brukerrådsrepresentant vil spesielt være en talsmann for brukere av tjenesten, men kan også være de pårørendes talsmann. Brukerråd er en god form for brukermedvirkning, og noen virksomheter i Moss kommune har etablert dette.

Omsorgslønn kan innvilges til pårørende eller frivillige omsorgsytere som yter særlig tyngende omsorgsarbeid til hjemmeboende med stort omsorgsbehov. Omsorgslønnsordningen skal være en fleksibel ordning som legger til rette for individuelle vurderinger, brukermedvirkning og verdsetter pårørendes omsorg for egne familiemedlemmer. Målet er å finne den best mulige omsorgssituasjonen, både for den som yter omsorgen og for den som trenger omsorgen. Pr. 01.01.15 mottok 75 personer omsorgslønn fra Moss kommune. 89 % av omsorgslønnsen gis til omsorg for personer under 67 år.

Avlønning av støttekontakter og omsorgslønn økes gradvis frem til 2017. Målet er avlønning i tråd med statlige anbefalinger i Rundskriv I-42/98³⁹.

Frivillig sektor og ideelle organisasjoner

Deltakelse i frivillige lag og foreninger har en verdi i seg selv, men også tilleggsverdier i form av økt fysisk aktivitet, tilhørighet, sosialt nettverk og fellesskap. Dette er viktige verdier for å skape et godt lokalsamfunn.

Moss har et rikt organisasjonsliv med et stort antall frivillige lag og organisasjoner. Det er etablert samarbeid med frivillig sektor innen flere områder i kommunen, både rettet mot kommunale tjenester og mot tiltak i lokalmiljøet. Det er kontakt mot organisasjoner som legger opp til lavterskelaktiviteter og inkludering av personer som faller utenfor deltakelse i lokalsamfunnet. Befolkningsundersøkelsen i Østfold og i Moss viste at menn deltar mer enn kvinner i organisasjonsarbeid⁴⁰. Nasjonalt vises det til høy deltakelse i frivillig arbeid, og om lag halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid. Det er verdt å merke seg at av disse deltar kun 10 % innen omsorgssektoren⁴¹. Det er altså en knapphet i frivillige ressurser på dette området. Frivillige kan bidra til å være/skape nettverk for personer med hjelpebehov.

³⁹ Vedtak i HS-utvalget 22.5.14, sak 014/14

⁴⁰ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune - Østfold helseprofil 2011-2012, 17.904 svarte fra Østfold

⁴¹ St.meld 29 *Morgendagens omsorg*

Befolkningsundersøkelsen for Østfold viser at ensomhet er størst blant de med lav utdanning, ca. 8 % i Østfold. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting for lokalt folkehelsearbeid. Forebygging og helsefremmende arbeid er viktige stikkord for kommunens prioritering. Dette løser ikke kommunen alene, men i et samarbeid med frivillig sektor og andre. Lavterskeltiltak i regi av frivillige organisasjoner er et bidrag for å motvirke ensomhet.

Moss og Omegn Kvinneråd finansieres med kommunalt tilskudd og har tiltak rettet mot flere målgrupper. *Home Start Familiekontakten* skal bidra til å bedre småbarnsfamiliens livssituasjon gjennom frivillig innsats. *Eldreliv* er rettet mot personer som ikke har familie eller sosialt nettverk, og der frivillige bidrar med en rekke tiltak. *Velferdssentralen for eldre* arrangerer aktiviteter og kurs.

Kvinnerådet drifter også *Moss Frivilligsentral*, med tilskudd fra Moss kommune og staten. Sentralen er en møteplass, formidler kontakt mellom de som vil være frivillig og de som ønsker kontakt med frivillige, legger opp til møteplasser og aktiviteter og er åpen for alle som bor i Moss. Frivillighets-sentralen har også ulike selvhjelpsgrupper. Selvhjelpsgrupper er et viktig bidrag for at den enkelte skal kunne mestre sin sykdom og livssituasjon. Mestring er viktig for god livskvalitet og selvstendighet.

Moss Røde Kors, *Moss Sanitetsforening*, *DNT Vansjø*, *Tjukkasgjengen*, *Flerkulturell kvinnegruppe*, ulike trossamfunn og øvrige organisasjoner er også med på å bidra til mangfold av aktiviteter som styrker samhold, fysisk og psykisk helse og lokal identitet. Besøktjeneste er et godt eksempel på dette.

Frivillig sektor i Moss har gjennomgått de samme endringene som resten av samfunnet. Noen organisasjoner legges ned, mens nye starter opp. Flere har problemer med å finne medlemmer til styret, særlig til vervet som leder. Det er også utfordrende i forhold til økonomi, møtelokaler, øvingslokaler og lokaler til å lagre utstyr⁴².

Den store aktiviteten innen frivillig sektor er viktig for innbyggernes trivsel og identitet. Det er skapt mange gode sosiale møteplasser. For å fortsette den gode utviklingen er det nødvendig å legge til rette for at alle kan delta. Samarbeid med frivillighets- og velferdssentralen er viktig (for eksempel bidra til transport til kulturelle arrangementer). Kommunen har en sentral rolle for å legge til rette for at frivilligheten kan blomstre, som et supplement til kommunale tjenester.

Det er viktig at idrettslagene kan tilrettelegge for god og motiverende aktivitet slik at ungdom holder på lenger med idrett, samt at idrettsbevegelsen klarer å inkludere alle barn, også barn i lavinntektsfamilier.

I et åpent møte med frivillig sektor 16.09.14 ble det pekt på et behov for samhandling og samarbeid med kommunen, både i forhold til brukeren, familien og organisasjonene. Dette kan handle om utformingen av tjenesten, hvilke oppgaver som ønskes utført av frivillig sektor, kompetanse for å skape trygghet i rollen som frivillig og hvilke felles målsettinger man har i forhold til kvalitet. Frivillig sektor ønsker videre at kommunen kan tilby møterom, tilgang til trykking og kopiering. Dette er også tema i Moss kommunes frivillighetspolitikk⁴³.

Videre arbeid

Det er et sentralt og lokalt ønske om å styrke og utvide samarbeidet med frivillig sektor. Arbeidsgruppen har diskutert ulike modeller for videre arbeid, og har fått mange gode innspill både når det gjelder behovet for ulike grupper og hvordan behovene kan møtes.

⁴² Kilde: Forslag til Handlingsplan for Moss kommunes frivillighetspolitikk, innspill fra møte med lag og organisasjoner 10.05.13.

⁴³ Frivillighetspolitikk for Moss 2010 – 2013: Frivillighet skaper glede og aktiviteter, styrker og utvikler Moss. Vedtatt i bystyret i Moss 07.12.09

Et godt tiltak synes å være etablering av en sentrumsnær møteplass for brukere og pårørende. En slik møteplass vil være et lærings- og mestringssenter hvor man kan drive opplæring og møtevirkksomhet både for brukere og pårørende. En sentral del av innholdet bør være selvhjelps-, samtale-, og pårørendegrupper, drevet av fagfolk og frivillige i samarbeid. Et lærings- og mestringssenter bør bidra med informasjon om helsefremmende arbeid og aktiviteter. Senteret kan være en sosial møteplass. Besøktstjenesten kan være tilknyttet senteret og bli gjort bedre kjent gjennom dette. Besøktstjenesten kan bidra til å forebygge ensomhet og depresjon.

For å utvikle omsorgsfellesskapet ser man behov for å etablere en frivillighetskoordinator som kan samordne kontakten mellom kommunen og frivillig sektor. Denne bør være tilknyttet lærings- og mestringssenteret, og sørge for organiseringen av de ulike tilbudene og tiltakene der. En viktig del av arbeidet vil være å rekruttere flere frivillige inn i omsorgssektoren og til forebyggende arbeid. Frivillighetskoordinator må ses i sammenheng med *Handlingsplan for Moss kommunens frivillighetspolitikk 2015-2018*. En oversikt over hva frivillige kan bidra med og gjøre er nyttig. Frivilligsentralen har kommet med innspill på hva frivillige kan bidra med inn i omsorgssektoren: «I omsorgssektoren kan frivillige bidra med tid, og de kan bidra til trivselstiltak. Det viktigste bidraget er at de kan være et medmenneske. Frivillige kan hjelpe til ved innføring av for eksempel ny velferdsteknologi. Det er viktig å avklare hva frivillige ikke skal ha ansvaret for, og hvem som har ansvaret for ulike tiltak, selv om det er frivillige med. Frivillige kan bidra på sykehjem, og de kan være et supplement til hjemmetjenestene. Det er viktig å ha klare grenser mellom de frivilliges oppgaver og for eksempel hjemmetjenester og støttekontakter».

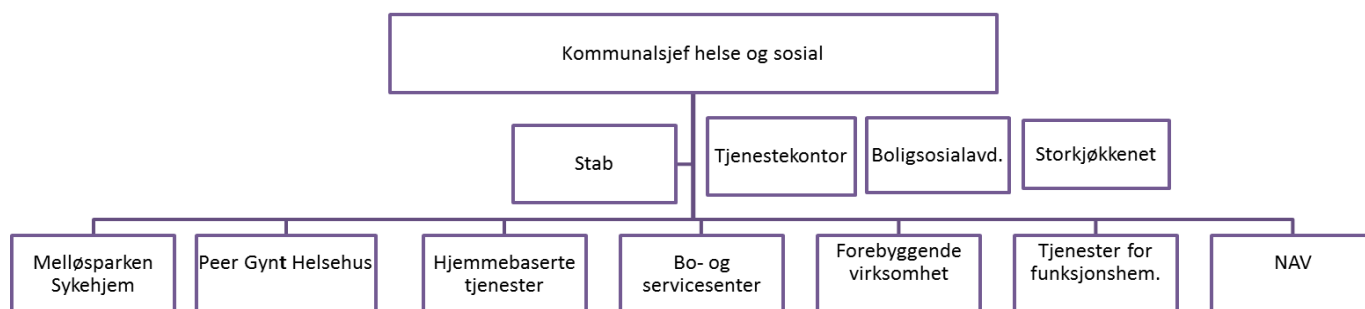
Det er viktig å trygge de frivillige til denne viktige oppgaven ved kursing og opplæring. Kommunens frivillighetskoordinator bør ha faste møter med lag og organisasjoner og legge til rette for frivilligheten ved blant annet å tilby møterom, kopieringsmuligheter.

Helsestasjon kan i større grad bidra til å skape nettverk mellom familier med krevende omsorgsoppgaver ved å tilrettelegge for at familier kan komme i kontakt med hverandre. Første treff kan være i helsestasjonens lokaler eller i et nytt lærings- og mestringssenter, og kan drives videre av gruppen selv eller med bistand fra frivillighetskoordinator.

Det er viktig å huske på alt det gode arbeidet som gjøres i Moss kommune i dag. Gode og etablerte tjenester som frivillighets- og velferdssentralen bør videreutvikles. Pårørendegruppene for demens er populære, og andre bør bruke denne organiseringen som et godt eksempel for å samhandle med omsorgsfellesskapet.

3 Omsorgstjenesten

3.1 Organisering av de kommunale omsorgstjenestene



Figur 1: Organisasjonskart helse- og sosialområde. Kommunen har konkurransutsatt ett sykehjem og ett bo- og service – disse er ikke illustrert i organisasjonskartet ved at de ikke er en del av de kommunale oppgavene pr. 1.1.15.

Tjenestekontoret ble opprettet januar 2013 og er kommunens bestillerenhet for helse- og omsorgstjenester. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og demenskoordinator er lagt til tjenestekontoret. Etter at Samhandlingsreformen ble innført i 2012 blir pasienter skrevet raskt ut fra sykehus og videre behandling og oppfølging utføres i kommunen. Dette innebærer behov for koordinering av tjenestene, høy faglig kompetanse, at tjenestene er av god kvalitet og at det tilrettelegges for brukermedvirkning.

Alle søknader til kommunen om omsorgstjenester behandles ved Tjenestekontoret. Det er brukers behov som styrer hvilke tjenester som er hensiktsmessig og vedtak fattes på bakgrunn av vurderingsbesøk og kartlegging av behov for helsehjelp. Tjenestetilbudet blir fortløpende vurdert for å sikre at brukere til enhver tid mottar den hjelpen det er behov for.

Boligsosial avdeling har en «nøkkelfunksjon» i kommunens boligsosiale arbeid og planlegging. Avdelingen tildeler boliger, forvalter husbankens virkemidler som startlån, botilskudd og bostøtte. Boligsosial avdeling har også en egen oppfølgingsenhet som arbeider etter prinsippene i «Housing First». Avdelingen har følgende målsetting: «Alle vanskeligstilte på boligmarkedet i kommunen skal gis mulighet til en egnet bolig med de oppfølgingstjenester som er nødvendig». Boligsosial avdeling er ansvarlig for bl.a. følgende vedtatte strategier fra vedtatt *Programplan for boligsosialt utviklingsprogram* som berører omsorgsområdet.

- Styrke oppfølgingstjenestene i boligen.
- Styrke kompetanse, overføring av kunnskap og opplæring i oppsøkende arbeid.
- Regionalt samarbeid.
- Spredt bosetting av vanskeligstilte.
- Prioritere de med størst behov.
- Systematisk samarbeid med private aktører.
- Samarbeid med frivillige organisasjoner.
- Samle det boligsosiale arbeidet i kommunen.

Sykehjem/institusjonsplasser

Sykehjem skal være for brukere med spesielle pleiebehov eller store medisinske oppfølgingsbehov. Gjennomsnittlig liggetid for langtidsplasser i perioden januar 2010 - august 2014 var ca. 2.5 år. Sykehjemmene skal ha et stort innslag av korttidsplasser. Moss kommune eier tre sykehjem:

1. *Melløsparken sykehjem* har langtidsplasser med hovedfokus på ordinære somatiske plasser. Sykehjemmet har også tilbud til demente.
2. *Peer Gynt Helsehus* er etablert som helsehus og består av følgende avdelinger:

Mossregionens lokalmedisinsk senter (MLMS) er kommunens øyeblikkelig hjelp-tilbud og disponeres av kommunene Rygge, Råde, Våler og Moss. Pasienter legges inn av fastlegene, sykehjemslegene og legevaksleger i de respektive kommunene.

Moss kommune har rehabiliteringsavdeling for pasienter med behov for opptrening og *to korttidsenheter* for pasienter med behov for avlastning og for pasienter som er for syke til å få behandling hjemme.

Lindrende enhet er for pasienter med behov for lindrende behandling og som kommer fra sykehus og fra hjemmet

En langtidsenhet med plasser for somatisk syke sykehjemspasienter

Avdeling for Fysio/Ergo/ART/kreftkoordinator: Avdelingen har fysio- og ergoterapeuter som arbeider med pasienter i hele kommunen, ambulant rehabiliteringsteam (ART) som arbeider med rehabilitering av pasienter hjemme (pasienter fra sykehus) og to kreftkoordinatorer med ansvar for hjemmeboende kreftpasienter. Kreftkoordinatorene bidrar til kompetanseoverføring til alle virksomhetene som ivaretar denne pasientgruppen.

Mossregionens legevakt er et interkommunalt samarbeid med kommunene Rygge, Råde, Vestby, Våler og Moss.

Peer Gynt Legekantor betjenes av fire fastleger. Legene har i tillegg oppgaver og ansvar for ulike avdelinger på PGH som sykehjemsleger.

3. *Orkerød sykehjem* er kommunenes kompetansesenter for demens. De har i hovedsak langtidsplasser. En enhet har korttidsplasser beregnet på avlastning og utredning. I tillegg er det knyttet et dagsenter med to avdelinger for personer med demens til sykehjemmet. Orkerød er konkurranseutsatt i fire år fra 01.09.14 til 31.08.18 med mulighet til opsjon på inntil 2 år (1+1). Sykehjemmet driftes nå av Norlandia Care.

Bo- og servicesentra utgjør det nest høyeste trinnet i omsorgstrappa. Beboerne kan ha et omfattende og sammensatt omsorgsbehov som blir ivarettatt av stasjonær bemanning. Botiden vil være lenger enn på sykehjem, og det tilrettelegges for at det er mulig å bo her livet ut. Tjenestene er hjemlet som hjemmebaserte tjenester – hjemmesykepleie og praktisk bistand. For yngre brukere som har behov for denne boform innvilges tjenester som praktisk bistand og opplæring der formålet er å gjøre den enkelte best mulig i stand til å klare seg i hverdagen samt mestring knyttet til egen sykdom. Tjenesten har korttidsplasser for utredning til rett nivå i omsorgstrappa.

Moss kommune eier tre bo- og servicesentre:

1. Melløs bo- og servicesenter
 2. Rosnes bo- og servicesenter
 3. Skoggata bo- og servicesenter.
- Skoggt Bo- og servicesenter er konkurranseutsatt i perioden 01.02.13 til 31.01.18 med mulighet til opsjon på inntil to år (1+1). Driftes nå av Norlandia Care.

Ved Melløs bo- og servicesenter og Rosnes bo- og servicesenter er det også korttidsplasser. Døgnopphold innvilges der det er behov for avlastning, vurdering av omsorgsnivå og forebygging av sosial isolasjon samt oppfølging av ernæring. Det kan også utføres oppfølging av helsetilstand og

behandling i samarbeid med fastlege da det er god faglig kompetanse ved bo- og servicesentra. Fastleger er ansvarlig for behandling.

Moss kommune har i 2015 følgende heldøgns omsorgsplasser:

Navn	Plasser/leiligheter	Hvorav korttidsplasser
Sykehjem/institusjon		
Orkerød sykehjem	88	8
Melløsparken sykehjem	45	0
Peer Gynt helsehus - MLMS - utredningsplasser - palliativ avd. - langtidsplasser - rehabilitering - korttid/avlastning	53, hvorav: 7 3 5 10 8 20	36
Bo- og service		
Melløs bo- og servicesenter	57	8
Rosnes bo- og servicesenter	52	5
Skoggata bo- og servicesenter	52	0
Totalt	347	57

Av kommunens 179 sykehjemsplasser er 96 plasser benyttet til personer med demens. Det tilsvarer 53,6 % av plassene.

Korttidsplasser

Av kommunens heldøgnsomsorgsplasser er 16 % korttidsplasser, hhv fordelt på institusjon og bo- og service er tallene 24 % og 8 %.

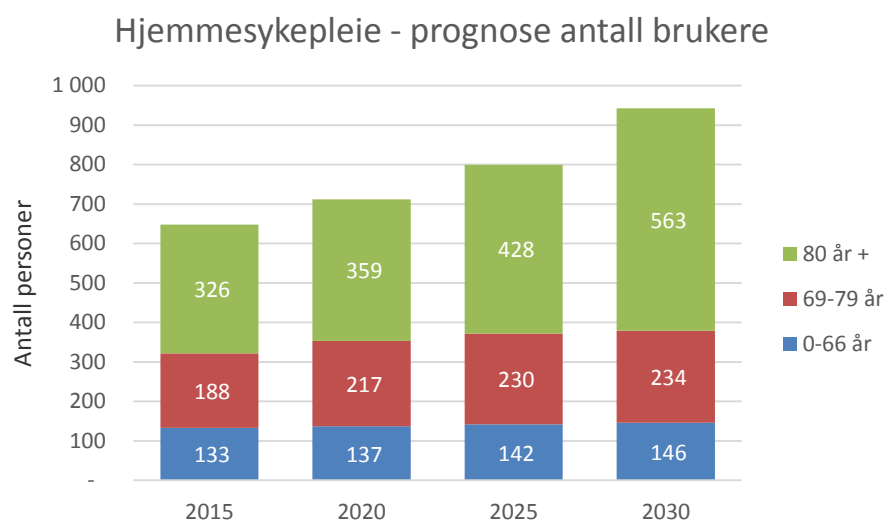
Hjemmebaserte tjenester

Hjemmebaserte tjenester er «grunnmuren» i omsorgstjenestene i Moss kommune. Mål for videre utvikling av omsorgstjenestene i Moss kommune er at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig i eget hjem.

Framskrivning med en voksende og stadig eldre befolkning i Norge vil medføre at flere vil ha behov for helsetjenester i hjemmet. Under er det estimert prognoser for hjemmebaserte tjenester, hhv. hjemmesykepleie, praktisk bistand og trygghetsalarm fram til 2030. Det er tatt utgangspunkt i dagens bruk av hjemmebaserte tjenester hvor bakteppet er 24.5 % dekningsgrad på heldøgns omsorgsplasser. Det tas forbehold om rett estimat. Dersom dekningsgraden innen heldøgns omsorgsplasser faller, vil behovet for hjemmebaserte tjenester øke mer enn det framskrivningene tilsier. Stortingsmelding 29 fremhever en ressurssterk seniorgenerasjon med andre behov enn dagens generasjon eldre. Det vil bli nye muligheter til å velge individuelle løsninger i samarbeid med næringslivet med større egenfinansierte leiligheter og privat omsorgshjelp. Hvordan dette vil påvirke behovet for kommunale omsorgstjenester lar seg ikke tallfeste nå.

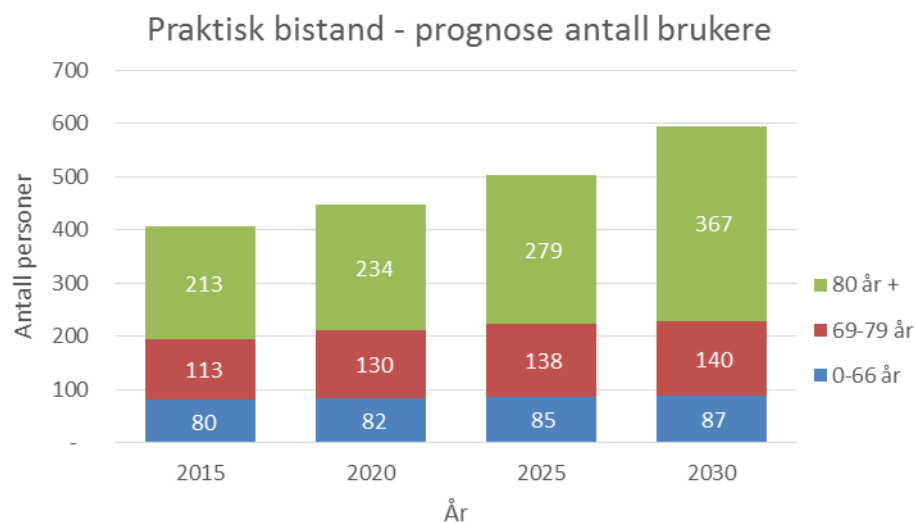
Estimerte prognoser for hjemmesykepleie fram til 2030

Tjeneste	Aldersgr.	2015	2020	2025	2030
Hjemmesykepleie	0-66 år	133	137	142	146
Hjemmesykepleie	69-79 år	188	217	230	234
Hjemmesykepleie	80 år +	326	359	428	563
Sum		648	712	800	942



Estimerte prognoser for praktisk bistand fram til 2030

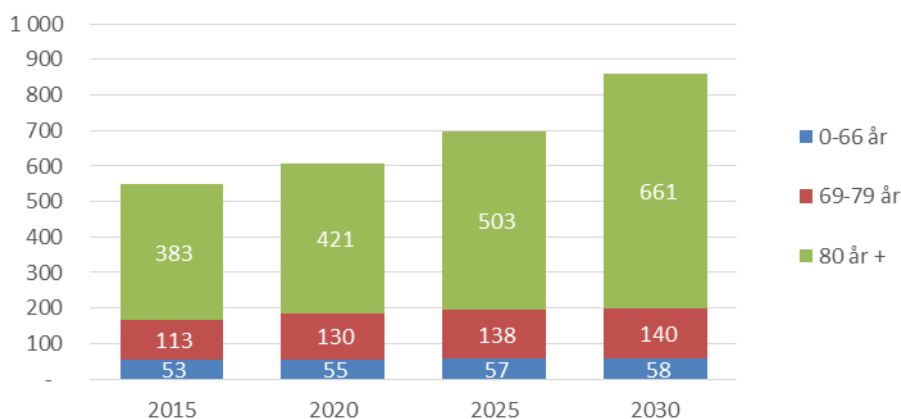
Tjeneste	Aldersgr.	2015	2020	2025	2030
Praktisk bistand	0-66 år	80	82	85	87
Praktisk bistand	69-79 år	113	130	138	140
Praktisk bistand	80 år +	213	234	279	367
Sum		406	446	502	595



Estimerte prognoser for trygghetsalarm fram til 2030

Tjeneste	Aldersgr.	2015	2020	2025	2030
Trygghetsalarm	0-66 år	53	55	57	58
Trygghetsalarm	69-79 år	113	130	138	140
Trygghetsalarm	80 år +	383	421	503	661
Sum		549	606	697	859

Trygghetsalarm- prognose antall brukere



Hjemmebaserte tjenester samarbeider med fastleger som er behandlingsansvarlig for hjemmeboende. Videre samhandler virksomheten med andre instanser som spesialist-helsetjenesten og koordinerer behov for andre kommunale tjenester som ergoterapitjeneste, rehabilitering, demensteam, kreftkoordinator med mer.

Hjemmebaserte tjenester i Moss kommune som virksomhet er lokalisert til Solgård skog og består av tre avdelinger og har ansvar for følgende tjenester:

- Praktisk bistand, herunder personlig assistanse – tjenesten utføres til ulike former for husarbeid og personlig assistanse etter behov. Formålet er at brukerne kan få hjelp slik at de kan bo i eget hjem.
- Hjemmesykepleie – utfører medisinske oppgaver og tilsyn til personer som bor i hjemmet, og som ikke har behov for insitusjonsopphold ut fra en forsvarlig medisinskfaglig vurdering.
- Natt-tjeneste – utfører helsetjenester på natt der det er behov for dette.
- Utrykning på trygghetsalarmer – er et døgntilbud.

Fritt brukervalg er innført med tjenstekonsesjoner for hjemmebaserte tjenester fra september 2013. Det er inngått avtale med en privat leverandør av hjemmesykepleie og fire leverandører av praktisk bistand. I ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er det avtaler med ti leverandører. Kommunen gir ikke tjenesten brukerstyrt personlig assistanse i egen regi. Det er bruker selv som velger leverandør av tjenesten de skal motta. Tjenstekontoret er den administrative enheten som fatter vedtak om tildeling av tjenester og som har den daglige oppfølging og administrering av ordningen.

Forebyggende enhet er en sammensatt virksomhet for helsestasjon og to avdelinger innen psykisk helse og rus.

Avdeling helsestasjon består av helsestasjon, skolehelsetjenesten, ungdommens helsestasjon, jordmortjenesten og smittevernkontoret. Helsestasjonstjenesten ser alle barn fra 0 til 6 år gjennom

helsekontroller og hadde 6 900 konsultasjoner i 2013. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom har til sammen ca. 8 000 konsultasjoner per år⁴⁴.

Tabellen under viser at Moss kommune har lavere årsverk helsesøster pr. barn 0-5 år enn gjennomsnitt for Østfold, landet og noen kommuner i kostragruppe 13, med unntak av Fredrikstad. Moss kommune har 1040 elever per årsverk helsesøster i barneskolen. Nasjonal minstenorm er 285 elever per årsverk helsesøster i barneskolen. I videregående skole er bemanningen omkring halvparten av normtallet⁴⁵. Helsedirektoratet har anbefalt en bemanningsnorm for helsestasjon- og skolehelsetjenesten som kommunen bør legge til grunn i sine prioriteringer⁵⁴.

Årsverk av helsesøstre pr. 10 000 innbyggere 0-5 år

År	2010	2011	2012
Hele landet	53,3	55,6	57
Østfold	52,4	56,2	56,6
Moss	42	43,1	48,8
Halden	48,1	50,2	50,9
Sarpsborg	55,5	59,7	63,1
Fredrikstad	44,2	46,6	44,7

Avdeling rus og psykisk helse

Handlingsplan for psykisk helse og rus «[Hjelp som hjelper](#)» gir anbefalinger og mål for utvikling av tjenestene for perioden 2014-2017. Handlingsplanen gir føringer for kommunenes prioriteringer og omfatter flere kommunalområder. Forebyggende arbeid og tidlig innsats er et prioritert område.

Tjenester for funksjonshemmede

Tjenester for funksjonshemmede (TFF) er organisert i en virksomhet bestående av seks avdelinger. Virksomheten driftes av virksomhetsleder og seks avdelingsledere. I tillegg er det etablert en stab bestående av en økonomirådgiver, HR-rådgiver og fagrådgiver samt merkantil ressurs.

TFF har vært gjennom en stor omstilling. TFF yter i hovedsak omsorgstjenester i hjemmet. Mye av arbeidet innenfor tjenestområdet er tilrettelegging, veiledning, opplæring og ulike dagaktiviteter.

Flere av tjenestemottakerne har et omfattende bistandsbehov og leier leiligheter/samløkaliserte boliger. TFF driver også dagaktivitetstjenester og institusjonsbaserte avlastningstjenester. Fra mai 2014 ble all institusjonsbasert avlastning lagt til Sørtun.

Det planlegges et bygg i Peer Gyntsvei 89 med 12 samlokaliserte leiligheter, med tilgang til en personalbase sentralt i bygget. Leilighetene er tiltenkt som erstatningsboliger for personer som mottar tjenester fra Kambo hjemmetjenester. Bygget vil være klar for innflytting høst 2016.

NAV

Nav Moss er en sammenslåing av tidligere trygdeetat, a-etat og sosialtjenesten i kommunen. Hovedmålet er å gi mennesker muligheter til å mestre eget liv med hovedvekt på å komme eller stå i arbeid.

NAV jobber etter Arbeids- og velferdsforvaltningsloven "NAV-loven" og Lov om sosiale tjenester i NAV. I henhold til loven skal alle innbyggere sikres et tilstrekkelig grunnlag til livsopphold og om nødvendig midlertidig bolig. I dette arbeidet ligger også opplysning, råd og veiledning. Kvalifiseringsprogrammet og gjeldsrådgiving ligger innunder NAV sine tjenester.

⁴⁴ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

⁴⁵ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

Barnevernstjenesten

Barnevernstjenesten er organisert under kommunalavdeling kultur og oppvekst. Barnevernet er en viktig samarbeidspartner for helse- og sosialtjenestene.

Barnevernstiltak - andel barn med undersøkelse ift antall innbyggere 0-17 år, prosent.⁴⁶

År	2010	2011	2012
Hele landet	3,6	3,9	3,9
Moss	3,7	3,2	3,3
Sarpsborg	2,7	3,4	3,5
Halden	3,7	3,7	3,5

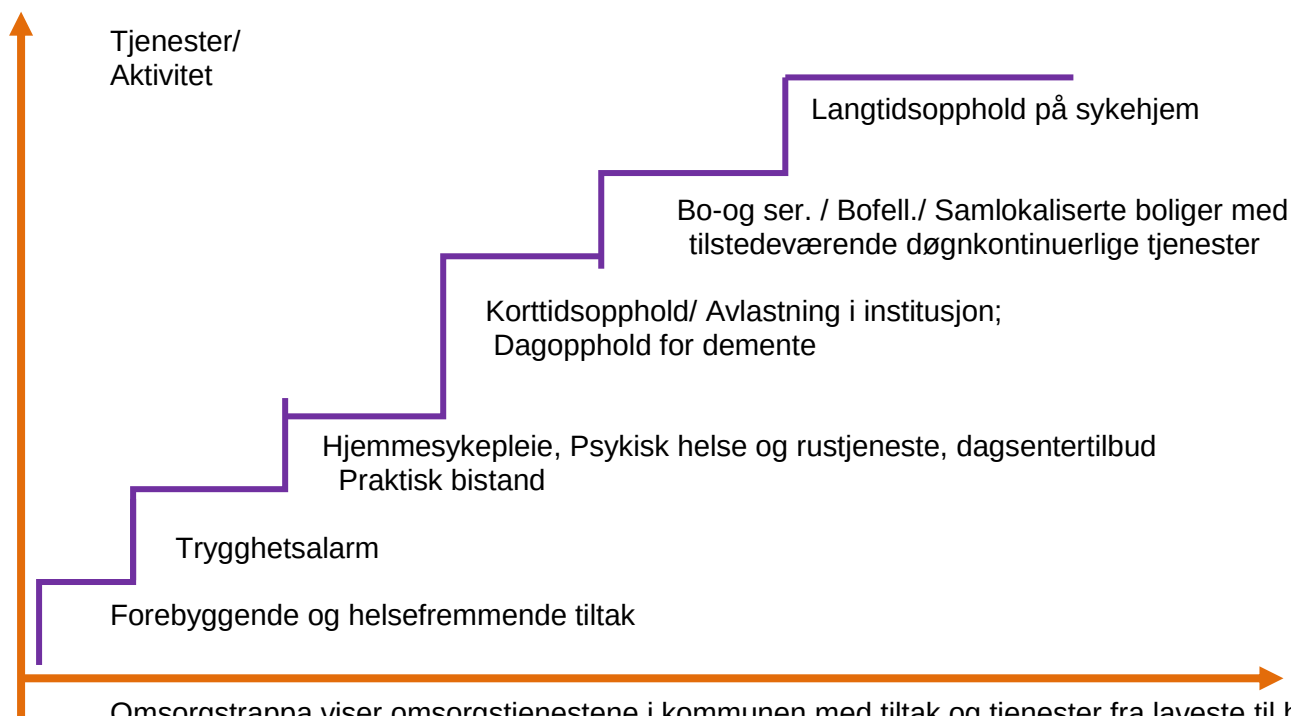
Barnevern - andel barn med barnevernstiltak ift innbyggere 0-17 år, prosent.⁴⁷

År	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hele landet	3,9	4,1	4,2	4,5	4,7	4,8
Østfold	4	4,6	4,6	4,8	5,1	**
Moss	4,6	4,6	4,6	5,2	5,7	5,4
Halden	4,1	3,9	4,5	4,8	5	4,9
Sarpsborg	3,6	3,6	3,5	3,6	4,1	4,7
Fredrikstad	3,5	3,9	4,4	4,7	4,7	4,6

Merket *: Har ikke Kostratall

Barneverntjenesten opplever at svake levekår for befolkningen i Moss gjenspeiles i barneverntjenestens brukergruppe. Dette medfører at mange ønsker et tilbud fra tjenesten og at Moss gir et tilbud som i omfang ligger noe over gjennomsnittet for landet og Østfold.

3.2 Omsorgstrappa



Omsorgstrappa viser omsorgstjenestene i kommunen med tiltak og tjenester fra laveste til høyeste nivå. Kommunene skal sørge for helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig

⁴⁶ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

⁴⁷ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune

diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp ivaretas etter prinsippet om Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). Rett og effektiv tildeling av tjenester bidrar til effektiv ressursutnyttelse og er også et kjennetegn på tjenester av god kvalitet, jfr. Helsedirektoratet kvalitetsstrategi.

3.3 Kvalitetsutvikling i omsorgstjenesten

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til faglig forsvarlige pleie- og omsorgstjenester gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal kommunen etablere et system av prosedyrer for å sikre grunnleggende behov og kvaliteten på tjenestene.

Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien) har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften gjelder eldreomsorg som ytes i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud. Verdighetsgarantien imøtekommer brukernes behov for kontinuitet og fleksibilitet i tjenestene.

Kvalitetsutvikling i omsorgstjenesten sammenfattes av åtte prinsipper for gode omsorgstjenester⁴⁸. Prinsippene er utarbeidet av helse- og omsorgsdepartementet sammen med Pensjonistforbundet, Kirkens Bymisjon, KS, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere. Kommunene er utfordret til å arbeide videre med å konkretisere hvordan dette kan komme til uttrykk i det daglige arbeidet.

1. Omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn. Dette oppnår vi ved å:
 - Bygge opp flerfaglig kompetanse som sikrer brukerens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov
 - Styrke det tverrfaglige samarbeidet
2. Omsorgstjenesten er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet. Dette oppnår vi ved å:
 - Fremme brukernes rett til å ta selvstendige avgjørelser
 - Involvere brukerne i utformingen og utøvelsen av tjenestetilbudet
 - Styrke den etiske kompetansen blant ansatte i omsorgstjenesten
3. Omsorgstjenesten er tilpasset brukernes individuelle behov. Dette oppnår vi ved å:
 - Kjenne den enkeltes interesser og bakgrunn
 - Bemanne tjenestene med en kompetanse som tar utgangspunkt i brukernes situasjon og behov
4. Omsorgstjenesten viser respekt og omsorg for pårørende. Dette oppnår vi ved å:
 - Utvikle tiltak for å veilede og støtte pårørende
 - Involvere pårørende gjennom et tett samarbeid
5. Omsorgstjenesten består av kompetente ledere og ansatte. Dette oppnår vi ved å:
 - Kontinuerlig utvikle ledere og ansattes kompetanse
 - Bygge opp et robust fagmiljø med tilstrekkelig og kompetent personell, samt utvikle et inkluderende arbeidsmiljø
 - Fremme kunnskapsbasert praksis, forskning og utvikling i omsorgstjenestene i kommunen i samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer
6. Omsorgstjenesten vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak. Dette oppnår vi ved å:
 - Styrke kompetansen i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid
 - Bidra til at brukerne i størst mulig grad ivaretar egen helse og livsmestring
 - Legge til rette for at brukerne kan oppleve meningsfulle hverdager på tross av sykdom og funksjonssvikt

⁴⁸ Meld.St.29 *Morgendagens omsorg*, boks 5.1 side 84.

7. Omsorgstjenesten er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester. Dette oppnår vi ved å:
 - Organisere og utøve tjenesten på en effektiv og faglig forsvarlig måte
 - Samarbeide aktivt med de øvrige kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og NAV
 - Utvikle og tilby gode og helhetlige pasient- og brukerforløp
8. Omsorgstjenesten er lærende, innovativ og nyskapende. Dette oppnår vi ved å:
 - Skape kultur for utvikling og iverksetting av nye idéer og kreative løsninger
 - Arbeide systematisk med erfaringsdeling, og ta i bruk ny fagkunnskap og teknologi
 - Samarbeide med frivillig sektor, og bidra til økt frivillig arbeid

3.4 Kompetanse

Med et stort antall syke eldre må kompetansen i hjemmebaserte tjenester og i institusjonene heves, for å møte det sterkt økende behovet for symptomlindring, omsorg og pleie. Det vil fremover bli et økende behov for miljøarbeidere, vernepleiere, ergoterapiressurser, kreftsykepleiere, fysioterapeuter, geriatriske- og palliative sykepleiere i de ulike virksomhetene i kommunen. For å møte morgendagens omsorg er det behov for å heve det faglige nivået i de kommunale tjenestene også innen kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og teamarbeid. Det er behov for ytterligere kompetanse innen veiledning i forhold til ulike diagnoser og lindrende behandling, barn med utfordrende adferd, velferdsteknologi, demens og kompetanse/tiltak som fremmer selvhjelpenhet. Det er et økt behov for kompetanseheving innen kulturkunnskap som religion, språk og matvaner.

Moss kommune har en lav andel fagutdannede ansatte. Det er utfordringer med å rekruttere fagutdannede til turnusarbeid. Moss kommune er innforstått med at et robust fagmiljø er viktig for å rekruttere og for å beholde ansatte. Kommunen søker derfor årlig kompetansemidler fra Fylkesmannen.

	Moss 2014	Moss 2013	Moss 2012	Moss 2011	Moss 2010	Moss 2009
F. Pleie og omsorg - nivå 2						
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	69	67	66	63	62	64

	Moss 2014	Moss 2013	Moss 2012	Moss 2011	Moss 2010	Moss 2009
F. Pleie og omsorg - nivå 2						
Andel årsverk i brukerrettede tjenester u/fagutdanning	31	33	34	37	38	36

Opplæring av ansatte uten fagbrev er prioritert. Det er fokus på kompetanseoverføring mellom virksomhetene. Fagpersoner gir mulighet for kontinuerlig kollegaveiledning som igjen sikrer et kvalitetsmessig og likeverdig godt tilbud til pasientgruppen(e). Slik kompetanseoverføring bør styrkes.

Kommunen har en undervisningssykepleier som benyttes til kompetanseheving.

Moss kommune anbefaler å rekruttere personer med fagarbeider-, høyskole-, og videreutdanning for rett kompetanse til rett tid. Det vil være viktig å evaluere hvordan tjenestene utføres, og det må være sammenheng mellom vedtak om tjenester og kompetanse.

3.5 Rehabilitering

Ergoterapitjenesten er en tjeneste som deltar i ulike kommunale nettverk som rehabilitering, demensteam, pårørendearbeid og kreftomsorg. De bistår bruker med å søke hjelpemidler som kan bedre funksjonen og foreslå velferdsteknologi i eldreomsorgen, noe som gir mer frihet og selvstendighet for brukerne og gjør at bruker kan bo hjemme i egen bolig lenger.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider". Dette er også "nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå

best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". I Hverdagsrehabilitering ønsker man tidlig intervensjon for å styrke den enkeltes mulighet til å mestre hverdagen selv.

I Moss kommune er det behov for å integrere hverdagsrehabilitering som en sentral og naturlig del av omsorgstjenesten. Det har kommet innspill på at kommunen bør utarbeide en rehabiliteringsplan for videre målrettet arbeid innen feltet.

Ambulant rehabiliteringstjeneste (ART) utføres av et team bestående av fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter. Tjenesten er ment å gi rask rehabilitering i hjemmet for å gjenvinne god funksjonsevne for brukeren. Teamet gir en målrettet tidsavgrenset tjeneste. De henviser til videre fysikalsk behandling der det er behov for langvarig oppfølging.

Både hverdagsrehabilitering og arbeidet i ART forutsetter et tett samarbeid med hjemmebaserte tjenester.

3.6 Demensomsorg i Moss

Demens øker med alder, og den største andelen demente finner man i alderen 80+. Det er relativt få yngre med demens, og det er ikke estimert noen økning. Samme diagnose kan ha store forskjeller i sykdomsbildet og tjenester i Moss kommune gis etter behov, ikke etter diagnose. Det anbefales ikke å utvikle tilbud spisset til ulike aldersgrupper, som for eksempel yngre demente. Man bør heller utvikle tilbud rettet mot ulike faser og behov i sykdomsbildet.

Demensomsorgen i Moss består av en rekke tilbud og tjenester som ivaretar pasientenes behov på ulike stadier i en demensutvikling. Hensikten er å gi pasienten rett omsorg til rett tid. Kommunen har en aktiv og målrettet demensomsorg. Vi deltar i flere studier og samarbeider både nasjonalt og internasjonalt innen demensarbeid. Det har vært gjennomført flere prosjekter for å bedre hverdagen for personer med demens. Det har blitt satset stort på kompetansehevede tiltak innen demensomsorg over flere år, og sentrale personer har fått flere priser og utmerkelser for sitt arbeid. Moss er en foregangskommune i demensarbeidet.

Kommunen har en demenskoordinatorstilling i 100 %, lagt til Tjenestekontoret. Demenskoordinator er knyttet opp mot ansatte, pasienter og pårørende. Arbeidet er i første rekke rådgivende og støttende på det demensfaglige og alderspsykiatriske feltet. Demenskoordinatoren er en del av demensteamet, et lavterskeltilbud. Demensteamet består av spesialsykepleier/demenskoordinator og lege. De bistår fagpersoner og pårørende. Teamet er behjelpelig med å stille diagnose, vurdere omsorgsbehov og bistå med råd og veiledning. I tillegg samarbeider demenskoordinator med *Frivilligsentralen* og *Orkerøds venner*.

Dagtilbud og fleksible avlastningsordninger kan være med på å utsette institusjonsplass og er også viktige tilbud for å avlaste pårørende.

Pårørendeskolen har som mål å gi pårørende økt kunnskap om demenssykdommene, øke forståelsen for kommunikasjon og samhandling med den demensrammede. Det bidrar også til at pårørende får kjennskap til rettigheter og aktuelle lovverk, samt at det tilbys støtte gjennom møte med andre pårørende. Pårørendeskolen er et interkommunalt samarbeid mellom Moss og omegn demensforening og Moss, Rygge og Våler kommune som avholdes to ganger pr. år.

Demenstrappen i Moss:

Utredning, diagnose

Det starter med utredning når man har mistanke om en demensutvikling. Det er fastlegen eller sykehjemslegens oppgave å fastsette en diagnose. Dersom de trenger hjelp til dette, kan de hente inn bistand fra demensteamet i kommunen, eller de kan henvise til spesialisthelsetjenesten.

Tilbud til hjemmeboende

Her kan både hjemmesykepleie og praktisk bistand være aktuelt. Mange har også behov for et dagaktivitetstilbud. Skogbrynet dagsenter er spesielt tilrettelagt for personer med demens, men også på Melløs har de pasienter som er demensrammet. For noen hjemmeboende er det aktuelt med et avlastnings- eller vurderingsopphold. Dette finner sted på Orkerød sykehjem.

Heldøgns plasser

Når pasienten ikke lenger er i stand til å bo hjemme, tilbyr kommunen heldøgns plasser på bofellesskap eller i sykehjem. Erfaring viser at 45 % av de med demens vil ha behov for 24 timers omsorgstilbud (hvorav halvparten på sykehjem og halvparten på bo- og service). Fleksibilitet mellom bofellesskap og sykehjem er viktig. Det finnes tre bofellesskap for personer med demens: Toppen bofellesskap på Melløs, samt Rosnes og Eddaveien på Jeløya. Tilrettelagte dagtilbud og egne aktivitørstillinger på alle institusjoner anbefales.

Utover de ovennevnte tjenestene, er det også noen overgripende tilbud. Her kan nevnes støttekontakt og det som frivillige bidrar med på ulike områder.

Tatt i betraktning den estimerte økningen av eldre og demente, er det behov for å utvikle en ny kommunal demensplan med fokus på interkommunalt samarbeid, foreninger og organisering av demensteam i tråd med nasjonale retningslinjer, samt legge til rette for kompetanseheving i tjenestene.

Arbeidsgruppen er kjent med at en privat aktør har gått til anskaffelse av et område i Fredrikstad med det formål å etablere en demenslandsby. Et slikt tilbud vil forutsette et interkommunalt samarbeid, dersom dette blir en realitet.

3.7 Kreftomsorg og andre diagnosegrupper som har behov for lindrende omsorg ved livets slutt

Framskrivninger viser en voksende og stadig eldre befolkning i Norge som vil gi et økt antall kreftpasienter. Moderne kreftbehandling gjør at mange blir friske, samt at flere pasienter lever lenger med sin sykdom som igjen fører til behov for palliativ behandling, pleie og omsorg.

Palliasjon/palliativt/lindrende arbeid

Med palliasjon forstås aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Symptomlindring og livskvalitet for både pasient og pårørende står sentralt i palliasjon. En grunnleggende forutsetning for å få til god palliasjon er et tverrfaglig samarbeid med personell med riktig og nødvendig kompetanse. Det vises til WHO definisjon av palliasjon (2011).

Ressurssykepleiere bør inngå i et kompetansenettverk for å bidra til kompetanseheving på alle nivå i helsetjenesten slik at pasient og pårørende opplever trygghet og mottar omsorgstjenester av god kvalitet. Det er ønskelig med involvering av frivillige. Frivillige skal ikke delta i medisinsk faglig behandling, stell og pleie. En forutsetning for å benytte frivillig innsats er at kommunen har en frivillighetskoordinator. Organisering av frivillig arbeid lokalt legges til aktuell institusjon som da har formelt ansvar for sine frivillige når det gjelder undervisning, oppfølging og veiledning. Ideelle og frivillige organisasjoner vil kunne tilby alternative tiltak og bistå barn og familier i hverdags-situasjoner på en annen måte enn det kommunen kan tilby.

Hospice

Hospice er omsorg og behandling i livets siste fase, for pasienter med alvorlig og uhelbredelig sykdom, med kort forventet levetid. Hospice er både en filosofi og et sted hvor man tilbyr dag- og døgntilbud. Målet med hospice er at pasienten, sammen med pårørende, skal få en så god avslutning på livet som mulig.

Per 2013 brukte fire institusjoner i Norge betegnelsen hospice⁴⁹ om sin virksomhet. I Handlingsplan 2012 – 2013 for Hospiceforum oppsummeres arbeidet i hospice i hovedtrekk slik⁵⁰:

- Hospice fordrer optimal tverrfaglig kompetanse, omfattende medisin, kompetanse og fagutvikling, sykepleie, psykologi, sosialt arbeid, fysioterapi, ernæring, teologi/religion, sosiologi, kunst og kultur.
- Hospice vil være et av flere tiltak innenfor palliativ virksomhet og vektlegger samarbeid med andre aktører som sykehus, kompetansesentra, hjemmetjenester, sykehjem ambulante tjenester, fastleger med mer
- Hospice legger vekt på bruk av frivillige medarbeidere som kan supplere de ansatte i den samlede innsatsen, ikke minst i sosiale aktiviteter og fellesskap
- Hospice legger vekt på lokaler med gjennomtenkt arkitektur og estetikk, der livet kan leves i stor frihet for pasienter og pårørende i egnede rom for fellesskap, aktivitet, stillhet og refleksjon.

I *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet, 2015) står det at palliasjon kjennetegnes ved:

- helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende
- respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste
- aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer
- forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå
- fokus på åpen kommunikasjon og informasjon
- tverrfaglig arbeid
- koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene
- systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder

Disse elementene kjennetegner også arbeidet i Moss kommunes lindrende enhet.

Hospice brukes ikke som et begrep i *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*, men det henvises i stedet til lindrende enheter. Verdien i hospice og føringene i nasjonale retningslinjer er sammenfallende. Målet for begge er at pasienter og pårørende med alvorlig og uhelbredelig sykdom skal få en så god avslutning på livet som mulig. Stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg fremhever at omsorgstjenestene bør innrettes slik at den døendes og de pårørendes behov blir ivaretatt og at den enkelte blir møtte med empati, omsorg og respekt.

I forbindelse med en utredning om innføring av hospice i Moss kommune har kommunalavdeling helse og sosial innhentet informasjon fra Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Beregnet driftskostnader til en hospiceplass utgjør der ca. kr. 1,4 mill. mot en tilsvarende ordinær plass på ca. kr 0,8 mill. På en hospiceplass får vi opplyst at det er beregnet høyere bemanning og høyere driftsutgifter, spesielt til medikamenter.

Tilsvarende er kostander for en seng på lindrende enhet i Moss kommune beregnet til ca. kr. 1,0 mill., som her er inkludert en gjennomsnittlig høyere bemanning, høyere medisnutgifter og medisinsk forbruksmateriell enn en vanlig sykehjemsplass. Ut ifra disse opplysningene vil en tilsvarende hospiceplass ligge ca.40 % over beregnet pris pr plass på lindrende enhet i Moss.

I arbeidet med omsorgsplanen har det vært diskutert om utvikling av hospice er et alternativ for kommunen. Arbeidsgruppen har innhentet informasjon fra Stabekk og Austjord hospice, samt sykehjemsetaten i Oslo kommune om arbeidsmetoder, filosofi, organisering og økonomi. Arbeidsgruppen vurderer at det er mer hensiktsmessig å videreutvikle det veletablerte lindrende tilbudet i kommunen, som i stor grad har det samme verdigrunnlaget som hospicetankegangen. Befolkningsgrunnlaget i Moss kommune er en sentral del av denne vurderingen. Kapasiteten i dagens lindrende enhet er tilstrekkelig til at de som har behov for et slikt omfattende tilbud i all

⁴⁹ www.hospiceforum.no

⁵⁰ <http://www.hospiceforum.no/om-oss/handlingsprogram/>

hovedsak får det. En del av videreutviklingen av dagens lindrende enhet vil være å gjøre bruk av frivillig arbeid. Å benytte frivilligheten inn i slik type virksomhet krever tett oppfølging og veiledning, samt tydelige ansvarsavklaringer. Samarbeid med frivillige er ytterligere omtalt i kapittel om Omsorgsfellesskapet på s. 22-23.

Status i Moss kommune

Moss kommune har Lindrende enhet med fem sengeplasser, lokalisert til Peer Gynt Helsehus. Tilbudet er for innbyggere i Moss kommune som har behov for palliativ og lindrende behandling grunnet alvorlig og sammensatt sykdomsbilde.

Moss kommune har to kreftkoordinatorer. Kreftkoordinator har kontakt med pasienter i alle stadier av kreftsykdommen, koordinerer kontakten mellom spesialisthelsetjenesten, kommune, fastlege og frivillige organisasjoner.

Det er gjort mange tiltak i forhold til kompetanseheving i alle virksomheter som ivaretar pasientgruppen. Koordinering og organisering av fremtidige tjenester er helt avgjørende for et godt tilbud og god ressursutnyttelse.

Alle skal få bo hjemme så lenge man ønsker, og alle som ønsker skal få dø i sitt eget hjem. Det er ikke forventet en økning i andel som ønsker å dø hjemme.

For å få mulighet til å komme raskt tilbake til arbeidslivet må unge voksne og arbeidsføre voksne i alle aldre få et tilbud som sikrer rask rehabilitering og oppfølging etter avsluttet kreftbehandling. Disse gruppene meldes det per i dag om at får mangelfull hjelp til å komme tilbake til normalt liv.

Videre arbeid

Moss kommune har et godt tilbud innen kreftomsorg som det bør bygges videre på. Viktige satsningsområder fremover bør være å utarbeide en fagplan for kreftomsorg med strategier og rutiner for ivaretagelse av familier, barn, unge og voksne. Planen bør også beskrive samhandling internt og eksternt. Det vurderes ikke å være nødvendig å utvide Lindrende enhet. Kommunen bør benytte sengeplasser på sykehjem ved økt behov.

3.8 Eldre og rusproblematikk

Andel eldre med rusproblematikk i dag og forventet fremover

Majoriteten av brukere av rustjenesten er menn mellom 18-49 år. Det forventes en økning av eldre med problematisk rusbruk, og nye brukergrupper vil være bl.a. LAR-brukere. Eldre med et omfattende alkoholmisbruk kan trenge omsorgstjenester på et tidlig tidspunkt.

Sammenliknet med yngre mennesker er det mangel på data som beskriver eldres alkoholbruk, alkoholrelaterte skader og hvilke effektive forebyggende tiltak som best egner seg for eldre mennesker over 65 år⁵¹.

Tiltak i dag i Moss

Melløs bo-og service har opparbeidet seg erfaring med eldre med et rusmisbruk. Jevne kort-tidsopphold fremmer lenger botid hjemme. Ved behov får tjenesten veiledning av psykisk helse- og rustjeneste. Samarbeidet oppleves som effektivt og godt. Viktige tiltak er å tilby stabil hverdag og faste rammer. Faste aktiviteter som Dagsenter oppleves som viktig.

Videre behov i Moss

Behov for omsorgstjenester for eldre med alkohol/rusproblematikk vil øke de nærmeste årene.

1. Identifisering og behandling

⁵¹ Kompetansesenter rus_oslo kommune (2011). Eldre, alkohol og legemiddelbruk

Alle kommunale tjenester skal ha kompetanse til å oppdage/identifisere rusmisbruk og henvise videre til fastlege for somatisk utredning. Fastlegen er den viktigste instansen for identifisering og kartlegging av eldre med rusproblematikk og vil henvise til riktig behandlingsnivå. Det er viktig at de kommunale omsorgstjenestene har kompetanse på rusproblematikk, identifisering av rusproblematikk, trygghet til å stille de rette spørsmålene og henvise videre ved behov. For kompetansebygging og systematisk informasjon er en mulighet å bruke undervisningssykepleier.

Det er nødvendig å utarbeide en rutine/overordnet retningslinje på identifisering, oppfølging og behandling av rusproblematikk for alle kommunale tjenester. Alle tjenestene bør benytte samme kartleggingsverktøy.

2. Omsorgstjenester

Alle innbyggere har de samme rettigheter og får tjenester etter behov. Tverrfaglig samhandling er viktig og de kommunale omsorgstjenestene må samarbeide med rustjenesten ved behov.

Romslighet, raushet og tilrettelegging av tjenester er viktige stikkord for personer med alkoholrelaterte skade som kognitiv svikt eller atferdsvansker. Korttidsopphold er et viktig tiltak for å fremme lenger botid hjemme. Kommunen ønsker ikke å utarbeide små spesialenheter på sykehjemsnivå, men ønsker å tilrettelegge også for denne gruppen i bofellesskap. Det anbefales at dette tas med i vurderingen ved utbygging av bofellesskap på Knausen.

Koordinerte tjenester til gruppen utviklingshemming med kognitiv svikt og rusproblemer

Moss kommune har etablert koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering. Enheten er lagt til Tjenestekontoret. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2 i Helse- og omsorgstjenesteloven.

Brukergruppen med utviklingshemming, kognitiv svikt og rusproblemer har i stor grad behov for langvarige og koordinerte tjenester. Moss kommune samarbeider også med spesialisthelsetjenesten på flere områder innenfor denne målgruppen.

Morgendagens omsorg omhandler bl.a. ressursorienterte arbeidsmetoder og faglig tilnærming. Stortingsmeldingen fremhever at det er nødvendig med en mer tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter, med mer integrerte tjenester i kommunene og en helsetjeneste som støtter omsorgstjenesten. Det kan være at man må flytte dagens etablerte grenser mellom profesjonene og mellom virksomhetsområdene i kommunen.

I den forbindelse bør det vurderes/utredes etablering av et tverrfaglig ambulant team. Et ambulant team kan omfatte behandling, rådgivning, veiledning, opplæring, undervisning og kartlegging av hjelpebehov og funksjonsvansker, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, samt koordinering mellom ulike tjenesteområder.

Stortingsmelding 29 viser til nyere undersøkelser⁵² at langturnus kan ha stor effekt for brukeres funksjonsnivå, trygghet og trivsel, gi mer effektiv tjeneste med kompetente og stabile medarbeidere, og et arbeidsmiljø med lite fravær. Kommunen bør vurdere alternative turnusordninger.

3.9 Aktiv omsorg

Aktiv omsorg er et begrep som omtales i *St.meld.29*. Bakgrunnen er at mange undersøkelser peker på at dagligliv, måltider, aktiviteter og sosiale og kulturelle forhold er de største svakhetene i dagens omsorgstilbud. Dagaktiviteter, dagsentra og kultur vil kunne forebygge ensomhet både for hjemmeboende og for beboere i heldøgns omsorgsplasser.

⁵² Moland og Bråthen 2012, Fafo-rapport 2012:60

Den kulturelle spaserstokken gir eldre et kulturtilbud som holder høy, profesjonell kulturfaglig kvalitet. Det legges vekt på kontinuitet og et økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren. Tiltaket bidrar til at eldre får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg i dagliglivet. Moss kommune sender årlig søknader til ulike prosjekter for oppfølging i dette tiltaket.

Moss har en rekke kulturaktiviteter, både i regi av frivillige organisasjoner og profesjonelle aktører. Moss kommune har en fritidsklubb for funksjonshemmede på Allaktivitetssenteret. Det bør etableres flere aktiviteter for funksjonshemmede i planperioden. Det er videre viktig å satse på dagaktiviteter for alle målgrupper og aktiv bruk av dagsentra/møteplasser. Dette kan for eksempel koordineres fra et lærings- og mestringssenter.

3.10 Folkehelse og helsefremmende arbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke de faktorer som medfører helserisiko og styrke de faktorer som bidrar til bedre helse.

Samhandlingsreformen legger til grunn at forebyggingsinnsatsen forankres i kommunale planer. Kommunen skal holde løpende oversikt over påvirkningsfaktorer og helsetilstand, og legge oversikten til grunn for sine prioriteringer. *Kommuneplan 2011-2022* har levekår og folkehelse som prioritert område og aktivt folkehelsearbeid er en strategi. Moss kommune har inngått partnerskapsavtale med Østfold fylkeskommune for å styrke det helhetlige og tverrsektorielle folkehelsearbeidet, med vekt på å utjevne sosiale ulikheter i helse.

Folkehelseloven bygger på fem prinsipper for folkehelsearbeidet:

- 1) Utjevning, da helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen.
- 2) Helse i alt vi gjør, ut fra prinsippet om at befolkningens helse skal ivaretas på tvers og i alle kommunens sektorer.
- 3) Bærekraftig utvikling, som legger til rette for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid.
- 4) Føre-var-prinsippet, handler om tiltak for å redusere risiko og tiltak for å fremme helse.
- 5) Medvirkning, lokalmiljøets mulighet til å påvirke beslutninger, der involvering og samarbeid med frivillig sektor er sentralt

Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kapittel 3 i Folkehelseloven. Dette er faktorer i miljøet som til enhver tid, direkte eller indirekte, kan ha innvirkning på helsen. Virksomheter og eiendommer har melde- og opplysningsplikt til helsemyndigheten dersom drift eller forhold kan påvirke helsen negativt. Kommunen ved miljørettet helsevern fører tilsyn og gir råd og veiledning for å påse at lov og forskrift etterleves.

Forebyggende arbeid

Man opererer med to begrepssett i forebygging. Det ene settet tar for seg *når* i livsløpet og sykdomsutvikling man setter inn tiltakene. Primærforebygging innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunnhelseatferd, ulykkesforebygging, vaksinasjonsprogrammet og svangerskaps- og barselomsorg⁵³/ Helsestasjon⁵⁴.

⁵³ Ny retningslinje for barselomsorg legger vekt på tidlig hjemmebesøk og individuelt tilpasset barselomsorg i hjemmet. En forskningsoppsummering fra Kunnskapssenteret (Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten) viser at tilpasset veiledning og bruk av likemenn kan være en god måte for helsestasjonen å bistå barnefamilier som har spesielle/ulike utfordringer. Tilpasset veiledning, opplæring og informasjon om amming med hyppigere møter mellom helsepersonell og kvinnene, ser ut til å øke andelen som begynner å amme og ammelengde. Det er også dokumentasjon på at hjemmebesøksprogram, hvor familiene får omfattende og tett veiledning av en fast person, og tilpassede foreldretreningsprogram kan ha positive effekter.

⁵⁴ Se s. 29 for en nærmere beskrivelse av tjenesten.

Bedret hygiene og innføring av vaksinasjonsprogrammet er historisk sett de viktigste premissene for en bedre folkehelse i Norge og verden for øvrig. Barnevaksinasjonsprogrammet ble innført i Norge i 1952. Hensikten med vaksinasjon er å oppnå immunitet mot smittsomme sykdommer uten å måtte gjennomgå sykdommen med den risiko det innebærer. Barnevaksinasjonsprogrammet gjør at vi i Norge i dag har kontroll over mange infeksjonssykdommer som tidligere var utbredt slik som polio, meslinger og difteri. For å få en sykdom under kontroll kreves en vaksinasjonsdekning i befolkningen på 80-95 %, avhengig av hvor smittsom sykdommen er. Hvis vaksinasjonsdekningen blir for lav kan sykdommer vi i dag har kontroll over komme tilbake⁵⁵. Hvert år er det utbrudd av omgangssyke og influensa, men det har ikke vært utbrudd av andre smittsomme sykdommer i Moss de siste årene. Når det gjelder smittsomme sykdommer, har Moss lavere vaksinasjonsdekning enn gjennomsnitt for landet. I Moss er 91,9 % vaksinert mot MMR, i Østfold 95 % og gjennomsnitt for landet er 94,9 %⁵⁶. Moss kommune ligger på grensen til å ivareta flokkimmuniteten mot meslinger. For å opprettholde en god folkehelse er det viktig å arbeide aktivt for en god vaksinasjonsdekning. Dette er selve fundamentet for den milde sykdomsfloraen vi har i Norge i dag.

Sekundærforebygging handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Tertiærforebygging innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Eksempler kan være trening og tilrettelegging av livssituasjonen ved cerebral parese eller etter et hjerneslag.

Det andre begrepssettet sier noe om *hvem* tiltakene retter seg mot; universell, selektiv eller indikativ forebygging. Universell forebygging er rettet mot hele befolkningen, eller undergrupper (for eksempel skolebarn) som ikke er definert ut fra noen risikovurdering. Selektiv forebygging er rettet mot undergrupper hvor det antas å foreligge risiko for en uheldig utvikling. Et konkret eksempel er «opplevelseskort» som gir barn og unge i lavinntekts-familier gratis adgang til kultur- og fritidsaktiviteter. Indikativ forebygging er rettet mot enkeltindivider med allerede identifisert risiko, symptomer og/eller diagnoser. Både universell og selektiv forebygging vil være folkehelsearbeid. Indikativ forebygging vil i hovedsak være en oppgave for helsetjenesten.

Forebygging av uheldige levevaner gir ikke bare flere leveår, men også bedre helse i de årene vi lever. De kommunale tjenestene melder om at det er vanskelig å prioritere forebyggende arbeid, men kommunen må legge til rette for tiltak som fremmer god psykisk og fysisk helse. Forebygging krever innsats på mange områder og på tvers av fag og nivåer, og kommunen bør legge til rette for helsefremmende gode valg.

3.11 Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling

De kommunale omsorgstjenestene gir tjenester til brukere med svært ulike behov og gjennom ulike livsfaser. Det berører tjenester fra flere virksomheter og instanser. Overganger mellom ulike tjenester kan oppleves som sårbare både av virksomhetene selv og for omsorgstjeneste-brukeren. Manglende felles dokumentasjonsverktøy vanskeliggjør tjenestene på tvers av virksomheter. Utydelige grenseoppganger og manglende overlappende samarbeid er en utfordring. I sær nevnes overgang fra barnevern til andre omsorgstjenester som NAV og tjenester for funksjonshemmede, og overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunale rus- og psykiatritjenester. Spesialpedagogisk hjelp og opplæring i skole og barnehage er viktig, og det er behov for å bedre de tverrfaglige møtene mellom skole og helsesektor.

Stortingsmelding 29 fremhever behov for at de kommunale tjenestene integreres bedre i hverandre for å oppnå mer tverrfaglighet, rask og effektiv forebyggende helsehjelp, bredere og mer kompetent oppfølging av kronikergrupper, samt bedre utnyttelse av personell og kompetanse i tjenesten.

⁵⁵ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune.

⁵⁶ Befolkningsoversikt. Helse- og helsetilstand i befolkningen. 1. utgave, Moss kommune - Nasjonalt folkehelseinstitutt (SYSVAK). Andel 9-åringer som er fullvaksinert mot meslinger, røde hunder og krusma (MMR) i prosent av alle 9-åringer, gjennomsnitt for femårsperioden 2008-2012.

Det er et stort behov for å sikre smidige overganger mellom ulike tjenester og fremme et tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid mellom ulike virksomheter. I forbindelse med planarbeidet har det kommet innspill på behov for midlertidige boliger/testboliger for overgang mellom tjenester. En annen mulighet er å arbeide i team rundt bruker. Når man jobber med de samme brukerne, for eksempel ved oppfølging, er det viktig å være et team. Systemer og rutiner for tverrfaglig samarbeid bør formaliseres, og samarbeid mellom virksomheter bør gjøres forpliktende ved å innføre forpliktende samarbeidsavtaler. Faste møteplasser og rutiner for kunnskaps- og informasjonsutveksling bør være på plass.

Tjenestekontoret er en bestiller-tjeneste og kjenner til de ulike tjenesteområdene de har ansvar for å skrive vedtak i forhold til og henter inn annen kompetanse fra virksomhetene ved behov. Koordinerende enhet skal sikre kvalitativt godt tverrfaglig arbeid. Det er viktig å inneha god kunnskap om koordinatrollen. Det er ønskelig å videreføre tverrfagligheten som allerede ligger til grunn i tjenestekontoret.

3.12 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Samhandlingsreformen fører til endringer i oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er et krav til kommunene at de tidlig skal ta imot ferdigbehandlede og avklarte pasienter fra sykehus, og det stilles økte krav til medisinsk faglig kompetanse på alle nivå i kommunehelsetjenesten.

Blant oppgavene som overføres til kommunehelsetjenesten og som krever samhandling både med andre kommuner og spesialisthelsetjenesten er pasientbehandling, etablering av læring- og mestringssentre og rehabilitering. Tiltak for å forebygge sykdom og å sørge for at mennesker kan leve godt og aktivt i lokalmiljøet sitt gjennom hele livsløpet blir viktig å prioritere for å kunne oppfylle forventningene i samhandlingsreformen.

Østfold får nytt sykehus som står ferdig på Kalnes i november 2015. Alle akuttfunksjoner innen somatikk og psykiatri vil bli samlet her. Det nye Østfoldsykehuset vil ha færre senger enn dagens sykehus og vil i seg selv medføre økte utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det legges opp til fortsatt sykehusdrift i lokalene i Moss, som utvikles til en enhet for planlagt behandling, utredning og rehabilitering.

I Østfold er det etablert et administrativt samarbeidsutvalg (ADMS), som består av fem representanter for Sykehuset Østfold, og fem representanter fra legevaktsdistriktene i Østfold. Gjennom dette utvalget forvaltes den overordnede samarbeidsavtalen og tilhørende retningslinjer som er pålagt gjennom ny helse- og omsorgstjenestelov. Aktiv deltagelse her og videreutvikling av dette samarbeidsorganet er viktig for kommunens samhandling med spesialisthelsetjenesten, med nabokommunene og andre kommuner i Østfold.

Ofta blir det fokus på de somatiske sykdommene når man snakker om samhandlingsreformen. Minst like viktig er samarbeid og samhandling rundt pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer. Vi må tenke nytt rundt oppfølging av disse gruppene, og ikke la oss begrense av forvaltningsnivåene. Teamarbeid og samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten vil bare bli viktigere i fremtiden, for å sikre gode tjenester og et godt liv for alle pasientgrupper.

4 Omsorgsomgivelser

4.1 Boliger og omgivelser – nasjonale føringer og anbefalinger/status i Moss

Å bo er viktig for god helse. Alle skal bo, ha et hjem, enten det er i form av en ordinær tilrettelagt bolig, bofellesskap, omsorgsbolig, bo- servicesenter eller sykehjem.

St.melding 29 melder at de kommunale pleie- og omsorgstjenester i Norge gis hjemme i bolig, institusjon/sykehjem (ca 40 000 plasser) og i bo- og serviceboliger (ca 50 000 plasser). Levetid på pleie- og omsorgsbygg er ca. 30 år. Ca halvparten av landets institusjoner ble totalrenovert i perioden 1998 - 2007. Resterende plasser må/bør renoveres det neste tiåret. Nasjonalt er det estimert til å være nødvendig med utbygging av ca.15 000 nye plasser frem mot 2030 for å møte den demografiske utviklingen. For å kunne bo lenger hjemme, er det nødvendig å tilrettelegge hjemmene for å kunne gi omsorgstjenester. Ved bygging og modernisering av eksisterende boliger (institusjoner/bo- og service) må en ta utgangspunkt i hvem som i fremtiden vil ha behov for botilbud. Dette vil prege innhold og organisering av omsorgssektoren. Universell utforming, slik at flest mulig kan benytte botilbudet, er viktig å ivareta.

Private boliger

80 % av husholdningene i Norge eier sin egen bolig. 10 % av disse boligene er tilpasset rullestolbrukere⁵⁷. Meld.St 17 (2013-2013) «Byggje – bu – leve» tar opp behovet for økt tilgjengelighet i eksisterende boliger til livsløpsboliger. For å få til dette er det nødvendig med involvering av boligeiere, borettslag, boligsameier, kommuner, stat, byggebransjer og interesseorganisasjoner.

Sykehjem og omsorgsboliger

Nesten 80 % av beboere på sykehjem har en demenslidelse⁵⁸. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester konkluderer med at små tilrettede enheter med lavere tetthet har gunstig effekt på personer med demens. Det er anbefalt fra 6 – 10 plasser⁵⁹. Oftest benyttes 6 eller 8 plasser i slike enheter.

Hagen-utvalget⁶⁰ peker på nødvendigheten av å få et tydeligere skille på bofunksjonene til de som skal bo over lang tid og de som har behov for korttidstjenester. Videre er det viktig med et tydeligere skille mellom privat- og offentlig areal. En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som integreres i nærmiljøet, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning er ønskelig⁶¹.

Testboliger/gjennomgangsbolig

Det kan være en stor utfordring når unge mennesker med omsorgsbehov skal flytte ut av hjemmet og i egen bolig. Ved å midlertidig bo i en testbolig, kan man finne ut hvordan en egen bolig bør være for den enkelte, og hva en trenger bistand til. Målet er at den enkelte i løpet av en begrenset periode vil kunne bli i stand til å flytte til en permanent bolig med de tjenestene som viser seg å være nødvendig. Hagen-utvalget foreslår å etablere testboliger for systematisk utprøving av ny teknologi.

I morgendagens omsorg er det et framtunget behov for at man som innbygger tar et større ansvar for egen bolig og tilrettelegger denne for morgendagen.

⁵⁷ Meld.St 17 (2013-2013) «Byggje – bu – leve»

⁵⁸ Demensplan 2015

⁵⁹ INFO-banken

⁶⁰ NOU: 2011: 11 Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

⁶¹ St.meld 29 *Morgendagens omsorg*

Trygghetsboliger/seniorboliger er universelt utformet boliger med livsløpsstandard. Beboere kan få dekket ulike praktiske tilretteleggeringer som vask av bolig og klær, vaktmestertjenester og matservering. Dette er tilrettelagt aktivitet og sosialt fellesskap. Beboerne gis en følelse av trygghet, og det er en mer effektiv tjenesteyting fordi man bor samlet. Trygghetsboliger er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner om tidlig innsats og forebyggende arbeid ved at de bidrar til å utsette/forebygge innleggelse i sykehjem/institusjon. Pleiebehovet forutsettes dekket av kommunens hjemmebaserte tjenester.

Kommunale boliger i Moss

Moss kommune har tildelingsrett til 149 omsorgsboliger med livsløpsstandard, hovedsakelig organisert som borettslag og med omsorgstilskudd fra Husbanken.

Kommunens bruk av kommunale boliger og økonomiske virkemidler som startlån og statlig bostøtte⁶²

	Moss	Råde	Rygge	Våler
Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere	24	18	8	13
Kommunalt eide boliger som andel av totalt antall kommunalt disp. boliger	79	76	49	88
Andel kommunale boliger som er tilgjengelige for rullestolbrukere	51	40	53	78
Antall søknader per 1000 innbyggere	10	7	0	4
Antall nye søknader per 1000 innbyggere	9	6	0	3
Andelen nye søknader	93	77	..	84
Andel søkere som har fått avslag på kommunal bolig	21	52	..	26
Andel nye søkere som har fått avslag på kommunal bolig	23	42	..	31
Andel nyinnflyttede husstander av alle husstander som er tildelt bolig	98	100	86	100
Kommunalt disponerte omsorgsboliger per 1000 innbyggere	5,9	4,8	5,4	6,8
Kommunalt eide omsorgsboliger som andel av alle kommunalt disp. omsorgsboliger	6,6	100	34,6	84,8
Beløp per måned per husstand i statlig bostøtte fra Husbanken	1968	1946	1768	1827
Antall husstander tilkjent statlig bostøtte fra Husbanken per 1000 innbyggere	39	17	19	17
Antall boliger godkjent av kommunen for finansiering med startlån, per 1000 innbyggere	2,7	1,3	2,2	0,4
Beløp per innbygger i startlån videre tildelt av kommunen	2.643	955	1.460	167

Oversikten er basert på tall for kommunene for 2012, og viser at det er en del variasjon mellom kommunene hva gjelder bruk av kommunale utleieboliger og startlån. Moss og Råde er kommunene med flest kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere, med henholdsvis 24 og 18 boliger. Rygge er kommunen med den minste andelen kommunalt eide boliger.

Når det gjelder startlån fremgår det at Moss videre tildeler størst beløp per innbygger med kr. 2.643, og at Rygge videre tildeler nest mest med kr. 1.460. Råde videre tildeler kr. 955 per innbygger mens Våler kun videre tildeler kr. 167.

Moss har det største behovet og utfordringer for boliger i mosseregionen, men er også en kommune som har stort fokus på det boligsosiale arbeidet gjennom boligsosial avdeling. Moss kommune vil ha

⁶² Innledende rapport: Boligmarkedet for vanskeligstilte, Rambøll 2014.

det største omfanget av vanskeligstilte også i framtiden. Det er et uttalt mål å styrke det boligsosiale tilbudet ved å bygge flere og mer varierte boliger for vanskeligstilte⁶³. Moss kommune har i *Boligsosialt utviklingsprogram 2010-2014* vedtatt følgende hovedmål: «Alle vanskeligstilte på boligmarkedet skal gis mulighet til egnet bolig med de oppfølgingstjenester som er nødvendig».

Boligprogrammet⁶⁴ viser til forventet befolkningsøkning i alle plansoner i kommunen. Den største befolkningsveksten finner sted i sentrumsområdene. Disse områdene vil få økt etterspørsel etter kommunale tjenester som barnehage, skoler og boligsosiale tjenester.

Moss kommune legger til grunn universell utforming⁶⁵ i alt planarbeid forankret i plan - og bygningsloven og saksbehandling der dette anses å berøre de funksjonshemmedes behov. Rådet for funksjonshemmede er viktig høringspart i plansaker der tilgjengelighet for funksjonshemmede er tema. Kommunen har gjennom ulike prosesser og utredningsarbeid lagt vekt på å øke kunnskapen om universell utforming internt i organisasjonen. Flere offentlige områder/bygninger i Moss sentrum er tilrettelagt med spesiell vekt på universell utforming, som f.eks. Gågaten, Sjøbadet og Skoggata Bo- og Servicesenter.

Moss kommune har som en viktig del av sitt planarbeid fokus på barns oppvekstmiljø og fremme av gode oppvekstvilkår. Sosiale møteplasser for lek og opphold, samt tilgang til gode rekreasjonsområder er områder man har fokus på i planarbeidet og i utformingen av det fysiske miljøet. Det stilles krav om universell utforming av utearealer og krav til lekeplasser i boligområder (tilgjengelighet, kvalitet, trafiksikkerhet, støy). Barnetalspersonen i kommunen har en viktig rolle for å påse at hensyn til barn og oppvekstmiljø ivaretas i planarbeidet.

4.2 KOSTRA-tall

Nøkkeltall fra kommune og stasrapporteringssystemet (KOSTRA) viser at Moss kommune har høyere driftsutgifter på flere av sine tjenester i pleie og omsorg enn sammenlignbare kommuner i Kostra gruppe13. Utviklingen fra 2012 til 2013 har dog vært positiv. Nærmere beskrivelser følger under de ulike tabellene.

Pleie- og omsorg samlet

F. Pleie og omsorg - nivå 2	Moss 2012	Moss 2013	Gruppe 13 2013	Østfold 2013	Landet u/ Oslo 2013
Prioriteringer					
Netto driftsutgifter per innbygger i kr. PLO- tjenesten	15 969	15 641	14 366	16 018	15 508
Netto driftsutgifter PLO pr. innbygger 80 år og over	348 984	349 789	341 670	347 592	348 990
Netto driftsutgifter PLO pr. innbygger 67 år og over	104 910	99 311	105 121	105 359	109 686
Personell					
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	66	68	75	75	75
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste	11,1	..	-	-	-
Produktivitet					
Korr. brutto dr.utg. pr..mottaker av kommunale PLO- tjenester	382 713	361 220	377 732	367 676	367 650

Netto driftsutgifter innenfor pleie og omsorgstjenesten pr innbygger er fortsatt høyere i Moss enn i KOSTRA gruppe 13 (Moss er kr 1.275 dyrere pr innbygger). I 2012 viste det samme forholdstallet at Moss kommune var kr 1.949 dyrere enn KOSTRA gruppe 13, så forholdet er noe bedre enn i 2012. Moss kommune har en lavere andel av årsverk med fagutdanning. Dette arbeides det aktivt med å forbedre – både i forhold til rekruttering av rett kompetanse og utdanne ufaglærte.

⁶³ Mossregionen. Regionalt boligbyggeprogram. Rambøll. 2014

⁶⁴ Mossregionen. Regionalt boligbyggeprogram. Rambøll. 2014.

⁶⁵ Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

Hjemmetjenester

	Moss 2012	Moss 2013	Gruppe 13 2013	Østfold 2013	Landet u/ Oslo 2013
F. Pleie og omsorg - nivå 2					
Produktivitet					
Korrigerte brutto driftsutg. per mottaker av hjemmetjenester	264 457	244 866	225 947	235 571	221 185
Dekningsgrad					
*Mottakere av hjemmetjeneste pr. 1000 innb. 80 år og over	324	334	321	332	339

Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester har gått ned i 2013, men ligger fortsatt over KOSTRA gruppe 13, Østfold og landet. Antall mottakere av hjemmetjenester pr innbygger over 80 år har gått opp.

Institusjon

	Moss 2012	Moss 2013	Gruppe 13 2013	Østfold 2013	Landet u/ Oslo
F. Pleie og omsorg - nivå 2					
Prioriteringer					
Plasser i institusjon i prosent av mottakere av PLO tjenester	12,9	12,9	16,8	15,5	17,9
Produktivitet					
Korr. brutto driftsutgifter pleie i inst, pr. kommunal plass	1082 240	1013 356	1037 958	975 268	975 280
Dekningsgrad					
Plasser i institusjon i prosent av innb. 80+	13,3	13,3	16,5	16,1	18,5
Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering	6,5	6,5	7,7	5,0	7,9

Plasser i institusjon/sykehjem er stabilt, men ligger under KOSTRA gruppe 13. Dette skyldes at Moss kommune har hatt en bevisst strategi på opprettelse av plasser Bo- og servicesenter fremfor institusjonsplasser. Korrigerte brutto driftsutgifter pleie i institusjon pr kommunal plass har gått ned i 2013, og Moss kommune ligger nå under KOSTRA gruppe 13, men ligger fortsatt over Østfold og landet for øvrig.

4.3 Forventet behov for heldøgns omsorgsplasser i Moss kommune

Morgendagens eldre vil leve lengre, være mer ressurssterke, trolig bidra mer i deltakelse i lokalsamfunnet, samt ha andre forventninger til omsorgstjenestene. Det legges til grunn at de aller fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig. En strategi i *Kommuneplan 2011-2022* er at «eldre kan bo lengst mulig hjemme i universelt utformet bolig».

Dette kapitlet vil drøfte og behandle behov for institusjonsplasser/sykehjem (både kort- og langtidsplasser) og omsorgsbolig med heldøgnspleie/bo- og service. Et samlebegrep som videre vil benyttes for disse boformene er heldøgns omsorgsplasser.

Innbyggere med behov for heldøgns omsorgsplasser vil være preget av sykdom, ha mange diagnoser og være pleietrengende med for eksempel langkommet demenssykdom.

4.3.1 Dekningsgrad i dag

«I Stortingsmelding 50 (1996-1997) påpekes det at dekningsgraden for heldøgns omsorgstilbud bør være 25 % av antall innbyggere 80 år og over. Dette ble gjentatt i Stortingsmelding 31 (2001-2002). I Stortingsmeldingen understrekes det videre at behovsanslaget gjelder folk i alle aldersgrupper som har behov for heldøgns omsorg og pleie, ikke bare de som er over 80 år. De 25 prosentene må derfor tolkes som et antatt behov for heldøgns omsorg i kommunens totale pleie- og omsorgstilbud. En dekningsgrad på 25 % av de over 80 år er tenkt å ligge så mye over det reelle behovet for denne gruppen at det også er kapasitet til å dekke heldøgns omsorg for de under 80 år. Det faktiske behov vil variere i kommunene, blant annet som følge av innbyggernes aldersfordeling og generelle helsetilstand⁶⁶».

⁶⁶ <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/botilbud-innenfor-pleie-og-omsorgstjenester>

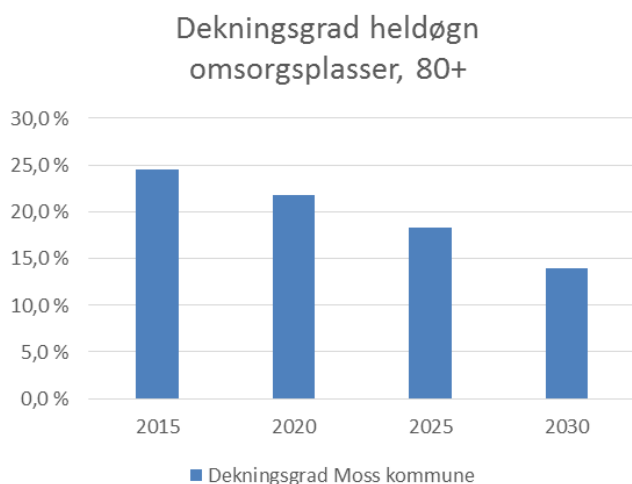
Tidligere pleie- og omsorgsplan for Moss kommune tok utgangspunkt i en dekningsgrad på 25 % for heldøgns omsorgsplasser for 80+ (medregnet yngre brukere med ressursbehov). Moss kommune har i dag en dekningsgrad på heldøgns omsorgsplasser på 24,5 % (se tabell under). Denne dekningsgraden oppleves som god nok.

KOSTRA-tall fra 2013 viser at fordelingen mellom institusjonsplasser og bo- og service er skjev (s. 44). Dekningsgraden for sykehjem/institusjon er 13,3 %.

Det er i planperioden behov for å øke antall sykehjemsplasser, og dekningsgrad i sykehjem bør være tilsvarende som for Østfold på 16 %.

4.3.2 Estimert dekningsgrad

Forventet vekst til 2030 i aldersgruppen 80+ er 73 % (s.5).



Boform med heldøgns omsorgsplasser (SSB)

Type tjeneste	Hvor	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Omsorgsbolig							
	Melløs- bo og servicesenter	57	57	57	57	57	57
	Rosnes bo- og servicesenter	52	52	52	52	52	52
	Skoggata bo- og servicesenter	52	52	52	52	52	52
	Sum	161	161	161	161	161	161
Institusjonsplasser							
	Orkerød	88	88	88	88	88	88
	Melløsparken	45	45	45	45	45	45
	Peer Gynt	46	46	46	46	46	46
	Sum	179	179	179	179	179	179
Totalt antall plasser		340	340	340	340	340	340
Faktisk dekningsgrad		24,5 %	21,8 %	18,3 %	13,9 %	12,3 %	11,4 %
Befolkning over 80 +		1 387	1 559	1 862	2 448	2 767	2 989
Antall plasser med 16 % dekning		222	249	298	392	443	478
Antall plasser med 20 % dekning		277	312	372	490	553	598
Antall plasser med 25 % dekning		347	390	466	612	692	747
Avvik ved 16% dekning		118	91	42	-52	-103	-138
Avvik ved 20% dekning		63	28	-32	-150	-213	-258
Avvik ved 25% dekning		-7	-50	-126	-272	-352	-407

Det tas forbehold om dekningsprosent og anslag på behov for heldøgns omsorgsplasser, men utregningene viser at Moss kommune etter prognosene har behov for å øke antall heldøgns plasser i planperioden. Med de prognosene som er gitt for befolkningsvekst, vil det være behov for 612 heldøgns omsorgsplasser i 2030, mot 347 plasser i dag. Gitt at Moss kommune *ikke* bygger flere heldøgns plasser vil det gi en dekningsprosent på 13,9 i 2030. Arbeidsgruppen anbefaler ikke å ha en så lav dekningsprosent. Med en så lav dekningsprosent vil ikke kommunen kunne gi forsvarlige omsorgstjenester.

Tabellen under viser differansen i prognosene gitt av SSB og Rambøll. Som man kan se, er det en lavere forventet dekningsprosent med Rambøll-tall enn SSB-tall, grunnet høyere befolkningsprognose.

Dekningsgrad 80+ for Rambøll/SSB

Datakilde	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Rambøll	23,5 %	19,5 %	15,4 %	12,1 %	-	-
SSB	24,5 %	21,8 %	18,3 %	13,9 %	12,3 %	11,4 %
	-1,0 %	-2,3 %	-2,8 %	-1,8 %		
Rambøll	1 448	1 745	2 202	2 818	-	-
SSB	1 387	1 559	1 862	2 448	2 767	2 989

4.3.3 Korttidsplasser

Samhandlingsreformen innebærer at presset på heldøgns omsorgsplasser vil øke, spesielt når det gjelder korttidsplasser for avlastning, rehabilitering, opptrening og øyeblikkelig hjelp⁶⁷. Det er i 2015 en god balanse mellom langtids- og korttidsplasser (se oversikt s. 26) i Moss kommune. Et likt forhold bør tilstrebes ved utbygging.

Det vil være et økt behov for korttidsplasser på både institusjoner og bo- og service i planperioden.

Det anbefales at Peer Gynt Helsehus blir et helsehus med bare korttidsplasser.

4.4 Utfordringer knyttet til dagens heldøgns omsorgsplasser

Som nevnt på s. 41 er levetid på pleie- og omsorgsbygg estimert til ca. 30 år. Heldøgns omsorgsbygg må være fundamentert til å tåle utbyggelse. Dette må utredes. Kommunen bør deretter benytte perioden med moderat befolkningsvekst til å rehabilitere og bedre funksjonaliteten i sykehjem/omsorgsboliger.

4.5 Nybygg/utbygging

Moss kommune vil ha store utfordringer med å dekke behovet for heldøgns omsorgsplasser for eldre. Som utregningene illustrerer vil det være en betydelig reduksjon i dekningsgraden fra 2020 og med ytterligere fall i 2025. Dette tydeliggjør behovet for å øke antall plasser gjennom utbygging og nybygging.

For en mer rasjonell drift, og for å for utnytte stordriftsfordeler, bør store sykehjem bygges.

Moss kommune må i første omgang bygge videre på de omsorgsbyggene kommunen har. Det anbefales at Peer Gynt Helsehus utvides med en ekstra etasje. Dette vil gi 28 korttidsplasser. Dette bør være på plass for å møte veksten i 2020.

I henhold til tidligere planer skal det bygges et bofellesskap for demente på Orkerød-området/Knausen⁶⁸. Dette er et prosjekt med leiligheter bygget som bofellesskap med felles personalbase. I følge Handlingsplan 2015-2018 er prosjektet tenkt ferdigstilt i 2018 med drift fra 2019⁶⁹. Sett i lys av behov må man vurdere nærmere antall enheter. Tidspunkt for investering og drift må vurderes i sammenheng med rullering av handlingsplan i 2016.

Ved utbygging bør det bygges store enheter med mindre fleksible boenheter.

4.6 Arealer for utbygging/nybygging av heldøgns omsorgsplasser

Hovedmålet for arealdisponering og infrastruktur for Mossregionen er at «Mossregionen skal ha en miljøvennlig by- og tettstedsutvikling gjennom effektiv utvikling av arealer og infrastruktur og langsiktig og bærekraftig forvaltning av arealressurser»⁷⁰. *Omsorgsplan 2015-2030* anbefaler ikke bestemte arealer til nybygg av omsorgsboliger, men kommunen må vurdere å avse både private og kommunale områder i framtidige områdereguleringer.

Plassering av heldøgns omsorgsplasser bør planlegges klokt. Det bør legges vekt på lett framkommelighet, samt legges i periferien.

⁶⁷ St.meld 29 *Morgendagens omsorg*

⁶⁸ Pleie og omsorgsplan 2011-2014

⁶⁹ Handlingsplan 2015-2018, Bystyrets vedtak 16.06.14

⁷⁰ Mossregionen. Regionalt boligbyggeprogram. Rambøll, 2014

Videre arbeid

For å kunne tilrettelegge for å bo hjemme lengst mulig, tydeliggjør prognosene behovet for å styrke og utvikle de hjemmebaserte tjenestene. Forebygging av institusjonsinnleggelse ved bruk av praktisk bistand og opplæring, velferdsteknologi og dagtilbud er også viktig for å fremme boevne.

Kommunen må bygge flere heldøgns omsorgsplasser i planperioden. Man må vurdere å avsette områder i framtidige områdereguleringer, både private og kommunale til heldøgns omsorgsbygg. Heldøgns omsorgsplasser bør plasseres utenfor sentrum og integreres i nærmiljøet.

I perioden med moderat befolkningsvekst fram til 2020 bør kommunen utrede om dagens omsorgsbygg må rehabiliteres og bedre funksjonaliteten. Det er viktig å evaluere erfaringer man har med eksisterende bygg i kommunen. I samme periode bør Peer Gynt Helsehus utvides med en ekstra etasje, med 28 korttidsplasser. Peer Gynt Helsehus bør etableres som korttidssykehjem. I gjeldende handlingsplan er det forutsatt igangsetting av bygging av bofellesskap på Knausen. I lys av kommunens økonomiske situasjon må tidsplan for igangsetting av byggeprosjektet vurderes ved rullering av handlingsplan i 2016.

Forholdet mellom korttidsplasser og langtidsplasser i heldøgns omsorgsplasser har en samlet dekningsgrad som ønsket rundt 25 %⁷¹.

I planperioden bør dekningsgraden for sykehjemsplasser øke til 16 %, med hovedvekt på korttidsplasser. Ved utbygging bør det bygges store enheter med mindre fleksible boenheter.

Kommunen bør vurdere å etablere omsorgsboligkonsepter som trygghetsboliger/seniorbolig i samarbeid med private utbyggere. Interkommunale tiltak for grupper med særlige utfordringer bør vurderes.

4.7 Velferdsteknologi

Teknologisk assistanse kan bidra til å øke trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, fysisk og kulturell aktivitet, og styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon⁷². Velferdsteknologiprogrammet⁷³ bygger på samhandlingsreformens målsettinger om helsefremmende arbeid, forebyggende tjenester, tidlig innsats og om å yte tjenestene der man bor.

Trygghetsalarmer til hjemmeboende er teknologi som har vært i bruk over lang tid. Disse sender signaler over det analoge nettet. Helsedirektoratet har varslet at kommunene nå må starte planleggingen av overgang fra analoge til digitale trygghetsalarmer. En del av anbefalingen er at man samtidig starter planleggingen av nye løsninger for mottak av signaler fra digitale trygghetsalarmer og andre velferdsteknologiske løsninger. Moss kommune deltar i et interkommunalt prosjekt for å se på dette.

⁷¹ I 2013 ble 7 korttidsplasser ved Peer Gynt Helsehus omgjort til Kommunale akuttsenger (KAD) finansiert Helsedirektoratet og Helse Sørøst. Kommunen fikk da et underskudd på 7 omsorgssenger. Omsorgsplanen har derfor tatt utgangspunkt i sengetallet før KAD ble opprettet for riktigere prognostisering av fremtidige behov.

⁷² I NOU 2011:11 (2011)

⁷³ Det skal etableres et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet skal medvirke til at det utvikles og innføres velferdsteknologiske løsninger som styrker brukernes selvstendighet, egenmestring og sosiale deltakelse, og skaper større trygghet for brukere og pårørende. Programmet har et kommunalt perspektiv, der tjenesteinnovasjon er et sentralt virkemiddel.

I Plan og bygningsloven av 2010 ble reglene for tilgjengelighet skjerpet, og regjeringen ønsker å utrede hvordan velferdsteknologi skal integreres i fremtidige byggetekniske krav. Moss kommune har oppgradert sitt fagsystem siste to år innen helse og sosial, slik at det skal være klart til å kunne benytte seg av teknologi som f.eks. meldingsutveksling, smarttelefon og eLås. Dette er pr i dag implementert i hjemmebaserte tjenester. Det er innarbeidet GericaPlan i hjemmebaserte tjenester med målsetning om å effektivisere rapportene, i tillegg til arbeidsplanlegging for å kunne styre ressursene ute på en god måte. Det er investert i storskjermer og smarttelefoner, og modulen Life Care Mobil Pleie (LMP) er installert i tjenesten.

Hjemmeboende kan søke om ulike hjelpemidler fra NAV:

- Ved epilepsi - sensorer som varsler anfall og/eller fall og som går til hjemmebaserte tjenester.
- Omgivelseskontroll- utstyr bruker kan styre ved hjelp av IR og fjernkontroll.
- Calling med trådløst svarsted, stemmestyrte eller bryterstyrte som også kan låse opp døren.
- Døråpner, terrassedøråpner, åpning av persienner, gardiner, vindu, slå på lys, TV/radio
- Komfyrvakt.

Innenfor institusjonene er det ikke tilført nyere teknologi pr i dag, bortsett fra oppgraderinger av fagprogrammet Gerica, hvor man kan benytte modulene som er beregnet for institusjonene, som plass-administrasjon (PLA). Det er planlagt å innføre en ny labmodul i Gerica i 2015. Denne skal kunne håndtere labsvar mellom aktørene av brukerne, slik at man hele tiden har de siste opplysningene rundt prøvetakninger tilgjengelig.

Framover er det fokus på følgende:

- Ny medisinmodul i Gerica
- Medisindispensere og medisinskap
- Digitale trygghetsalarmer
- Alarmer for demente
- Tilgjengelighet i blokker uten heis

Kommunen bør ytterligere styrke satsingen innen bruk av velferdsteknologi. Det er behov for å utvikle flere ulike velferdsteknologiske løsninger for å møte framtidens utfordringer og behov. Samarbeid med hjelpemiddelsentralene og næringslivet er sentralt. Opplæring og kompetanseheving av de ansatte er viktig, samt å informere og opplære brukere og pårørende i den nye teknologien.