



Saksframlegg

Arkivsak
23/03845-1

Saksbehandler
Ellen Gangnæs

Behandles av
Utvalg for velferd

Møtedato
21.03.2023

Godkjenning av protokoll fra møte for Utvalg velferd, 14.02.2023

Leders forslag til vedtak:

1. Protokollen fra møte i Utvalg velferd 14.02.2023 godkjennes slik den foreligger.

Cecilie Lindgren

Leder i Utvalg velferd

Dokumentet er elektronisk godkjent.



Saksprotokoll

Arivsak
23/03845

Saksbehandler
Ellen Gangnæs

Behandlet av
1 Utvalg for velferd

Møtedato **Saksnr.**
21.03.2023 8/23

Godkjenning av protokoll fra møte for Utvalg velferd, 14.02.2023

Utvalg for velferd har behandlet saken i møte 21.03.2023 sak 8/23

Behandling

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Protokollen fra møte i Utvalg velferd 14.02.2023 godkjennes slik den foreligger.



Møteprotokoll

Utvalg for velferd

Dato	Tid	Sted
14.02.2023	18:00 – 21:09	Asker rådhus

Møtet ble ledet av Cecilie Lindgren, H

Til stede:

Funksjon	Navn	Møtte for
Leder i utvalg	Cecilie Lindgren (H)	
Nestleder	Hans A. Hveem (H)	
Utvalgsmedlem	Turid Lohne Velund (H)	
Utvalgsmedlem	Bjarte Gatland Reve (H)	
Utvalgsmedlem	Arne-Edvard Torvbråten (P)	
Utvalgsmedlem	Kent Ingar Lippert Olsen (KRF)	
Utvalgsmedlem	Marit Sæthre Vannebo (H)	
Utvalgsmedlem	Finn Edvin Brøndal (H)	
Varamedlem	Anders T. Utne (A)	Roger Olsen (A)
Utvalgsmedlem	Solav Abbas (A)	
Utvalgsmedlem	Even Gulowsen (MDG)	
Varamedlem	Ida Kristine Selvær (R)	Janne Grøttumsbråten (SV)
Varamedlem	Rikard G. Knutsen (FrP)	Tonje Lavik (FrP)

Forfall: 3

Utvalgsmedlem Janne Grøttumsbråten (SV)

Utvalgsmedlem Tonje Lavik (FrP)

Utvalgsmedlem Roger Olsen (A)

Administrasjonen Direktør Aud Hansen

Protokollfører Ellen Gangnæs

Møtet ble satt med 13 medlemmer til stede.

Det var ingen merknader til habilitet eller innkallingen:

Saksliste

Side

Saker til behandling

5/23	23/01419-1	Godkjennelse av protokoll fra møte for Utvalg velferd, 17.01.2023	2
6/23	22/06935-8	Status for arbeidet med Modell for frivillighet i Velferd	3
7/23	22/22972-3	Å høre til - temaplan for oppvekst- høring	4

Referatsaker

Saker til behandling

5/23 Godkjennelse av protokoll fra møte for Utvalg velferd, 17.01.2023

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.
1 Utvalg for velferd	14.02.2023	5/23

Leders forslag til vedtak:

1. Protokollen fra møte i Utvalg velferd 17.01.2023 godkjennes slik den foreligger.

Behandling

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Protokollen fra møte i Utvalg velferd 17.01.2023 godkjennes slik den foreligger.

[Lagre vedtak]

6/23 Status for arbeidet med Modell for frivillighet i Velferd

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.
1 Utvalg for velferd	14.02.2023	6/23

Kommunedirektørens forslag til vedtak:

1. Status i arbeidet med Modell for frivillighet i Velferd tas til orientering

Behandling

Leder Cecilie Lindgren, H innledet til saken og presentasjon ved Ingalill Viljugrein og Ingrid Blichfeldt som besvarte spørsmål. Innkommet spørsmål fra Even Gulowsen, MDG ble besvart under saken.

Oversendelsesforslaget fremmet av Solav Abbas, A:

Frivilligheten skal brukes som supplement til kommunale kjerneoppgaver.

Oversendelsesforslaget fremmet av Solav Abbas, A ble besluttet oversendt uten realitetsbehandling.

Innstillingens punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Status i arbeidet med Modell for frivillighet i Velferd tas til orientering

[Lagre vedtak]

7/23 Å høre til - temaplan for oppvekst- høring

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.
1 Ungdomsrådet	09.02.2023	3/23
2 Råd for personer med funksjonsnedsettelse	09.02.2023	5/23
3 Utvalg for velferd	14.02.2023	7/23
4 Utvalg for medborgerskap	16.02.2023	

Kommunedirektørens forslag til vedtak:

1. *Å høre til - temaplan for oppvekst* tas til orientering
2. Det gis følgende innspill til planen

- ...
- ...
- ...
- ...

Behandling

Leder Cecilie Lindgren, H innledet til saken og presentasjon ved saksbehandler Hege Oshaug og Gyri Esman som også besvarte spørsmål.

Oversendelsesforslaget fremmet av Solav Abbas, A:

Temaplan for Oppvekst «Å høre til»:

Planen er først og fremst veldig generell og til tider tungt språk. Språket bør forenkles og gjøres mer leservennlig.

Forebygging:

Savner mer om forebygging og oppfølging av barn og unge som sliter, og som trenger en eller annen form tilrettelegging. Assistentene, miljøarbeidere, støttekontakter mm.

Mobbing/inkludering:

Temaplan «Høre til» burde hatt større plass til bekjempelse av mobbing og utenforskap blant barn og unge med funksjonsnedsettelse. Hvordan skape et inkluderende oppvekstmiljø i Asker?

Transportutfordringer:

For mange barn og unge med funksjonsnedsettelse er transport til fritidsaktiviteter en stor utfordring. Hvordan skal kommunen legge bedre til rette for å løse disse utfordringene?

Forslag fremmet av Hans A. Hveem, H på vegne av H, PP og KrF:

Hovedutvalg for Velferd har følgende innspill til temaplan for Oppvekst «Å høre til»:

Oppvekstplanen er omfattende og god. Hovedutvalg for velferd tror spesielt retningen med tidlig innsats og en helhetlig oppfølging av familier hvor det er utfordringer er viktig. Asker velferdsråd som metodikk bør i større grad anvendes for mestring og utvikling.

Kunnskapsgrunnlaget viser at gutter har på mange områder større utfordringer i skoleløpet enn jenter. Hovedutvalget for velferd ber om at det rettes spesiell oppmerksomhet gutters utfordringer i skoleløpet.

Fysisk aktivitet og lek er helt sentralt for utvikling av balanse, koordinasjon, konsentrasjonsevne og god fysisk og psykisk helse. Forskning viser at den fysiske aktiviteten i befolkningen har gått ned, også blant barn og ungdom, samtidig har vi større utfordringer med psykisk uhelse enn tidligere. Hovedutvalg for Velferd mener Asker kommune bør se på muligheter for å øke den fysiske aktiviteten gjennom oppvekstløpet, for eksempel ved å teste ut piloter for å legge mer undervisning utendørs, særlig i tidlige skoletrinn.

Hovedutvalg for Velferd er opptatt av at vi må øke innenfor skapet for ungdom i Asker, det betyr blant annet at flere må fullføre videregående skole. Det er nødvendig med økt samarbeid med videregående skole for en helhetlig oppfølging. Det er viktig at man ved utfordringer i ungdomstiden for eksempel kan erfare mestring i livet og troen og evnen på å skape sin egen fremtid. Her vil også

samarbeid særlig mellom Oppvekst og Velferd være viktig, med sikte på å forenkle overgangen fra ungdom til voksen.

Oversendelsesforslaget fremmet av Solav Abbas, A ble besluttet oversendt uten realitetsbehandling.

Forslag fremmet av Hans A. Hveem, H på vegne av H, PP og Krf ble enstemmig vedtatt til innspill til planen i punkt 2.

Innstillingens punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. *Å høre til - temaplan for oppvekst* tas til orientering
2. Det gis følgende innspill til planen
 - Oppvekstplanen er omfattende og god. Hovedutvalg for velferd tror spesielt retningen med tidlig innsats og en helhetlig oppfølging av familier hvor det erfarer utfordringer er viktig. Asker velferdsrab som metodikk bør i større grad anvendes for mestring og utvikling.
 - Kunnskapsgrunnlaget viser at gutter har på mange områder større utfordringer i skoleløpet enn jenter. Hovedutvalget for velferd ber om at det rettes spesiell oppmerksomhet gutters utfordringer i skoleløpet.
 - Fysisk aktivitet og lek er helt sentralt for utvikling av balanse, koordinasjon, konsentrasjonsevne og god fysisk og psykisk helse. Forskning viser at den fysiske aktiviteten i befolkningen har gått ned, også blant barn og ungdom, samtidig har vi større utfordringer med psykisk uhelse enn tidligere. Hovedutvalg for Velferd mener Asker kommune bør se på muligheter for å øke den fysiske aktiviteten gjennom oppvekstløpet, for eksempel ved å teste ut piloter for å legge mer undervisning utendørs, særlig i tidlige skoletrinn.
 - Hovedutvalg for Velferd er opptatt av at vi må øke innenfor skapet for ungdom i Asker, det betyr blant annet at flere må fullføre videregående skole. Det er nødvendig med økt samarbeid med videregående skole for en helhetlig oppfølging. Det er viktig at man ved utfordringer i ungdomstiden for eksempel kan erfare mestring i livet og troen og evnen på å skape sin egen fremtid. Her vil også samarbeid særlig mellom Oppvekst og Velferd være viktig, med sikte på å forenkle overgangen fra ungdom til voksen.

[Lagre vedtak]

Referatsaker

- Presentasjon «Status for modell for frivillighet i velferd» ved Ingalill Viljugrein og Ingrid Blichfeldt.
- Presentasjon «Status arbeid med TØRN i Asker» ved avd. leder Monica Myhre og Tonje Ullhaug
- Presentasjon Nye boformer for eldre – en statusoppdatering ved kommuneplansjef Tor Arne Midtbø
- Presentasjon «Statusoppdatering temaplan Leve hele livet – i et aldersvennlig Asker» ved Veslemøy Risnes Lerheim
- Spørsmål fra representant Even Gulowsen besvart under sak om frivillighet som omhandlet: Verdien av frivillig innsats, Behov, potensiale og resultater, Utviklingsmuligheter for frivillig innsats i velferd, Frivillighet og godtgjørelse
- Orientering fra Aud Hansen om status og videre prosess vedr oversendt brev pr mail 5.februar om forholdene ved Gullhella bo og omsorgssenter.



Saksframlegg

Arkivsak
23/03515-1

Saksbehandler
Kristin Opsahl

Behandles av
Utvalg for velferd

Møtedato
21.03.2023

Årsrapport 2022 - Velferd

Kommunedirektørens forslag til vedtak:

1. Hovedutvalg for velferd tar årsrapport for 2022 til orientering.

1. Bakgrunn for saken/saksopplysninger

Årsrapporten gir en statusoppdatering for året som har gått med nøkkeltall fra virksomhetene. Formatet dette året er litt endret ved at beskrivelser av organisering og tjenestetilbud er tatt ut og lagt i vedlegg til rapporten. Formålet er å gjøre årsrapporten kortere og mer leservennlig.

1.1 Fra koronapandemi til «dyrtid»

Ved inngangen til 2022 var koronapandemien fortsatt pågående, og driften i virksomhetene i Velferd var påvirket av å være i en beredskapssituasjon. Utover i året vendte tjenestene tilbake til mer normal drift. Mot slutten av året var det økte renter, strømgifter, prisstiging og en ustabil situasjon i Europa som preget samfunnet, og som også påvirket våre velferdstjenester.

NAV er en av de virksomhetene som opplever økt press som følge av økte kostnader for husholdningene. Nasjonalt har andelen *økonomisk trygge husholdninger* i Norge falt fra 65 prosent under korona-pandemien til 49 prosent i august 2022. Andelen husholdninger som sliter med å betale regninger har økt sterkt. I august 2022 befant 5 prosent av husholdningene seg i alvorlige økonomiske vanskeligheter. Ytterligere 11 prosent slet økonomisk. Dette er en dobling fra året

før. I årsrapporten gjenspeiles dette i nøkkeltallene fra NAV. Det er en markant økning i behovet for bistand, flere søker nødhjelp, og det er flere brukere som trenger økonomisk råd og veiledning og midlertidig bolig enn tidligere. Dette har skjedd samtidig med at kommunen har håndtert en høy bosetting av flyktninger.

1.2 Tjenesteutvikling

Virksomhetene jobber kontinuerlig med tjenesteutvikling, og i tråd med innsatstrappen styrkes lavterskel aktivitetstilbud flere steder. I virksomhet heldøgnsomsorg har man blant annet inngått samarbeid med Nesbru videregående skole med unge frivillige inne på avdelinger med personer med demens. Det er også opprettet miljøkontakter ved to avdelinger på Bråset bo- og omsorgssenter. Dette planlegges utvidet til alle avdelinger.

Virksomhetene opplever å få flere og sykere pasienter utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, både innen somatikk og psykisk helse og rus. Det jobbes derfor aktivt med rekruttering, kompetansebygging og kvalitetsarbeid for å styrke tjenestene.

I tjenester til personer med funksjonsnedsettelse har man gjennom året jobbet målrettet med kompetansehevingstiltak. Virksomheten er med i Tørn-prosjektet hvor målene omfatter økt kompetanse, samt å teste ut nye arbeids- og organisasjonsformer.

1.3 Ventelister og effektueringsstid

Det er få store endringer i 2022 med hensyn til økte ventelister eller effektueringsstid for bolig eller tjenester.

- Det er stabilt lave tall for personer på venteliste for heldøgnsomsorg.
- Hjemmetjenesten tar i det vesentlige hjem brukere fra sykehus samme dag som de er utskrivningsklare.
- Det er stabile ventelister på bolig for personer med psykisk helse og ruslidelser. Her ser man også at effektueringsstiden har gått drastisk ned.
- Ventelisten har økt, imens effektueringsstiden for kommunale boliger har gått ned i 2022.
- Det er flere personer med funksjonsnedsettelse som mottar ambulerende miljøtjenester i eget hjem i 2022 enn i 2021. Dette er en ønsket utvikling.
- Det er en stor økning i deltakere i mestrings/lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.

¹ Christian Poppe og Elaine Kempson (2022): *Dyrtid under oppseiling. Hvordan takler husholdene de økende levekostnadene?* SIFO rapport nr. 5-2022

2. Sakens relevans for de tre bærekraftsdimensjonene

Endringer i befolkningssammensetning, forventede økte helseutgifter og økt sykdomsbyrde representerer store utfordringer for samfunnets sosiale og økonomiske bærekraft. Status beskrevet i rapporten danner grunnlag for ressursstyring og tjenesteutvikling hvor målet er å skape bærekraftige løsninger som møter helseutfordringene, motvirker sosiale helseforskjeller og fremmer god helse for alle.

3. Tidligere behandling

- Årsrapport 2021- velferd. Saksnr. 0011/22, i utvalgsmøte 22.03.2022
- Halvårsrapport 2022 - velferd. Saksnr. 0041/22, i utvalgsmøte 01.11.2022

4. Kommunedirektørens vurdering

Året 2022 har vært preget av koronapandemi og dårligere økonomi for husholdningene blant annet på grunn av økte mat- og strømpriser. Utfordringene gjenspeiles i nøkkeltall fra Nav som viser at flere, og særlig barnefamilier sliter økonomisk.

Tall fra velferdstjenestene forøvrig viser stabil drift med få store endringer i ventetider og effektuertingstider. For å sikre gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester også i årene som kommer må virksomhetene fortsette med den omstillingsprosessen de er i – i tråd med innsats- og boligtrappen.

Lars Bjerke
kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Vedlegg:

Årsrapport 2022
Vedlegg til årsrapport



Saksprotokoll

Arivsak
23/03515

Saksbehandler
Kristin Opsahl

Behandlet av
1 Utvalg for velferd

Møtedato **Saksnr.**
21.03.2023 9/23

Årsrapport 2022 - Velferd

Utvalg for velferd har behandlet saken i møte 21.03.2023 sak 9/23

Behandling

Leder Cecilie Lindgren, presenterte saken og ga ordet til Direktør Aud Hansen som innledet til saken. Virksomhetsleder Anne Cathrine Garder, Jan Kåre Melsæther, NAV og Lisa Kristine Hagen presenterte saken og besvarte spørsmål.

Innstillingens punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Hovedutvalg for velferd tar årsrapport for 2022 til orientering.



ÅRSRAPPORT 2022

Velferd

Asker kommune

Innhold

1 Innledning	2
2 Velferdsforvaltningen	5
2.1 Status 2022	5
2.2 Ventelister og effektueringstid	6
3 Helse, rehabilitering og mestring	12
3.1 Status 2022	12
3.2 Aktivitet i tjenestene	13
4 Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse	15
4.1 Status 2022	15
4.2 Aktivitet i tjenestene	16
5 Psykisk helse- og rustjenester	17
5.1 Status 2022	17
5.2 Aktivitet i tjenesten	18
6 Hjemmetjenesten	21
6.1 Status 2022	22
6.2 Aktivitet i tjenestene	22
7 Tjenester til eldre- heldøgnsomsorg	23
7.1 Status 2022	23
7.2 Aktivitet i tjenesten	25
8 NAV	26
8.1 Status 2022	26
8.2 Aktivitet i tjenesten	27
9 Kompetanse og kvalitet	29
9.1 Kompetanseheving og innovasjon	29
9.2 Avviksrapportering	30
10 Digitalisering og velferdsteknologi	34

1 Innledning

Velferdsrådets virksomheter vil rapportere til hovedutvalget for velferd hvert halvår og hele år. Rapporten består av nøkkeltall fra tjenestene samt en utfyllende del om arbeid med kompetanse og kvalitet i tjenestene, herunder avvikshåndtering. Rapporten delt inn i områdene:

- Velferdsforvaltning
- Helse, rehabilitering og mestring
- Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse
- Psykisk helse og rus
- Hjemmetjenesten
- Tjenester til eldre
- Kompetanse og kvalitet
- Digitalisering og velferdsteknologi

Formålet med rapporten er å gi en beskrivelse av status for aktiviteten i virksomhetene.

Velferdstjenester i utvikling

Målsetningene i kommuneplanen synliggjør behovet for nytenkning og økt samhandling på tvers av sektorer for å møte de komplekse utfordringene velferdstjenestene står overfor. Forventede økte helseutgifter, endringer i befolkningssammensetningen og økt sykdomsbyrde representerer store utfordringer for bærekraft både lokalt, nasjonalt og globalt. Asker kommune har ansvar for å skape bærekraftige løsninger som møter helseutfordringene, motvirker sosiale helseforskjeller og fremmer god helse for alle uansett alder. Måltrettet og systematisk innsats for å dreie ressursinnsatsen mot mer forebyggende og helsefremmende tiltak er viktig for å oppnå god folkehelse og redusere risikoen for sykdom. Samtidig skal personer med store behov sikres tjenester av god kvalitet og tilstrekkelig omfang. Kommunen må legge til rette for å skape gode og bærekraftige løsninger slik at den enkelte innbygger mestrer eget liv og opplever god livskvalitet. Gjennom medborgerskap og samskaping må det utvikles nye løsninger for bærekraftige helsetjenester. Samarbeidet skal skje med innbyggere, næringsliv, forskningsmiljøer og frivillige organisasjoner. Bærekraftsmål 17 «God helse» konkretiseres i kommuneplanen:

Hovedmål	Delmål
Askersamfunnet sikrer god helse og fremmer livskvalitet for alle, uansett alder.	Askersamfunnet arbeider helsefremmende og forebyggende for å oppnå god folkehelse, motvirke utenforskap og redusere risikoen for sykdom og tidlig død.

Innbyggerne har tilgang til grunnleggende, helhetlige og forsvarlige helsetjenester av god kvalitet og til rett tid.

Innbyggere som mottar helsetjenester lever aktive og selvstendige liv, tar medansvar for egen helse og deltar i utforming av tjenestene ut fra den enkeltes forutsetninger og behov.

Asker kommune samarbeider aktivt med innbyggere, frivilligheten og næringslivet for å møte fremtidens helseutfordringer.

Temaplaner

Det er utarbeidet tre temaplaner på velferdsområdet.

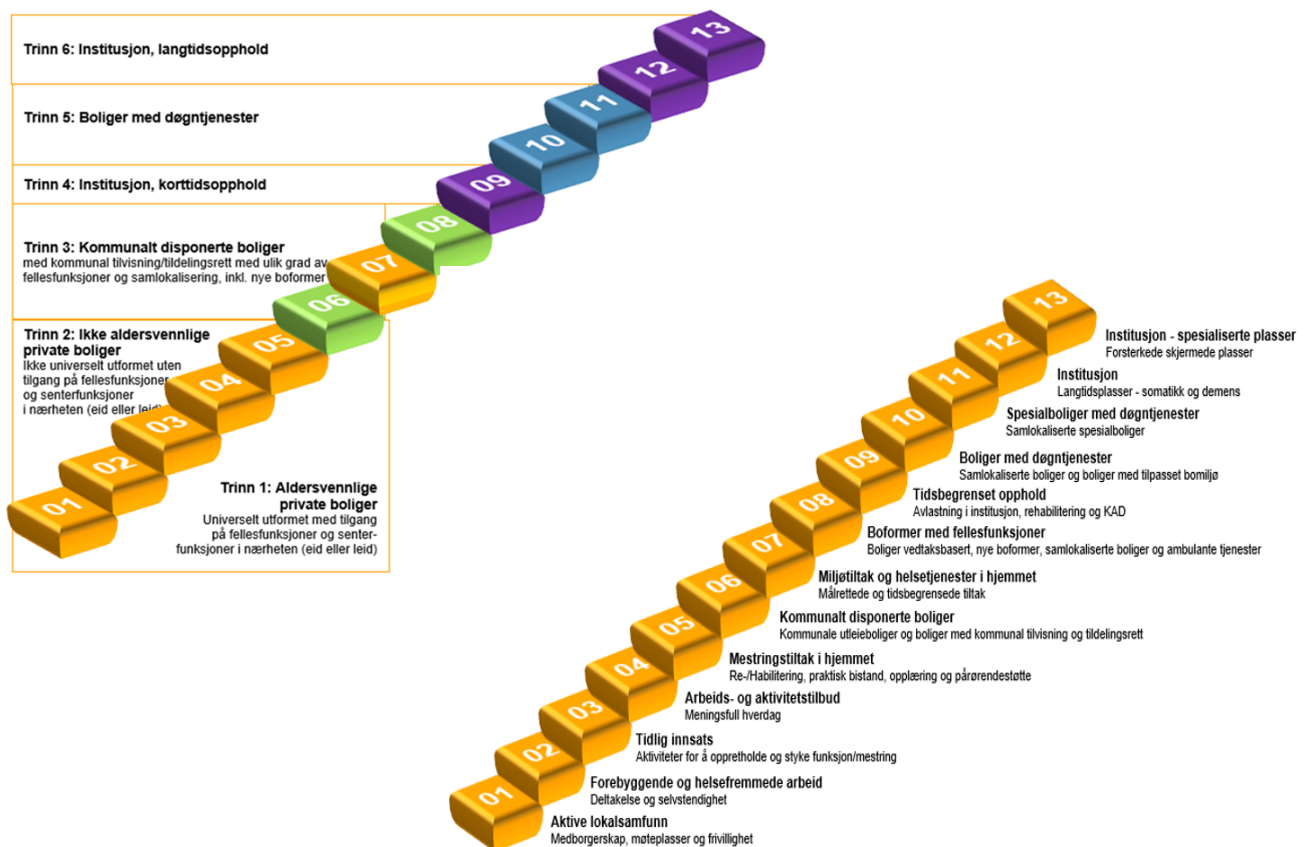
- Leve hele livet – eldre, vedtatt vår 2022
- Mestre hele livet - psykisk helse og rus, vedtatt vår 2023
- På lik linje – personer med funksjonsnedsettelse, vedtas våren 2023

Temaplanene inneholder innsatsområder og strategier som er førende for utvikling av tjenestene. I temaplanene er kommuneplanens målsetting om en forskyving av ressurser og innsats fra tjenester med høy spesialisering og inngripen i innbyggernes liv til mer forebyggende og helsefremmende tiltak og tjenester et bærende prinsipp.

Innsatstrappen

For å få oversikt over og for å utvikle tjenestene i riktig retning i Asker har kommunen i samarbeid med Agenda Kaupang utviklet Askers innsatstrapp.¹ Innsatstrappen beskriver trinnene i behov for helse- og omsorgstjenester fra forebyggende helsetjenester til spesialplasser i institusjon. Ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette behov på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi/innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen. Det er også utviklet en kostnadsprofil hvor en kan se ressursbruk på de ulike trinnene.

Figur 1: Innsatstrapp og boligtrapp



Boligtrappen

I 2021 ble det utarbeidet en «boligtrapp» for Asker kommune. Denne beskriver trinnene i boligbehov, fra tilpasninger i eget hjem, til ulike boformer med og uten tjenester eller bemanning, til heldøgnsomsorg i boliger og institusjoner. På samme måte som med innsatstrappen, forutsetter ønsket utvikling en dreining av tjenester, ved økt innsats når det gjelder å forebygge behov for de øvre trinnene. Dette omfatter framskrivninger for dimensjonering av ulike institusjons- og boligtilbud, samt tilretteleggings- og incentivordninger mot både boligbygging (inkludert sosiale boformer), planlegging av alderdom i private hjem, og utvikling av helseknutepunkt. Boligtrappen skal blant annet bidra til en gjensidig styrking og utvikling av kommunens nærsentre og helse- og sosialtjenestene.

Høsten 2022 kom delrapport 2 hvor det er gjennomført en mer detaljert utredning av boligtrappen og det framtidige behovet for ulike type boliger til de ulike brukergruppene av helse- og omsorgstjenester. Rapporten fremlegger mange konkrete anbefalinger. De fleste av disse krever tverrsektoriell innsats fra flere eller alle tjenesteområder.

Program for velferd 2022 – 2026

Det er etablert et *Program for velferd*, med utviklingsteam som skal koordinere større utviklingsaktiviteter som retter seg mot tjenesteområdets kjernedrift.

Formålet med programmet er å sikre styring mot framtidig økonomisk bærekraftig drift, og

bidra til god livskvalitet og best mulig mestring av egne liv for brukerne av helse- og omsorgstjenestene. Programmet skal levere effekter og gevinster knyttet til strategier i aktuelle temaplaner, gjennom blant annet dreining mot tidlig innsats, ut fra anbefalinger i Innsats- og Boligtrappen.

Oppbygning av rapporten

Rapporten er inndelt etter virksomhetsområdene i velferd. Under hver virksomhet gis en kort beskrivelse av status for året som har gått. Deretter følger en beskrivelse av aktiviteten i de ulike tjenestene i perioden. Kapittel 9 handler om kompetanse og kvalitetsarbeid, herunder avvikshåndtering. Bruk og innføring av ny velferdsteknologi omtales i kapittel 10.

Nøkkeltallene endrer seg lite fra måned til måned. Derfor vil den halvårlige nøkkeltallsrapporten være tjenestenes offisielle tall i perioden frem til neste nøkkeltallsrapportering. I tillegg vises det til Asker kommunes årshjulsrapportering med tertial og årsrapporter. Vi har bak oss noen spesielle år med pandemi, og tallene må sees i lys av dette.

2 Velferdsforvaltningen

Velferdsforvaltningen har overordnet ansvar for å ivareta innbyggerne i Asker sin rett til tjenester i henhold til helse – og omsorgstjenesteloven, pasient – og brukerrettighetsloven, egenandelsforskriften, kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien. Virksomheten tildeler og koordinerer helse- og omsorgstjenestene.

2.1 Status 2022

Tjenesteområde velferd skal videreutvikle tilbudet og støtten til pårørende. Det ble høsten 2022 ansatt en egen pårørendekoordinator og en prosjektleder for prosjektet «Sett, Møtt og Hørt!». Prosjektet har kartlagt ulike pårørendegruppers behov, og deretter startet samtaler med kommunale tjenesteutførere for bedre å imøtekomme disse behovene.

I tillegg har man vært i kontakt med frivillige organisasjoner om pårørendestøtte, for å få innspill om hvilke muligheter og barrierer de opplever i sitt arbeid. Det legges vekt på å samle og samkjøre ulike tjenesteytere i og utenfor kommunen. De ulike aktørene må vite om hverandres tilbud, for å kunne gi best mulig støtte til pårørende.

Velferdsforvaltningen har i 2022 fokus på kvalitetsarbeid knyttet til data som legges inn i journalsystemet Geric. Det ble ansatt en systemrådgiver i april for å drive opplæring av superbrukere hos utførerne, og av saksbehandlere og ledere internt i virksomheten.

Velferdsforvaltningen har styrket den helsefaglige kompetansen ved mottaket av henvendelser fra innbyggere. Dette gjør at man raskt avklarer behov og kan utsette behovet for kommunale tjenester ved hjelp av andre tilbud. Ny teknologi, i form av en Robot som beregner egenandel for langtids plass på institusjon, har bidratt til at teamet kan håndtere en økt saksmengde på ca 50%.

2.2 Ventelister og effektuerings tid

Velferdsforvaltningen tildeler kommunal utleiebolig og boliger med bemanning. Antall brukere på venteliste og gjennomsnittlig effektuerings tid kan gi en pekepinn på hvorvidt kommunen har er riktig dimensjonert og variert bo- og tjenestetilbud. Effektuerings tiden handler om hvor lang tid det tar fra et vedtak blir fattet i velferdsforvaltningen til personen faktisk har fått tildelt en bolig eller institusjons plass.

Kommunal utleiebolig

Bolig uten bemanning	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	21	14	26	25
Effektuerings tid gjennomsnitt per mnd	285	394	180	194

Kommunale utleieboliger er forbeholdt personer som av sosiale og/eller helsemessige årsaker er vanskeligstilte på boligmarkedet. Innbyggere som søker denne typen bolig har ulike utfordringer og ulike boligbehov.

Tabellen over viser at antall innbyggere på venteliste har holdt seg stabilt gjennom 2022, men det har vært en fordobling fra 2021, noe som henger sammen med en økning i antall nye søknader. Videre er effektuerings tiden redusert betraktelig. Dette skyldes i hovedsak at noen brukere som har ventet lenge, har fått tildelt bolig, samt at noen har flyttet

Sammensetninger av kommunens boligmasse gir utfordringer når det gjelder å skaffe gode og egnede boliger for enkelte på venteliste. Dette fører igjen til lang ventetid for enkelte, opphold ut over 3 måneder i midlertidig botilbud, utfordrende bomiljø og søknader om bytte av bolig. Velferdsforvaltningen, NAV og Eiendom har jevnlig samarbeids- og prioriteringsmøter der dette er tema. Se også kap. 8.

Nyankomne flyktninger som bosettes etter avtale med IMDU tildeles bolig når de ankommer kommunen. 33 kommunale utleieboliger har blitt tildelt nyankomne flyktninger i 2022.

Bolig med bemanning for eldre – heldøgns tjenester

Bolig med bemanning eldre - heldøgns tjenester	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	10	19	10	19
Effektuerings tid gjennomsnitt per mnd	78	91	89	88

Antall innbyggere på venteliste for bolig med bemanning til eldre har økt med 3 personer det

siste halve året. Effektueringstiden fortsetter å øke, noe som hovedsakelig kan forklares med at personer med demens blir stående lengre på venteliste i påvente av ledig, egnet bolig..

Bolig med bemanning – mennesker med nedsatt funksjonsevne

Bolig med bemanning - mennesker med nedsatt funksjonsevne	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	14	12	16	15
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	606	862	757	978

Det er 15 personer med nedsatt funksjonsevne som venter på bolig med bemanning. Antallet holder seg forholdsvis stabilt. Det er stor variasjon i utfordringsbildet hos de som står på venteliste, fra de som kan bo relativt selvstendig med tilgang på personale til de som trenger tett bemanning i spesielt tilrettelagte boliger. Gjennomsnittlig effektueringstid har økt med 221 dager det siste halve året. Dette skyldes få tildelinger.

Bolig med bemanning – psykisk helse og rus

Bolig med bemanning - psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	6	9	6	7
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	332	389	174	285

Det er syv personer med psykiske lidelser som venter på bolig med bemanning. Ventelistene holder seg forholdsvis stabile, men effektueringstiden har gått ned fra 2021. Dette fordi enkelte som har stått lenge på venteliste fikk tildelt bolig tidlig i 2022. Gjennom 2022 øker effektueringstiden igjen. Virksomhet psykisk helse og rus har i 2022 avvirket kjøpeplasser og tilbudt bolig- og tjenestetilbud i kommunal regi.

Bolig med bemanning - ROP(rus og psykisk helse)	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	5	2	4	3
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	177	351	201	353

Det er tre personer med ROP lidelser som venter på bolig med bemanning. Situasjonen er stabil både med tanke på ventetid og antall. De som står på ventelisten, er personer med stort symptomtrykk og som trenger gode rammer rundt sine liv. Vi ser også noen unge som, ved å tidlig investere i deres helse, på sikt vil kunne leve selvstendige liv.

Det jobbes med å videreutvikle og differensiere boligtilbudet med heldøgns bemanning i virksomheten. Det jobbes også med å styrke tilbudet til de som bor hjemme gjennom å forsterke den ambulante oppfølgingen. Dette er nærmere beskrevet i kapitel 5 «Psykisk helse og rus»

Langtidsopphold i institusjon

Langtidsopphold i institusjon	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste- antall brukere som venter hjemme (gjennomsnitt per mnd)	3	5,3	1,7	1,8
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd.	31	22,1	13,5	24

Tabellen viser hvor mange hjemmeboende personer i gjennomsnitt per måned som har ventet på langtidsplass den siste dagen i måneden, samt effektueringstiden. Antall brukere som har ventet hjemme har vært stabilt i 2022. Dette viser at Asker kommune er godt dimensjonert i forhold til behovet.

De hjemmeboende som venter på langtidsplass mottar andre tjenester som hjemmesykepleie, rullerende korttidsopphold og/eller dagsenter i påvente av plass. Hvis de ikke klarer seg hjemme, får de tildelt et langtidsopphold/lengre opphold på en korttidsplass.

Dekningsgrad heldøgnsomsorg eldre

Tabellen under viser beregnet dekningsgrad for heldøgnsomsorg for eldre frem til 2025. Dekningsgraden er basert på prognose for antall innbyggere over 80 år.

Dekningsgrad heldøgns omsorg for eldre	2023	2024	2025	2026
Eksisterende og planlagte boliger	822	862	862	862
Planlagte plasser Handlingsprogram 2022-2025	40	0	0	100
Sum	862	862	862	962
Beregnet dekningsgrad	19,9 %	18,9 %	17,6 %	18,5 %

Skal dekningsgraden ligge på rundt 19 prosent, må det bygges 110 plasser annethvert år fra 2025. I 2026 er det lagt inn 100 nye sykehjemsplasser for å sikre en forsvarlig dekningsgrad inntil det oppnås effekt fra innsats på de lavere trinnene i innsatstrappen. Ved å gå ned på dekningsgrad må det parallelt skje en oppbygging av ambulante tjenester og lavterskel-/støttetjenester, bruk av velferdsteknologi og nye måter å jobbe på.

Omsorgstønad

Omsorgstønad	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere omsorgstønad (gjennomsnitt per måned)	98	108	109	104
Antall vedtakstimer omsorgstønad per bruker (gjennomsnitt per måned)	48	48	49	48

Omsorgstønad er en tjeneste kommunen kan gi til personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid og utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Tabellen viser at antall brukere og antall vedtakstimer holder seg stabilt. I snitt var det 104 brukere per måned med omsorgstønad i 2022. Omfanget var gjennomsnittlig 48 timer per måned. Med økt oppmerksomhet på pårørendestøtte, forventer vi en mulig økning i bruken av denne tjenesten.

Samhandlingsdata

Kommunen har utstrakt samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom formaliserte avtaler, prosjekter og ulike samarbeidsfora. Det er utviklet samhandlingsprosedyrer og rutiner som skal sikre helhetlige pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Videre presenteres samhandlingsdata med antall varslede pasienter, antall utskrivningsklare pasienter, samt antall betalingsdøgn for somatikk, og for psykisk helse og rus.

Somatikk

Samhandlingsdata utskrivningsklare somatikk	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall varslede pasienter (gjennomsnitt per mnd)	200	174	221	231

Antall varslede pasienter varierer fra måned til måned og følger normale sesongsvingninger av sykdom i befolkningen. Erfaringen viser at sen høst og vintermåned er perioder med mange innleggelser, noe som medfører stort press på kommunens korttidsplasser.

Gjennomsnittet per måned er økt med hele 33% sammenlignet med 2021. Årsaken til dette er vanskelig å si, da det både 2020 og 2021 har vært to unormale år.

Utskrivningsklare pasienter

Samhandlingsdata utskrivningsklare somatikk	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall utskrivningsklare pasienter (gjennomsnitt per mnd)	12	14	5	11

Tabellen viser antall pasienter innen somatikk som er meldt utskrivningsklare fra sykehuset til kommunen, men som har blitt værende på sykehuset i påvente av egnet tilbud i kommunen. Tabellen viser at Asker kommune i stor grad klarer å gi et egnet tilbud når spesialisthelsetjenesten melder en pasient utskrivningsklar. I 2022 var det 11 pasienter i gjennomsnitt per måned som ventet på et egnet kommunalt tilbud. Siste halvdel av oktober -21 ble det utarbeidet og iverksatt en 3-trinns plan for etablering av totalt 18 ekstra senger, likt fordelt på HO1 og HO2 (Bråset, Søndre Borgen og Solgården). Planen tas i bruk etter rutine og ved behov i sesongvariasjoner. I 2022 ble denne planen tatt i bruk ved noen få anledninger.

Antall betalingsdøgn og gjennomsnittlig liggetid på betalingsdøgn – utskrivningsklare

Samhandlingsdata utskrivningsklare somatikk	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall betalingsdøgn (gjennomsnitt per mnd)	33	37	13	21
Gjennomsnittlig liggetid	2	3	2	2

Tabellen viser antall betalingsdøgn og gjennomsnittlig liggetid i spesialisthelsetjenester for pasienter som ikke ble utskrevet samme dag som de blir meldt utskrivningsklare. Vi ser en nedgang fra 37 betalingsdøgn i 2021 til 21 betalingsdøgn i 2022. Den gjennomsnittlige liggetiden holder seg relativt stabil.

Reinnleggelser til spesialisthelsetjenesten

Tallene under er hentet fra Helse Sør-Øst, og gjelder reinnleggelser i sykehus til og med andre tertial 2022

Reinnleggelser til spesialisthelsetjenesten	2020	2021	T.o.m. august 2022
Asker	14,2 %	14 %	13,3 %
Bærum	14,4 %	14,4 %	13,5 %
Vestre Viken	15,40 %	15.6%	15,6 %

Reinnleggelser betyr i denne sammenhengen at en pasient har blitt akutt innlagt på samme eller annet sykehus innen 30 dager etter utskrivning fra et døgnopphold. Frekvensen på reinnleggelser kan si noe om kvaliteten på behandlingen, men også kvaliteten på oppfølgingen i kommunen. Som vi ser av tabellen har Asker kommune over tid noe færre reinnleggelser enn Bærum kommune og Vestre Viken for øvrig.

Overført fra sykehuset til kommunen

Overført fra sykehuset i gjennomsnitt per måned til:	2020	2021	Halvår 2022	2022	Andel 2022
- hjem m/hj.spl	91	91	92	94	42 %
- tryggheten	0	0	0	0	0 %
- lindring	8	5	4	5	2 %
- rehabilitering	3	10	14	12	5 %
- ord. korttid	61	58	64	68	30 %
- demensplass	0	1	2	2	1 %
- KAD	0	0	0	0	0 %
- hjem uten hjelp	11	9	13	13	6 %
- omsorgsbolig m/h.oms	9	5	0	0	0 %
- sykehjem langtid	11	12	10	10	4 %
- mors	8	8	8	7	3 %
- andre	5	5	11	16	7 %
	207	203	219	226	100 %

Tabellen viser antall pasienter i gjennomsnitt per måned som blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, og hvilket omsorgsnivå de blir skrevet ut til i kommunen.

I 2022 tok hjemmesykepleien imot 42 % av dem som var meldt utskrivningsklare. Det er unntaksvis at hjemmesykepleien ikke kan ta imot pasienter samme dag de er meldt utskrivningsklare. Dette viser at hjemmesykepleien er godt rustet til å ta imot pasienter med et mer omfattende omsorgs- og pleiebehov enn tidligere.

Av de utskrivningsklare pasientene ble 30 % overført til ordinær korttid i 2022 mot 31 % i 2021. Velferdsforvaltningen vil intensivere samhandlingen med sykehusene, med bl.a. hyppigere og tidligere vurdering av pasienter på sykehus. Velferdsforvaltningen bruker innsatstrappen aktivt for å øke bruken av de laveste omsorgsnivåene.

Psykisk helse og rus - samhandlingsdata

Samhandlingsdata utskrivningsklare psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall varslede pasienter (gjennomsnitt per mnd)	24	20	16	28

Tabellen viser gjennomsnittlig antall meldte pasienter per måned. Det er en økning av antall meldte pasienter sammenliknet med tidligere år. Gjennomsnittlig antall i perioden er økt fra 20 i 2021 til 28 i 2022. De aller fleste blir utskrevet til eget hjem.

Utskrivningsklare pasienter

Samhandlingsdata utskrivningsklare psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall utskrivningsklare pasienter(gjennomsnitt per mnd)	2	3	1	2

Tabellen viser antall pasienter som er meldt utskrivningsklare til kommunen innenfor psykisk helse, men som har blitt værende på sykehuset i påvente av egnet tilbud i kommunen

Mange av utskrivelsene er komplekse problemstillinger, og det kan ta litt tid før kommunen har riktig kompetanse og et egnet tilbud på plass. Dette er årsakene til at noen pasienter ikke kan skrives ut samme dag som de blir meldt utskrivningsklare.

Gjennomsnittlig liggetid på betalingsdøgn – utskrivningsklare

Samhandlingsdata utskrivningsklare psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall betalingsdøgn (gjennomsnitt per mnd)	23	57	7	33
Gjennomsnittlig liggetid	10	19	7	17

Tabellen viser hvor mange døgn hver pasient innenfor psykisk helse og rus har vært på sykehuset etter å ha blitt meldt utskrivningsklar til kommunen. Dette er liggedøgn kommunen betaler for. Gjennomsnittlig antall betalingsdøgn i 2022 har økt sammenliknet med 2020, men redusert sammenliknet med 2022.

CAN - Rehabiliteringssenter i Altea

Asker kommune kjøper fire rehabiliteringsplasser i Altea av Bærum kommune. Det har vært fullt belegg i hele 2022, med unntak av noen uker i januar. I januar startet tilbudet opp igjen etter to års nedstegning.

Vi har ingen på venteliste, da det innvilges fortløpende hver 6. uke. Det er 22 personer som har benyttet seg av tilbudet i 2022. Den største gruppen som har benyttet tilbudet er slagrammede. Asker kommune tilbyr også rehabilitering etter kreftbehandling og store operasjoner med mere. Aldersspennet er 36-93 år, de fleste er over 65 år.

Velferdsforvaltningen har et godt samarbeid med dagrehabilitering på Risenga. For en del av brukerne har det vært forlengelse av rehabilitering etter endt hjemmerehabilitering /dagehabilitering. Brukere har blitt prioritert som investeringstiltak slik at de kan opprettholde funksjonsnivå og kan lever et selvstendig liv.

Klagesaker registrert ved Velferdsforvaltningen, Tjenestetildelingen

Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra

kommunen. Det er etablert flere kanaler som kan benyttes dersom det ikke er samsvar mellom forventinger til tildeling av en tjeneste eller hvorledes tjenesten blir utført. For rettighetslovgivningen er det etablert formelle klagemuligheter til overordnet statlig myndighet (Statsforvalteren

Klagesaker sendt til Statsforvalteren

Klagesaker sendt til Statsforvalter					
Sakstype	Antall	Stadfestet	Delvis omgjort	Omgjort	Opphevet
Omsorgsstønnad	2	1	0	0	0
Avlastning	1	1	0	0	0
Praktisk bistand	1	0	0	0	0
Støttekontakt	2	1	0	0	0
BPA	6	1	0	0	4
Langtid	1	1	0	0	0
Vederlag	2	0	0	0	0
Annet	9	4	0	0	0
Sum	24	9	0	0	4

Stadfestet vil si at Statsforvalter opprettholder kommunens vedtak.

Hjemmesykepleie, korttidsopphold i institusjon og psykisk helse er utelatt fra tabellen fordi det ikke har vært klagesaker som har blitt oversendt til Statsforvalteren. Årsaken til at status i sakene ikke alltid stemmer overens med antall klagesaker er at sakene ikke er ferdigbehandlet av Statsforvalteren.

3 Helse, rehabilitering og mestring

Virksomhet Helse, rehabilitering og mestring jobber målrettet og aktivt for at kommunens innbyggere skal få tjenester som gjør det mulig å gjenvinne/opprettholde funksjonsnivå, oppleve økt livskvalitet, mestre hverdagen og dermed kunne bo hjemme så lenge som mulig med minimal bistand fra kommunen.

3.1 Status 2022

Året 2022 er det første ordinære driftsåret for virksomhetens tjenester etter kommunesammenslåing og pandemi. Virksomheten har hatt særlig fokus på videre tjenesteharmonisering og -utvikling, herunder organisering av tjenestene innad i virksomheten og samarbeid med andre virksomheter i Velferd.

Det har vært et krevende år for de kommunale legetjenestene. Rekrutteringssituasjonen er endret, noe som har medført bruk av vikarbyrå for å bemanne stillingene. Situasjonen i fastlegeordningen er fortsatt utfordrende. Nasjonalt beskrives den som en fastlegekrise. Alle innbyggere i Asker kommune har tilgang til fastlege og mulighet til å bytte fastlege, samtidig

har antall søkere til utlyste hjemler gått ned. Det ble tildelt to nye 0-hjemler i 2022, i henhold til planen for å sikre tilstrekkelig antall listeplasser framover.

Foreløpig er tilgangen til fastlege tilfredsstillende. Det er til sammen 95 434 listeplasser hos fastlegene i Asker. Av disse er 2380 plasser ledige.

Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Prosjektet skal bidra til å sikre en fremtidsrettet og pasientorientert helsetjeneste i kommunen og DHO skal gi økt trygghet og mestring for brukere og pårørende, samtidig som fastlegenes gis en effektiv måte å følge opp sine pasienter. Prosjektet er godt i gang og året er benyttet til planlegging og forberedelse til igangsetting av pilot. Prosjektet er en del av Program Velferd 2022 – 2026.

3.2 Aktivitet i tjenestene

Helse, rehabilitering og mestring	2020	2021	Halvår 2022	2022
Rehab utenfor inst (i hjemmet) ant brukere (gjennomsnitt per mnd)	14	8	7	6
Rehab utenfor inst (dagrehab) ant brukere (gjennomsnitt per mnd)	7	6	6	7
Rehabilitering i inst ant brukere (gjennomsnitt per mnd)	12	13	18	18
Helsefremmende tjeneste (gjennomsnitt tildelte tjenester per mnd)	9	10	12	14
Ergoterapi (gjennomsnitt tildelte tjenester per mnd)	54	48	60	55
Fysioterapi (gjennomsnitt tildelte tjenester per mnd) inkl. gruppebehandling	46	50	60	66
Hjelpemiddeltjenesten antall oppdrag per mnd gjennomsnitt	378	503	547	530

Rehabilitering i hjemmet og dagrehabilitering

Tildelte tjenester viser antallet brukere som har hatt et rehabiliteringsforløp i de ulike tjenestene. Det har vært en nedgang i antall brukere med tildelt rehabilitering i hjemmet, fra 14 i gjennomsnitt per måned i 2020 til 6 i gjennomsnitt per måned i 2022. Dette skyldes blant annet færre henvisninger fra sykehus. Antall brukere tildelt dagrehabilitering ved Risenga har holdt seg relativt konstant med 7 brukere i gjennomsnitt per måned mot 6 brukere per måned i 2021.

Dagrehabilitering tilbys ved Risenga rehabiliteringssenter. Pandemien og smittevernsforinger begrenset antall plasser på Risenga i første kvartal, men er nå tilbake til ordinært antall brukere på gruppe som før pandemien.

Rehabilitering i institusjon (Døgnrehabilitering)

Antall brukere på rehabilitering på institusjon har ligget på 18 brukere i gjennomsnitt per måned i 2022. Dette er en økning fra 13 i 2021. Hovedårsaken til dette skyldes pandemien.

Tallene i tabellene inneholder ikke sakene hvor pasientene har vært på korttidsopphold over 60 dager.

Disse sakene går over til å hete «Tidsbegrenset opphold over 60 dager» og i vedtaksteksten står det at disse er rehabiliteringsvedtak. Det har vært stort trykk på plassene i hele perioden, og oppholdene variere fra en uke til flere måneder avhengig av behov hos pasientene.

Helsefremmende tjenester

I gjennomsnitt har 14 brukere per måned fått tildelt helsefremmende tjenester i kommunen. Dette er en øking fra 2021. Helsefremmende tjenester omfatter blant annet:

- Pårørendekartlegginger og oppfølging
- Oppfølging etter forebyggende hjemmebesøk/Asker seniortreff
- Monofaglig og flerfaglig kartlegging og oppfølging
- Hverdagsmestringsaktiviteter
- Vurderingsbesøk
- Styrke- og balansegruppe

I tillegg kommer:

- Læring og mestring- treningsgrupper, temasamlinger og mestringstreff for brukere med kreft, diabetes, lunge- og hjerte diagnose
- Pasient og pårørende opplæring for KOLS og diabetes pasienter. Et samarbeid med Bærum sykehus og Bærum kommune
- Sosionomtjeneste
- Asker seniortreff/Forebyggende hjemmebesøk
- Helsekafe (videreutvikling/prosjekt)

I 2022 har 33 personer mottatt tjenesten hverdagsrehabilitering

Boligtilpasningsgruppa har rapportert om oppfølging av 42 boligtilpasnings saker i 2022. Vi ser et økende behov for boligtilpasning blant brukerne.

Ergo- og fysioterapitjenester

For ergo- og fysioterapitjenesten viser tabellen over antall tildelte tjenester fra ventelistene til terapeut per måned. Tallene gir et bilde av tjenestenes kapasitet til å ta inn nye brukere, i tillegg til allerede pågående forløp. Tallene for 2021 og 2022 viser en økning i antall tildelte ergoterapi- og fysioterapitjenester per måned fra 48 tildelinger i gjennomsnitt per måned i 2021 til 55 tildelinger per måned i 2022. Tjenesten har stor pågang og dette medfører ventetid. I 2022 stod gjennomsnittlig 171 innbyggere på venteliste for oppfølging av ergoterapitjenesten for voksne over 18 år til enhver tid. Ventetiden i hver enkelt sak kan variere mye. Saker med høyest prioritet følges opp som oftest innen fristen. De øvrige sakene har en ventetid på mellom tre til seks måneder.

Hjelpemiddeltjenesten

For Hjelpemiddeltjenesten viser tabellen antall oppdrag hjemme hos bruker og på andre arenaer i lokalsamfunnet. I tillegg kommer bistand som gis av teknikerne på de lokale

hjelpemiddellagrene. Behovet for tjenester fra Hjelpemiddeltjenesten er økende, fra i gjennomsnitt 503 saker per måned i 2021 til 530 i 2022².

4 Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse

Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse består av ambulerende tjenester for brukere som bor i eget hjem, botilbud med stedlig bemanning, arbeid- og dagaktivitetstilbud og fritidsklubber til personer over 18 år.

4.1 Status 2022

Virksomheten har i 2022 hatt søkelys på kvalitetsarbeid og kompetansehevende tiltak. Det har vært en prosess med sykefraværarbeid i samarbeid med NAV arbeidslivssenter, og det er jobbet med arbeidsmiljø mht støyprobatikk og vold og trusler. Det har også vært fokus på opplæring i legemiddelhåndtering og nye rutiner som følge av avviksoppfølging.

Av kompetansehevende tiltak gjennomført i 2022 kan nevnes

- CRPD (Menneskerettigheter for personer med funksjonsnedsettelse), pilot i 2021-2022. Benyttet opplæringsmaterieil utarbeidet av Bufdir og Statsforvalter. Deltar i videre implementeringsarbeid i Asker kommune.
- TØRN-Pilot – pilot i prosjekt TØRN via KS, frikjøpt prosjektleder ble valgt fra vår tjeneste
- Rekruttering – egen gruppe i tjenesten bestående av rådgivere og avdelingsledere, har laget handlingsplan og bistår avdelingene. Til tross for dette er det svært utfordrende å rekruttere egnet personell, spesielt vernepleiere.
- Kapittel 9 – kontinuerlig vergetrening og veiledning er et krav ifht lov om makt og tvang. Krav er definert fra Statsforvalter. Dette er kostnads-tids- og kompetansehevende. Sikrer HMS
- Medborgerskap- 6 rådgivere deltatt i kommunen opplæring, som et ledd i å sikre samskaping og medborgerskap i egen tjeneste.

Temaplan «På lik linje» utarbeides i samarbeid med oppvekst. Det har vært bred involvering fra innbyggere, ansatte, brukere, brukerråd og organisasjoner.

² I halvårsrapporten for 2022 ble feil tall oppgitt. Det ble meldt inn 613 oppdrag i snitt per måned. Det riktige er 547.

4.2 Aktivitet i tjenestene

Tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne består blant annet av praktisk bistand/opplæring og ambulerende tjenester. Mer om tjenestetilbudet finnes i vedlegget til rapporten

Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse

Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant timer pr bist opplæring (gjennomsnitt per mnd)	29264	31955	30966	31788
Ant timer pr bist opplæring per bruker (gjennomsnitt per mnd)	134	126	122	124
Ant hjemmeboende som har ambulerende tjenester (gjennomsnitt per mnd)	25	29	41	41

Det bor 236 brukere med funksjonsnedsettelse i bolig med stedlig bemanning. I tillegg bor 41 brukere i egne hjem med ambulerende tjenester.

Praktisk bistand – opplæring i hjemmet

Praktisk bistand omfatter hjelp til eller opplæring i praktiske gjøremål i hjemmet. Til sammen gis 31 788 timer praktisk bistand per måned. I gjennomsnitt har hjemmeboende 124 timer praktisk bistand per måned.

Tjenester i hjemmet/ambulerende tjenester

Det gis vedtaksfestede tjenester i form av ambulerende tjenester til brukere som bor i eget hjem som ikke er tilknyttet bofellesskap. I gjennomsnitt har 41 personer mottatt ambulerende tjenester per måned i 2022. Dette er en økning fra 2021 hvor 29 brukere mottok ambulerende tjenester

Boliger

Bofellesskapene har bemanning og er av ulik størrelse og utforming. Det gis vedtaksfestede tjenester som praktisk bistand, opplæring, og helsetjenester. Det kjøpes plasser til enkelte brukere der hvor det kreves spesialkompetanse eller der hvor behovet er akutt og det ikke er ledige egnede boliger i kommunen. Det var ingen nye kjøpsplasser i 2022.

Nye boliger og aktivitetssenter er under utvikling på Nedre Sem gård med 8 enheter. Videre er det planlagt 6 boliger i Kelnerhagen med ferdigstillelse i 2029.

Arbeid og dagaktivitet

Arbeid og dagaktivitet - personer med funksjonsnedsettelse	2021	halvår 2022	2022
Aktivitetssenter, antall brukere	86	91	91
Arbeidssenter, antall brukere	77	85	90
Arbeid med oppfølging, antall brukere	6	4	3
Sum	169	180	184

Det er til sammen 184 brukere med aktivitets- og arbeidstilbud i 2022. Noen brukere har en kombinasjon av dagaktivitet og arbeid. Kommunen har 10-12 lokasjoner for tilrettelagt arbeid og aktivitet på tvers av alle tjenestenivå og avdelinger i kommunen, i tillegg til noen eksterne plasser.

5 Psykisk helse- og rustjenester

Virksomhet psykisk helse- og rustjenester tilbyr ulike behandlings-, oppfølgings- og omsorgstiltak for personer over 18 år med milde, moderate og alvorlige rus- og psykiske helseutfordringer.

5.1 Status 2022

Samhandlingsreformen har ført til oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Kommunen har fått et økt ansvar for behandling av mildere psykisk helse- og rus og avhengighetsproblemer. Samtidig fører færre døgnplasser og kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten til at kommunen må styrke og utvide sine døgn tjenester. Kommunen får ansvar for innbyggere med et mer komplekst utfordringsbilde, herunder volds- og sikkerhetsutfordringer, utfordrende atferd og nedsatt boevne.

Det er lagt en plan for omlegging av tjenestetilbudet til personer med alvorlige og sammensatte psykisk helse- og eller rusutfordringer. Dette innebærer blant annet å videreutvikle og differensiere virksomhetens ulike botilbud til å kunne ivareta innbyggere med mer komplekse tilstander. Det er identifisert behov for flere private og kommunale boliger for leie og eie slik at flere kan flytte ut av omsorgsbolig og ivaretas i egen bolig med ambulant oppfølging. Det er videre behov for større variasjon, og styrking av innholdet i øvrige tjenester for å kunne møte innbyggernes framtidige behov for psykisk helse og rustjenester. Dette krever en større omlegging av virksomhetens tjenestetilbud.

Status for arbeidet ved utgangen av 2022 er at 10 beboere har flyttet fra virksomhetens omsorgsboliger til egen bolig med oppfølging. Dette har frigjort plasser slik at 7 innbyggere foreløpig har flyttet fra privat omsorgstilbud til kommunale tilbud.

5.2 Aktivitet i tjenesten

Behandlingstilbud for mildere til moderate psykisk helse- og rusutfordringer

Tjenester Mestringstilbud psykisk helse og rus	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall deltakere kurs og grupper		177	833	1869
Antall personer som har mottatt assistert selvhjelp				204
Antall personer som har mottatt individuelt tilbud		367	208	430

Det har vært en stor økning i antall deltakere på kurs og gruppetiltak i Mestringstilbud Rask psykisk helsehjelp i 2022. Bakgrunnen for økningen ses i sammenheng med generell økning i behov i befolkningen, at tilbudet har blitt mer kjent, og med at restriksjonene fra pandemien har opphørt slik at tjenesten igjen har hatt mulighet til å tilby alle kurs og grupper på repertoaret.

Avdelingen har hatt søkelys på folkehelsearbeid og samarbeider med Barne- og familietjenesten i oppvekst om flere tilbud, slik som prosjekt introkurs for videregående skole og kurs for foreldre på barselcafe på Innbyggertorgene.

Det har også vært økende pågang og behov for individuell behandling. Av de 430 som mottok tilbudet er 75 prosent kvinner og 25 prosent menn. Henvendelsene gjelder i hovedsak belastning /stress, angst/depresjon, sorg, pårørende og samliv. Gjennomsnittlig behandlingsforløp er 3.7 samtaler. I 8 prosent av forløpene ble det vurdert at personen hadde mer omfattende behov og personen ble henvist videre til mer langvarig behandling eller oppfølging.

Døgnåpen veiledningstelefon

Døgnåpen veiledningstelefon	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall henvendelser		1203	956	1734

Ved kommunens døgnåpne veiledningstelefon får innbyggere direkte veiledning for å mestre situasjonen eller blir henvist videre til relevante tilbud. En årsak til økning i antall henvendelser kan være endringer på nettsiden til Asker kommune hvor telefonnummeret nå er mer synlig.

Psykososialt kriseteam

Psykososialt kriseteam	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall henvendelser		49	24	55

I 2022 mottok det psykososiale kriseteamet totalt 55 henvendelser, hvorav 52 av disse utløste hjelp. Det er ulike typer hendelser som utløste hjelp: 16 selvmord, 15 brå dødsfall (også barnedød) og 19 hendelser i gruppen alvorlige selvmordsforsøk, vitne til sterke

hendelser, overgrep, vold, brann, ulykke og drukning. Det er en relativt stor økning i behov for kriseteam etter selvmord fra 2021 til 2022.

Lavterskel somatisk helsetilbud

Lavterskel somatiske helsetjenester	2020	2021	Halvår 2022	2022
Feltsykepleien (antall brukere)		120	120	124

Om lag halvparten av pasientene er over 50 år. Ruspasienter får ofte somatiske helseproblemer langt tidligere enn øvrig befolkning og dette er en økende utfordring i målgruppen til Feltsykepleien.

Feltsykepleien har erfart at mange av de som fikk betydelig dårligere rusmestring da værestedene var stengt under pandemien, fremdeles ikke har gjenvunnet tidligere grad av stabilitet og rusmestring.

Aktivitetstilbud og møteplasser

Dagaktivitetstilbud og møteplasser	2021	Halvår 2022	2022
Aktivitetshuset Asker	137	123	121
Aktivitetssenteret Slemmestad	20	26	17
Aktivitetssenteret Tofte	15	17	10
Grindestua rusfri møteplass			ca. 100
Asker gatelag	52	34	37

Aktivitetshuset og -sentrene har hatt en samlet nedgang i antall brukere. Dette handler i hovedsak om brukere som har flyttet, samt endrede behov i målgruppene. Tallene for Aktivitetshuset er imidlertid et øyeblikksbilde. Antall endrer seg gjennom året, og tallet kan derfor være tilfeldig.

Grindestua rapporterer om en økt pågang av besøkende, noe som kan ses i sammenheng med at koronapandemien er over. De fleste aktivitetene på Grindestua ledes av brukere av stedet.

Asker Gatelag har hatt en nedgang i antall deltakere. Dette handler blant annet om at flere har begynt i jobb og annen aktivitet og prioriterer dette. For andre kan manglede oppmøte handle om varierende rusmestring, noe som også er forventet.

Tjenester til hjemmeboende – oppfølgingstjenesten nord og sør

Tjenester psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere helsetjenester psykisk helse (gjennomsnitt per mnd)	480	496	506	506
Ant vedtakstimer helsetjenester psyk helse (gjennomsnitt per mnd)	2203	1687	1841	1809
Ant timer helsetjenester psyk helse per bruker (gjennoms. per mnd)	5	3	4	4

I første halvdel av 2022 har i gjennomsnitt 506 brukere mottatt helsetjenester hver måned, med gjennomsnittlig 4 vedtakstimer hver per måned, til sammen 1809 vedtakstimer

månedlig. Dette er en relativt stor økning i gjennomsnitt per måned fra 2021 hvor det var 1687 vedtakstimer³.

Tjenester rusoppfølging	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere helsetjenester rusoppfølging(gjennomsnitt per mnd)	129	145	130,5	133
Ant vedtakstimer helsetjenester rusoppfølging (gjennomsnitt per mnd)	360	452	374	387
Ant timer helsetjenester rusoppfølging per bruker (gjennomsnitt per mnd)	3	3	3	3

Tabellen viser at det hver måned er 133 brukere med rusproblematikk som får helsetjenester fra virksomheten, en nedgang fra 145 i 2021. De har i gjennomsnitt 3 vedtakstimer per måned, totalt 387 vedtakstimer per måned, altså en nedgang fra 2021.

Oppfølgingstjenestene er i gang med å dreie tjenestetilbudet slik at mer oppfølging skal gjennomføres som gruppetilbud til de med moderate til alvorlige psykisk helse- og eller rusutfordringer. Dette vil føre til mer effektive tjenester både med hensyn til synergieffekt ved gruppeprosess og at flere kan få et kvalitativt tilbud med færre ressurser.

FACT (fleksibel aktiv oppsøkende behandling)

FACT	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall pasienter		117	124	139

Oppfølgingen tilbys innbyggere med alvorlig psykisk lidelse og eventuelt rusproblemer, for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester som er tilpasset den enkelte. Ett FACT-team består derfor av medarbeidere både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det har vært en jevn økning i antall pasienter fra 117 i 2021 til 139 i 2022. Noe av årsaken til økningen i 2022 kan skyldes at FACT har økt sin kapasitet, samt bedre rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om inntak.

Forsterket oppfølgingstjeneste

Forsterket oppfølgingstjeneste	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall henvendelser		157	304	625

Forsterket oppfølgingstjeneste hadde 625 henvendelser knyttet til innbyggere i akutt psykisk krise i 2022, hvilket er stor økning fra 2021 hvor det var 157 henvendelser i løpet av hele året. Henvendelsene kom i hovedsak fra bruker selv (457), fra oppfølgingstjenestene (40) som ledd i brukers mestringsplan og fra legevakt (62). Hovedandelen av henvendelser omhandlet angst, suicidfare, rus, livskriser og sammensatte utfordringer. Den store økningen i henvendelser handler trolig om at tilbudet begynner å bli godt etablert og er bedre kjent blant innbyggere og samarbeidspartnere. Samtidig ser vi et økende behov for tjenester på kveld og helg, blant annet fordi innbyggere skrives ut fra spesialisthelsetjenesten med mer

³ Harmonisering av praksis knyttet til registrering har trolig gitt store utslag på antall vedtakstimer slik at tallene for 2020 og 2021 ikke nødvendigvis er sammenliknbare.

omfattende og sammensatte behov enn tidligere. Det ses en særlig økning blant eldre og tilbudet ser ut til å forebygge behov for mer omfattende tjenester.

Boliger

Bolig med bemanning	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall som bor i omsorgsbolig pr 30.06 og 31.12	105	110	109	106

106 brukere bodde i kommunale boliger med døgn tjenester pr 31.12.2022. Boligene har heldøgnbemanning, og er av ulik størrelse og utforming. Bakgrunnen for nedgangen er at boligene står tomme i en kortere periode etter at beboere har flyttet ut, før boligen er klargjort for innflytting av nye beboere.

Virksomheten gir ambulans oppfølging til beboere i flere botiltak med baseleiligheter, som både kan fungere som felles samlingspunkt og hvor det kan gis tjenester (Skustadgata, Skoleveien, Skoledalen og Slottsberget). Disse boligene er ikke inkludert i tabellen.

Koordinator og individuell plan

Tjenester psykisk helse og rus	2020	2021	2022
Antall brukere koordinator uten IP	114	77	94
Antall brukere individuell plan	60	67	67

Mange brukere av psykisk helse- og/eller rustjenester har sammensatte utfordringer og behov, og mottar flere tjenester fra ulike tjenestenivåer. BrukerPlan kartlegger personer med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske helseproblemer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Nasjonale resultater fra 2020 viste at brukerne mottok mellom 6 og 10 ulike tjenester, flest for dem med dårligst levekår og alvorlige lidelser. Det er grunn til å tro at disse tallene er gjeldende også for Asker. Utarbeidelse av individuell plan og koordinering av tjenester er dermed en vesentlig oppgave for medarbeidere i psykisk helse og rustjenester. Selv om det er mange brukere av psykisk helse- og rustjenester i Asker som har koordinator (94) og individuell plan (67), er det likevel en relativt lav andel av totalt antall brukere av psykisk helse- og rustjenestene. Det er en målsetning å få økt dette antallet

6 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten omfatter hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistent (BPA), støttekontakt, individuell avlastning, hukommelsesteam og kreftkoordinator. Virksomheten yter tjenester til innbyggere over 18 år. Hjemmesykepleien er inndelt geografisk i 8 avdelinger med drift på dag og kveld, og natt-tjenesten som er samlet i en avdeling. Tverrfaglig avdeling med hukommelsesteam, kreftkoordinator og spesialsykepleiere yter

tjenester på tvers av avdelingene i tillegg til innbyggerrettede tjenester uten vedtak. Individuell avlastning til personer med demens er organisert i tverrfaglig avdeling.

6.1 Status 2022

Avlastningstilbud til pårørende

Hjemmetjenesten har etablert tilbud om individuell avlastning for pårørende til personer med demens. Det er ansatt en koordinator som har ansvar for denne tjenesten. Det testes ut ulike modeller for tilbudet om avlastning, både som en individuell tjeneste og som gruppetilbud. Dette er nybrottsarbeid og krever kontinuerlig tilpasning til pårørendes behov. Flere ordninger med avlastning er nå i drift, men tilbudet er fortsatt i etableringsfasen⁴.

6.2 Aktivitet i tjenestene

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere hjemmesykepleie (gjennomsnitt per mnd)	1380	1411	1451	1429
Ant vedtakstimer hjemmesykepleie (gjennomsnitt per mnd)	18981	19568	20679	20199
Ant vedtakstimer hjemmesykepleie per bruker (gjennomsnitt per mnd)	14	14	14	15

Gjennomsnittlig 1429 personer har mottatt hjemmesykepleie hver måned i 2022. Det er økning på 18 personer sammenlignet med 2021. De har i gjennomsnitt 15 vedtakstimer hver. Totalt har hjemmesykepleien 20199 vedtakstimer som skal leveres hver måned. Etter gjennomføringen av Samhandlingsreformen i 2012 har etterspørselen etter hjemmesykepleietjenester økt fra år til år. Kompetansen og tilbudet som hjemmesykepleien har utviklet de senere årene, gjør at kommunen er rustet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra våre lokalsykehus. Det forventes og legges opp til en fortsatt økning av behov for hjemmesykepleietjenester gjennom fokus på forebygging, tidlig innsats og at innbyggerne skal kunne bo lengre i eget hjem.

Brukerstyrt personlig assistanse

BPA	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere >= 18 år	68	61	60	62
Antall timer (beregnet) brukere >= 18 år	16427	16653	14868	15467
Snitt antall timer per bruker per måned	242	273	250	248

Det er 62 personer som har brukerstyrt personlig assistanse, BPA, i gjennomsnitt per måned. I gjennomsnitt har hver av disse 248 vedtakstimer, en reduksjon på 25 timer i gjennomsnitt per bruker fra 2021. Totalt har kommunen 15467 vedtakstimer per måned. Etter rettighetsfestingen av BPA i 2015 har etterspørselen etter BPA-tjenester økt.

⁴ Se sak 0038/22 behandlet i utvalg for velferd 27.09.2022

Hjemmetjenesten og velferdsforvaltningen har jobbet med å harmonisere tjenesten, da det har vært til dels store forskjeller i de tre gamle kommunene.

Støttekontakt

Støttekontakt	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere støttekontakt(gjennomsnitt per måned)	593	580	556	546

Tabellen viser gjennomsnittlig antall brukere per måned som har vedtak på støttekontakt. I 2022 hadde 546 brukere støttekontakt, en liten nedgang på 34 brukere fra 2021. Årsaken til dette er at det siden 2020 har vært vanskelig å rekruttere støttekontakter.

Tilbud om støttekontakt gis til de som mangler nettverk eller av en annen grunn trenger hjelp til å ha en aktiv og meningsfull fritid. Det finnes tilbud om både individuell støttekontakt og støttekontakt i gruppe. De fleste som får denne tjenesten, har utfordringer innenfor psykiske helse/rus eller er personer med nedsatt funksjonsevne.

I 2022 har hjemmetjenesten deltatt i et samarbeidsprosjekt med Bærum sykehus om digital oppfølging av pasienter med sår. Foreløpig har prosjektet få resultater å vise til, men arbeidet videreføres i 2023.

Hjemmetjenesten har i 2022 jobbet målrettet med at alle ansatte skal forstå behovet for dreining i tjenesten. Det jobbes med harmonisering og likeverdige tjenester i samarbeid med spesielt velferdsforvaltningen, som grunnlag for en felles innsats ifr innsatstrapp og boligtrapp, Model for frivillighet, pårørendesatsning osv. Arbeidet skjer gjennom bred involvering og medvirkning av alle ansatte.

7 Tjenester til eldre- heldøgnsomsorg

Heldøgns omsorgstjenester ligger øverst på kommunens innsatstrapp og gir tjenester til de som har størst og mest omfattende behov for bistand. Virksomheten har et variert tilbud av omsorgsboliger og sykehjemsplasser, samt dagsenter for eldre.

7.1 Status 2022

Heldøgnsomsorg 1

Heldøgnsomsorg 1 har hatt fokus på å etablere 23 nye langtidsplasser for personer med demens ved Solgården bo- og omsorgssenter avdeling 4. Det er trinnvis opptrapping av disse plassene noe som også henger sammen med rekruttering til stillinger ved avdelingen.

Virksomheten har jobbet strategisk med utvikling av fagteamet til å gjelde også en ambulerende del som sikrer sykepleiefaglig oppfølging 24/7 rettet spesielt opp mot omsorgsboligene i virksomheten. Fagteamet går på topp noe som gjør at sykepleierne har fokus på sykepleiefaglige oppgaver. Rekruttering til disse stillingene har vært vesentlig.

Søndre Borgen Helsehus akutt og korttid planlegges med innflytting av pasienter høsten 2023. I 2022 er det fokusert på forberedelser og planlegging av helsehuset.

Heldøgnsomsorg 1 har et rekrutteringsteam bestående av ledere. Teamet erfarer at dette styrker og effektiviserer rekrutteringsprosessen, noe som er avgjørende i en tid hvor det er utfordrende å rekruttere helsepersonell. Prosjektet «En god dag på jobb» er innført som et arbeidsverktøy med tanke å få bedre arbeidsflyt, øke motivasjon og minske sykefravær i den hensikt å ivareta et arbeidsmiljø i en aktiv og hektisk arbeidshverdag.

Aktivitet og kulturtilbud. Det har vært økt fokus på fysisk aktivitet og kulturtilbud til brukergruppene i virksomheten. «Gullbaren» ved Gullhella bo- og omsorgssenter åpnet ved hjelp av frivillige engasjement og initiativ.

Frivillighetens år. Flere avdelinger har knyttet til seg frivillige og virksomheten har hatt eget prosjekt med Nesbru videregående skole der elever har vært frivillige på avdelinger med personer med demens.

Heldøgnsomsorg 2

Heldøgnsomsorg 2 har hatt særlig fokus på oppstart av Tørn- og heltidskulturprosjektet i virksomheten. Pilot Tørn har vært gjennomført på en avdeling på Hurum bo- og omsorgssenter i 2022. Pilot heltidskultur startet høsten 2022 med kartlegginger og planleggingsarbeid. Det skal gjennomføre pilot for heltidskultur i hele virksomheten i 2023 og 2024. Les mer om TØRN i kapitel 9.

Systematisk fag- og kvalitetsarbeid har hatt høyt fokus. Opplæring og innføring av KlinObs trinn 1 og 2 er gjennomført i hele virksomheten i 2022. KlinObs er viktig grunnkompetanse før innføring av Tørn. Det er også igangsatt en arbeidsgruppe i Heldøgnsomsorg som skal jobbe med implementering av gode og harmoniserte pasientforløp på korttidsavdelingene.

Vi ønsker å skape levende hus, hyggelige aktiviteter og gode generasjonsmøter. Godt samarbeid med frivillige er viktig for å lykkes med dette arbeidet, og det arbeides godt med rekruttering. Virksomhetens aktivitet- og kulturkonsulenter organiserer konserter, malestunder, generasjonsmøter og markeringer av ulike merkedager. Det jobbes med å videreutvikle konseptet "aktiv omsorg" i HO2, og det er ansatt ny fysioterapeut ved HBO, og aktivitet og kulturkonsulent ved avdeling Spikkestad omsorgsboliger og Bølstadsenteret. Det er etablert miljøkontakter i piloter på 2 avdelinger på Bråset i 2022. Det vil bli innført miljøkontakter på alle avdelinger når pilotene er gjennomført.

Hurum bo- og omsorgssenter har hatt sitt første hele driftsår. Det er jobbet mye med å innarbeide gode rutiner for drift, kvalitet og samhandling på huset. Dette er et åpent hus og pårørende, frivillige og innbyggere har tatt huset i bruk. Det er gjennomført mange arrangement og aktiviteter i 2022.

Sentralkjøkkenet på Hurum bo- og omsorgssenter startet produksjon av mat i mars. I 2022 er det produsert mat til Hurum bo- og omsorgssenter, dagaktivitetstilbudet og flykninger innkvarteringen på Filtvet. I 2023 skal Sentralkjøkkenet også produsere mat til Bråset bo- og omsorgssenter, Spikkestad omsorgsboliger og Bølstadsenteret.

7.2 Aktivitet i tjenesten

Dagaktivitetstilbud for eldre og personer med demens	2020	2021	Halvår 2022	2022
Dagaktivitetstilbud antall brukere (gjennomsnitt per måned)	188	220	240	233
Dagaktivitetstilbud antall timer (gjennomsnitt per måned)	5850	7107	7377	7498
Antall timer(gjennomsnitt per måned)	31	32	31	32

Hver måned har 240 eldre og personer med demens dagaktivitetstilbud, i gjennomsnitt 32 timer per måned.

Det overordnede målet for tjenesten er å gi brukerne stimulering og motivasjon til å opprettholde egenomsorgen, slik at de kan bo lengre hjemme og gi pårørende avlastning i omsorgssituasjonen. Dagaktivitetstilbudene retter seg mot hjemmeboende personer med demens sykdom og seniorer som har behov for dette tilbudet. Dagaktivitetstilbudene har fokus på aktivitet, kultur, ernæring og mestring under oppholdet. Med økt levealder og et mål om at eldre skal bo lengst mulig hjemme, vil dagaktivitetstilbudet være særdeles viktig for å oppnå dette. De fleste har tilbud en dag i uken.

Kommunal akutt døgnhet (KAD)

KAD	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere	324	431	221	418
Antall liggedøgn	1528	2128	1048	2005
Gjennomsnittlig liggetid	4,7	4,6	4,7	4,8
Beleggsprosent	47 %	68 %	64 %	61 %

Kommunal akutt døgnhet (KAD) har ni plasser, hvorav en av plassene er forbeholdt personer med rus- / psykiatriutfordringer. I noen situasjoner bruker kommunen KAD-plassene til ordinære korttidsplasser. Det har ikke vært behov for å belegge KAD plasser med korttidsplasser i 2022.

Det har vært en liten nedgang i antall brukere og antall liggedøgn fra 2021 til 2022, fra 431 til 418 brukere. Gjennomsnittlig liggetid er 4,8 dager. Beleggsprosenten er 61% en nedgang fra 2021. Det observeres at pasienter som legges inn på KAD har høy skrøpeligheit og sammensatt sykdomsbilde. Mange har behov for korttidsplass etter et KAD opphold.

Omløpshastighet (gjennomsnittlig liggetid) korttidsplasser	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere på korttid	732	753	520	900
Snitt ant. liggedøgn per bruker	28	35	28	31

Tabellen viser antall brukere som har benyttet ordinære korttidsplasser. Antall brukere på korttidsplass har økt fra 753 i 2021 til 900 i 2022. Dette skyldes i hovedsak pandemien

Det har vært en nedgang i gjennomsnittlig omløpshastighet. Antall liggedøgn per bruker er redusert fra 35 i 2021 til 31 i liggedøgn i 2022.

Et systematisk arbeid med å differensiere korttidsplasser, sikre at brukere får riktig dimensjonerte tjenester og tett oppfølging på tjenestested, er en forutsetning for å øke effektiviteten på korttidsplasser.

For å oppnå en kort liggetid på kommunens institusjoner og effektivitet rundt dette er man avhengig av at pasientene er godt utredet og ferdigbehandlet fra spesialisthelsetjenesten. Mange av pasientene som kommer på korttidsplass fortsetter behandlingen når de er utskrevet til kommunen. Samtidig opplever korttidsinstitusjonene at pasientene som har sammensatte og kompliserte sykdomsforløp krever mere spesialisert behandling og oppfølging.

8 NAV

Samfunnsoppdraget til ANV er «Færre på stønad og flere i arbeid». NAV sine hovedmålgrupper er unge under 30 år, innvandrere og mennesker med nedsatt arbeidsevne.

8.1 Status 2022

Første halvår var preget av ettervirkningene av høy ledighet, men med en relativt stabil brukermasse på sosialhjelp. Geopolitiske hendelser og kostnadsøkning har preget Norge i andre halvår, samt en prisstigning og et kostnadsnivå som har slått voldsomt ut på behovet for bistand hos NAV kontoret, og med en økende fattigdom. Det er økt barnefattigdom og flere familier i behov av bistand. Det er også flere som søker nødhjelp, flere brukere som trenger økonomiske råd og veiledning og midlertidig bolig enn tidligere. De økende utfordringene kommer samtidig med at kommunen bosetter et høyt antall flyktninger som også skal ha oppfølging.

Høsten 2022 hadde NAV Asker tilsyn av Statsforvalter om kartlegging av barns behov på sosialhjelp, dette har medført endringer i rutiner, kompetanseøkning av ansatte og oppfølging og mer ressursbruk rettet mot denne kartleggingen. NAV kontoret jobber nå tverrfaglig for å øke familiefokuset og kompetansen på alle fagområder.

Av Asker kommunes innbyggere har ca. 20 % innvandrerbakgrunn. De fleste er arbeidsinnvandrere, men flere kommer fra land utenfor EØS. Mange med innvandrerbakgrunn har med seg manglende eller ingen utdanning og strever på arbeidsmarkedet.

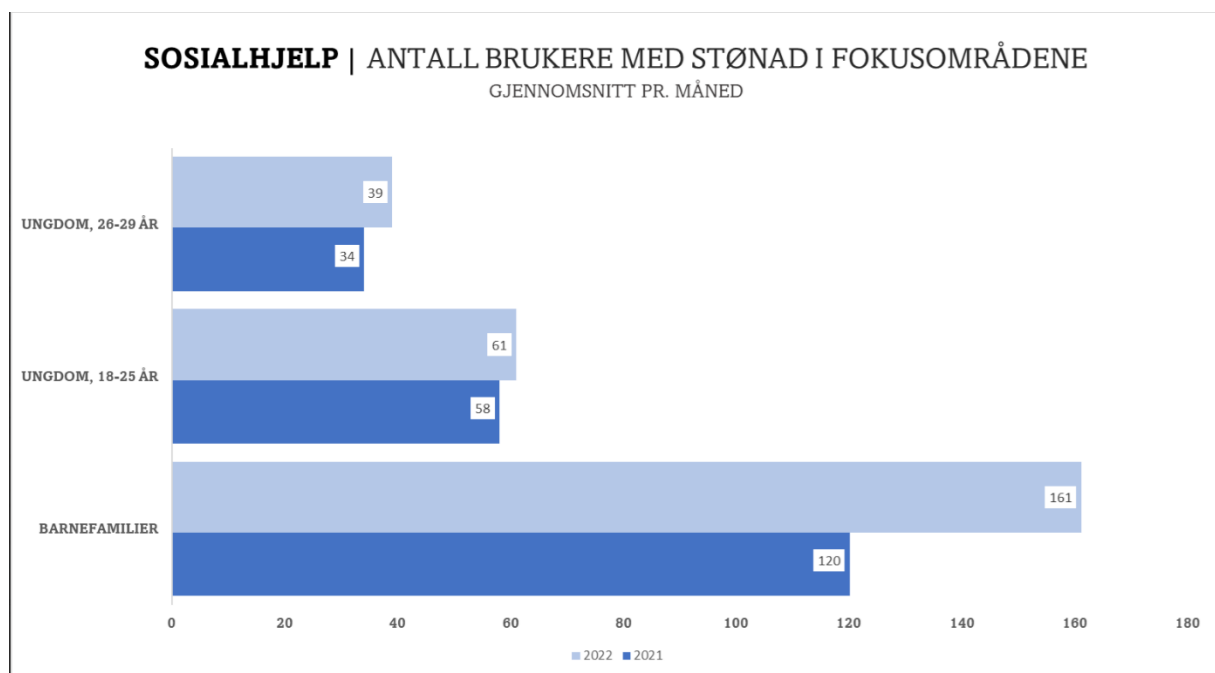
8.2 Aktivitet i tjenesten

Sosialhjelp

NAV opplever et økende antall personer med helserelaterte ytelser og sosialhjelp sammenliknet med 2021. Økonomisk sosialhjelp er en stønad som gis fra NAV til personer som ikke er i stand til å sørge for eget livsopphold.

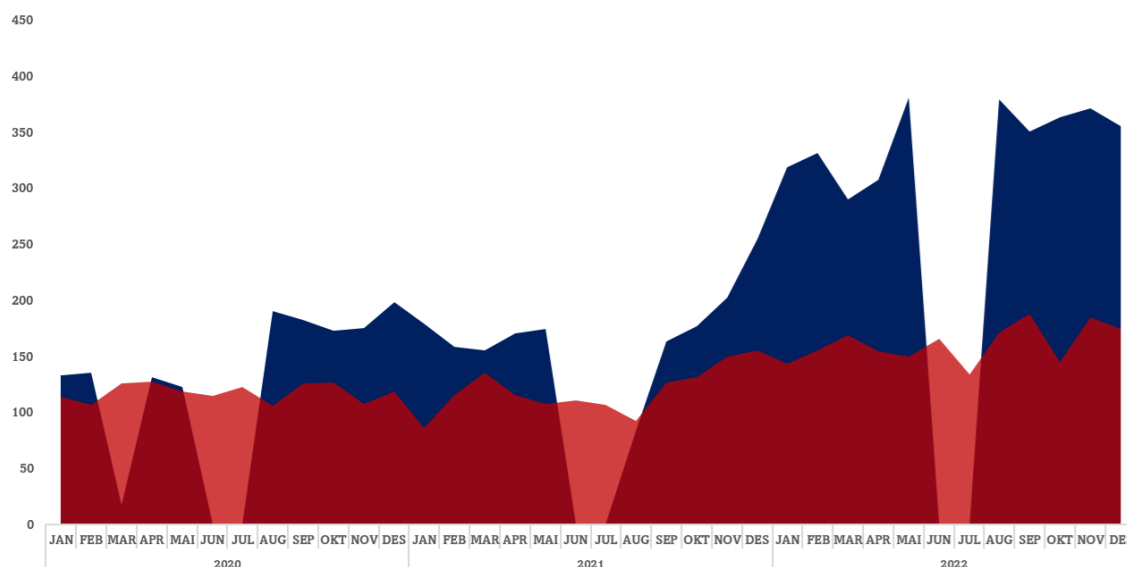
Figur 2 viser at det er blant barnefamilien man finner den største økningen i stønadsmottakere. I 2022 var det 161 familier i gjennomsnitt per måned som mottok sosialhjelp. Dette innebærer en markant økning sammenliknet med fjoråret, hvor antallet var 120.

De familiene som får mest støtte fra NAV, er familier med barn som lever i vedvarende lavinntekt. Dette er bekymringsfullt, og må ses i sammenheng med generell kostnadsøkning i samfunnet. Det er viktig at alle barn får samme mulighet til fritidsaktiviteter. Derfor får barn under 18 år får dekket en gratis fritidsaktivitet per år når de mottar sosialhjelp. Utviklingen i barnefattigdom vil på sikt utgjøre store kostnader for samfunnet, og økt utenforskap hvis dette ikke reduseres.



Figur 2: Antall gjennomsnittlige mottakere pr måned av sosialhjelp 2021 og 2022

BARNEFAMILIER | AKTIVE OG STØNADSMOTTAKERE



Figur 3: Figuren over viser utvikling av stønadsmottakere blant barnefamilier 2021-2022. Det røde feltet viser antall barnefamilier som har mottatt sosialstønad i den aktuelle måneden. De blå feltet, som skjuler seg delvis bak det røde, viser aktive brukere. En bruker regnes som aktiv dersom det er seks måneder eller mindre siden det skjedde noe av betydning i saken til vedkommende, typisk søknad om eller mottak av sosialhjelp. Det er en sterk vekst i aktive brukere i fra 2021 – 2022.

Unge under 30 år som trenger langvarig hjelp av NAV har gjerne store utfordringer innfor rus og psykisk helse. De strever med å fullføre utdanning og stå i jobb over tid. NAV ser at flere enn tidligere strever med sin psykiske helse, og det er hovedårsaken til utenforskap. 82% av alle ungdommer på arbeidsavklaringspenger har en psykisk diagnose. NAV samarbeider med flere relevante tjenester; som psykiske helse og rus, barnevernet, DPS og oppfølgingstjenesten i Viken i tillegg mange arbeidsgivere som gir de unge en ny mulighet.

NAV Asker jobber i stadig økende grad med forebyggende arbeid. NAV har to rådgivere som jobber i den videregående skolen ("NAV i skolen") og det er etablert en satsning som heter Jobbsentralen der man følger opp unge som ikke er tilmeldt NAV, men som ønsker hjelp til å skaffe arbeid via sosiale medier eller på innbyggertorget i Asker sentrum. NAV har også en rådgiver som følger opp elever som trenger tette oppfølging (ungdomslos). Jobbsentralen og ungdomslos var finansiert av henholdsvis Statsforvalteren og Bufdir, men som nå må egenfinansieres hvis tilbudet skal fortsette.

Psykisk uhelse blant ungdomsgruppen var og er en stor utfordring i 2022 som øker framover.

Elveplassen – midlertidig botilbud

Kommunen er pliktig til å finne midlertidig botilbud for brukere som ikke klarer dette selv, jf. Lov om sosiale tjenester i NAV § 27. Dette er brukere som ikke har et sted å bo kommende

natt. NAV har i 2022 opplevd et økt behov for midlertidig botilbud. Det har ikke vært tilstrekkelig med plassene på Elveplassen. Tilbudet skal være midlertidig og helst ikke benyttes over 3 måneder. Det er de med sammensatte tverrfaglige behov som får tilbud om plass på Elveplassen.

Det har i 2022 vært en økning av brukere som har behov for midlertidig botilbud fra NAV og i som overgår kapasiteten til Elveplassen. Det har vært utfordrende å finne egnet og raskt botilbud i kommunen, men her samarbeides det tett med Velferdsforvaltningen og eiendom for å se på mulige tiltak.

9 Kompetanse og kvalitet

For å kunne møte utfordringer som Asker kommune står overfor i fremtiden må tjenesteområdet velferd satse på kunnskap, forskning og kvalitetsforbedringer for å kunne leverer trygge og pasient sikre tjenester. Denne jobben koordineres gjennom FOU (forskning, opplæring og utvikling) velferd, tilknyttet Seil (Senter for innovasjon og læring). Les mer om Seil i vedlegg 1.

9.1 Kompetanseheving og innovasjon

Videre presenteres noen større prosjekter som går på tvers av virksomhetene i velferd.

CRPD (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

Asker har deltatt som pilotkommune gjennom statsforvalter i arbeidet med implementering av CRPD i kommunen. Den skal sikre likestilt respekt for gjeldende sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter.

Velferd og oppvekst samarbeider om å utvikle kurs og kompetanseheving i kommunen.

Prosjekt "Pårørende skal bli sett, hørt og møtt"

Helsedirektoratet innvilger tilskudd på 735 000 kroner til prosjektet "Pårørende skal bli hørt, sett og møtt». Prosjektet er et samarbeid mellom Eldrerådet, Innbyggertorgene, Velferd, SEIL, Velferdsforvaltningen, Frivillighetssentralene, Naku-Hel og Pårørendealliansen. Målet med prosjektet er å utvikle en modell som bidrar til å styrke kvaliteten på tjenestene til pasienter/brukere gjennom systematisk samarbeid med pårørende for å bedre støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver, forbedre deres situasjon og bidra til å forebygge at de utvikler egne helseplager. Modellen blir til gjennom en kartlegging og pilotering av behov og ønsker fra pårørende i kommunen.

Prosjekt TØRN

Prosjektet er et tiltak under Kompetanseløft 2025, og er et virkemiddel for å nå intensjonene i Leve hele livet- reformen. Asker kommune er en av pilotkommunene i dette prosjektet som koordineres av KS. Utviklingsarbeidet skal bidra til en mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Dette utviklingsarbeidet går ut på å prøve ut en ny oppgavedeling og organisering av arbeidet. Det er to virksomheter som har deltatt så langt; Heldøgnsomsorg 1 og Tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne. Pilotperioden i ble avsluttet i 2022 og implementeringsarbeid er iverksatt. Ny pilot er igangsatt i hjemmetjenesten.

Prosjektet omfatter kompetanseheving innen:

- Strategisk kompetansekartlegging som grunnlag for videre arbeid med oppgavedeling og kompetanseutvikling. Som et av tiltakene i oppgavedeling og kompetanseutvikling benyttes kompetansemodellen KlinObs kommune. Hensikten er å styrke observasjons og vurderingskompetanse his helsepersonell.
 - Kartlegging av oppgaver og nåværende oppgavedeling mellom faggrupper, og endring av oppgavedeling
 - Endringsledelse og atferdsendring som følge av ny oppgavedeling
 - Bemanningsledelse
 - Utvikling av nye arbeidstidsordninger/turnus som bidrar til heltidskultur
 - Analyse og gevinstrealisering
- Prosjekt heltidskultur

For at Asker kommune skal være en attraktiv arbeidsgiver som tiltrekker seg og beholder tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft er det igangsatt prosjekt Heltidskultur. Piloter er igangsatt i heldøgnsomsorg 2. Pilotavdelinger innen Tørn og heltidskultur skal utveksle erfaringer og analysere avhengigheter.

9.2 Avviksrapportering

Hvis en hendelse bryter med krav satt i lov og forskrift, interne prosesser eller bestemmelser, så regner vi dette som avvik. Typiske eksempler på avvik kan være at ansatte får en arbeidsrelatert skade eller at ansatte ikke følger retningslinjene for legemiddelhåndtering.

Hensikten med avviksrapportering er å få dokumentert tilfeller der internkontrollen ikke fungerer godt nok, for eksempel fordi en risiko ikke var oppdaget, fordi en rutine ikke ble fulgt eller fordi personalet manglet trygghet eller prosedyre for hvordan en situasjon skulle håndteres. At eventuelle avvik blir rapportert er avgjørende for å identifisere områder der det bør settes inn forbedringstiltak. Derfor jobbes det i Asker kommune for at ansatte skal være trygge på at det er positivt at de melder avvik og at meldte avvik behandles på en god og ryddig måte. Avvikstilfellene blir også enkeltvis og aggregert benyttet til læring og

utvikling i et systematisk forbedringsarbeid i praksisfeltet og i fag og kvalitetsråd på avdelingsnivå, virksomhetsnivå og for hele velferdsområdet.

Avvikshåndtering

Registrering og oppfølging av avvik og forbedringer er et viktig verktøy for systematisk og kontinuerlig forbedring av kommunens tjenester og prosesser. Internt skal avvik og forbedringsforslag meldes inn via kvalitetsystemet (Simpli) Hver enkelt medarbeider er ansvarlig for å identifisere og registrere hendelser og forbedringsforslag,

Avvik på samhandlingsrutiner med spesialisthelsetjenesten meldes vanligvis gjennom Vestre Vikens elektroniske avvikssystem jf. avsnitt om samhandlingsdata.

Eksternt skal avvik og forbedringsforslag meldes til Simpli via kommunens nettsider. Kommunen skal legge til rette for at kommunens tjenester utvikles i dialog med innbyggerne og brukerne.

Behandling av avvik

Normalt vil saksbehandler være nærmeste leder til den som har registrert hendelsen.

Saksbehandler skal:

- Gjennomføre årsaksanalyse.
 - For registreringer som er definert som et avvik skal de bakenforliggende årsakene at avvik har oppstått alltid identifiseres, dokumenteres og elimineres. Dette gjøres primært i avvikssystemet, men også i relevante fagsystem. Korrigerende tiltak legges deretter inn i avvikssystemet for oppfølging.
- Vurdere om det er avvik det vil si at krav ikke er oppfylt
 - Kravene kan være satt i form av lover, forskrifter, politiske og administrative vedtak, eller dokumenterte standarder i ledelsessystemet (prosesser/prosedyrer/rutiner).
- Rette opp avvik. Avvik kan gjelde dokumentasjon, etterlevelse/ praksis eller begge deler.
- Kategorisere type sak og fyller ut informasjon i relevante faner.
- Utføre en totalvurdering av hendelsen og sette alvorlighetsgrad og eventuell kostnad.
- Vurdere å tilordne tiltak til andre (eventuelt også til andre enheter).
- Vurdere om sak er arkiverdig og i så fall videresende sake til P360 mailboks.
- Kontakte innbygger dersom saken stammer fra innbygger og innbygger har bedt om tilbakemelding skal saksbehandler.

Rapporterte avvik følges opp så raskt som mulig i henhold til alvorlighetsgrad og senest innen 14 dager.

Oppfølging av avvik

Saksbehandler følger opp at alle tiltak gjennomføres. En sak kan ikke lukkes før alle tiltak er utført og lukket.

Etter at tiltak er gjennomført er det viktig å følge opp at tiltaket har hatt den ønskede effekten og det er mulig å planlegge etterkontroll (verifisering). For saker som er vurdert som alvorlig er det obligatorisk å gjennomføre etterkontroll av at tiltakene har virket.

Ved melding fra innbygger, gir saksbehandler innbygger tilbakemelding og sjekker om innbygger er fornøyd med tilbakemeldingen.

Lukking av avvik

Etter at tiltakene er gjennomført kan saksbehandler lukke saken. For saker som er vurdert som alvorlige må det verifiseres at tiltakene har virket før saken lukkes.

Statistikken i systemet vil over tid vise trender som gir grunnlag for et målrettet forbedringsarbeid i et lengre perspektiv.

Oppsummering av rapporterte avvik innenfor kvalitet og HMS

Høsten 2021 ble det igangsatt et systematisk arbeid i alle virksomheter med kvalitetsforbedring av avvikshåndtering. Dette innebærer opplæring av ledere og ansatte og utarbeidelse av ny veileder og internkontrollrutiner samt forbedring av funksjoner i kvalitetssystemet Simpli. Dette har medført en økning i registrerte avvik. Økningen er først om fremst i kategorien lav og middels alvorlighetsgrad.

I 2022 har det blitt registrert 3106 avvik. Dette er en økning fra 2021 da det ble rapportert 2055 avvik. Det er en liten andel av rapporterte avvik som vurderes til å være av høy alvorlighetsgrad. Det er 0,52 % som vurderes som alvorlige avvik, 34,5 % som er av middels alvorlighetsgrad og 65 % som er av lav alvorlighetsgrad. Årsaken til økningen er økt fokus på kvalitet og melding av HMS hendelser, samt endring i rutinene for registrering.

Rapporterte avvik	Alvorlighetsgrad Høy		Alvorlighetsgrad Middels		Alvorlighetsgrad Lav		Ikke gradert		Totalsum
	antall	prosent	antall	prosent	antall	prosent	antall	prosent	
2020	15	1,2	263	21,1	961	77,3	3	0,2	1242
2021	4	0,2	475	23,1	1552	75,2	24	1,2	2055
2022	16	0,52	1071	34,5	2018	65	1	0,03	3106

Under presenteres de mest relevante avvikskategoriene som tabeller. Hver kategori er også delt inn i alvorlighetsgrad. Tallene må sees i sammenheng med pandemien, samt en økt satsning på avvik og kvalitetsarbeid.

Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering	Alvorlighetsgrad Høy	Alvorlighetsgrad Middels	Alvorlighetsgrad Lav	Totalsum
2020	5	94	602	702
2021	2	186	886	1074
2022	5	261	939	1205

Til sammen er det meldt inn 1205 avvik på legemiddelhåndtering. Av avvikene som er rapportert på legemiddelhåndtering er det kun en svært liten andel som anses for å være av høy alvorlighetsgrad (5 stk).

Det jobbes kontinuerlig med opplæring i håndtering av legemidler innen hele velferd. Dette er også et område hvor ansatte er bevisst på at det må meldes avvik når rutineene ikke har blitt fulgt, ikke minst fordi det kan gi alvorlige konsekvenser for tjenestemottaker.

Fall

Fall	Alvorlighetsgrad Høy	Alvorlighetsgrad Middels	Alvorlighetsgrad Lav	Totalsum
2020	0	17	19	36
2021	0	6	15	21
2022	0	1	4	5

Fallforebygging har stort fokus i virksomhetene. Tallene gjengitt i tabell 32 er de fallene som er registrert som avvik – det vil si der hvor fall kunne vært unngått. Det har vært en nedgang fra 21 avvik i 2021 til 5 avvik i 2022. Ingen med høy alvorlighetsgrad

Fallhendelser (ikke avvik)

Det er registrert 434 fallhendelser i 2022, men kun et av fallene er registrert som avvik med middels alvorlighetsgrad (kunne vært unngått).

Fallene har i hovedsak skjedd i heldøgnsomsorg, der ansatte i stor grad er til stede og kan fange opp det som skjer. Det kan tenkes at det er noe underrapportering av fall hos brukere som bor hjemme fordi det ikke fanges opp, dersom ikke fallet fører til skade eller bruker selv sier ifra. Et fall kan føre til alvorlige konsekvenser for den enkelte som reduksjon i funksjonsevne, smerter og forringet livskvalitet. Fallforebygging noe som er høyt prioritert innen velferd og som det har vært jobbet systematisk med i flere år. Det er etablert gode rutiner for vurdering av risiko for fall og alle som får vedtak om tjenester skal vurderes for mulig fallrisiko.

I 2022 ble det registrert 429 fall av medisinske årsaker (ikke avvik). Av disse hadde 318 lav alvorlighetsgrad, og 111 middels alvorlighetsgrad. Det var ingen fall med høy alvorlighetsgrad i 2022. Det er en nedgang i rapporterte fall fra 2021 til 2022.

Trusler om vold

Trussel om vold	Alvorlighetsgrad Høy	Alvorlighetsgrad Middels	Alvorlighetsgrad Lav	Totalsum
2020	0	3	7	10
2021	0	22	27	49
2022	2	56	56	114

For kategorien «Trusler om vold» er det rapportert 2 alvorlige avvik. Totalsummen for registrerte avvik 2022 har økt med 133% fra året 2021. En mulig årsak kan være at det har blitt enklere å rapportere disse kategoriene i kvalitetssystemet. Fra september 2021 ble det i kvalitetssystemet opprettet to nye innmeldingsknapper «Trussel om vold» og «Påført voldsskade». Når ansatte benytter seg av innmelding av sak via disse knappene er noe av saksbehandlingsprosessen ferdig utfylt.

Påført voldsskade

Påført voldsskade	Alvorlighetsgrad Høy	Alvorlighetsgrad Middels	Alvorlighetsgrad Lav	Totalsum
2020	1	9	7	17
2021	0	8	64	72
2022	0	142	139	281

Det er meldt til sammen 281 avvik knyttet til vold 2022 en økning med 290 % fra 2021. Det er en særlig økning i avvik med middels alvorlighetsgrad. Ingen er av høy alvorlighetsgrad. De fleste situasjonene med vold eller trusler om vold skjer i samhandlingssituasjoner med brukere. Det er flere årsaker til at dette kan skje bla. psykisk helse og rus eller kognitiv svikt som kan gi utfordringer i kommunikasjon og samhandling. Ansatte som blir utsatt for vold og trusler følges opp etter retningslinjene i tråd med kvalitetssystemet. Den store økningen i antall voldshendelser skyldes blant annet økt fokus på kvalitet og viktigheten av å melde avvik, samt endrede rutiner i hvordan avvik registreres.

10 Digitalisering og velferdsteknologi

Velferdsteknologi er aktuelt i alle trinn i innsatstrappen; fra hjelpemidler i hjemmet, til lokaliseringstøtte for personer med kognitive utfordringer og digitalt tilsyn ved institusjoner.

Arbeidet med å innføre og utvikle velferdsteknologiske løsninger i Asker ledes av Senter for innovasjon og læring (Seil). Les mer om Seil og velferdsteknologi i vedlegg 1.

Velferdsteknologi – tildeling

Velferdsteknologi per 30.06 og 31.12.	2020	2021	Halvår 2022	2022
Trygghetsalarm antall	1330	1373	1447	1405
Brann- og røykvarsling i tilknytning til trygghetsalarm antall	288	247	211	156
E-lås antall	1335	1357	1497	1455
GPS antall	12	2	9	9
Medisindispensere antall	92	107	115	117

Antall tildelte trygghetsalarmer, e-lås, GPS og medisindispensere har økt fra 2021 til 2022. Lokaliseringstjenesten GPS og digital medisineringsstøtte er nå i ordinær drift. GPS har hatt lav etterspørsel og skalerer ikke i forhold til forventningene ettersom etterspørselen har vært lav. Det sees også at flere henvendelser heller dreier seg om mobil trygghetsalarm og/eller fallalarm. Medisineringsstøtte skalerer i drift og det jobbes med lederforankring og oppfølging av tjenestene.

Status for ulike velferdsteknologiske tiltak i kommunen

Oversikten under gir en beskrivelse og status for implementering av ulike tiltak innen velferdsteknologi.

Tiltak	Beskrivelse	Status
eRom	Tilpasset pasientjournal for bolig/institusjon på nettbrett. Totalt skal 300 nettbrett ut i HO1, HO2 og Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse	Prosjekt i gjennomføringsfase. Planlagt ferdigstilt første halvår 2023.
Digital hjemmeoppfølging	Følge opp pasienter i eget hjem.	REGIONALT: Søkt og tildelt midler fra Helsedirektoratet. Kr. 1,1 millioner sammen med Drammen, Lier og Bærum kommuner, Vestre Viken HF. Prosjektoppstart høst 2022. LOKALT: Godkjent prosjektforslag vår 2022. Prosjektoppstart høst 2022.
Nasjonale løsninger innen legemiddelområdet: - pasientens legemiddelliste - E-resept med forskrivningsmodul	Arbeidet organiseres og følges opp av blant annet Direktoratet for e-helse. Asker kommune følger det nasjonale arbeidet med innføring og uttesting.	Løsningene for legemiddeloppfølging er ferdigutviklet og klargjort nasjonalt for de kommunale journalsystemene.
Felles kommunal journal	Nasjonalt arbeid for å sikre målet om «én innbygger én journal».	Asker kommune har deltatt i aktørforum i 2022.

	<p>Én felles kommunal pasientjournal og løsninger for helhetlig samhandling.</p>	<p>Utarbeidet et styringsdokument for Felles kommunal journal som foreslår løsnings- og gjennomføringsstrategi for et stegvis utviklet journalløft for kommunene utenfor Midt-Norge.</p> <p>Se mer: https://www.ks.no/fkj</p>
<p>Digihelse (digital innbyggerdialog)</p>	<p>Sikker dialog med pasient/pårørende på helsenorge.no-plattformen.</p> <p>Integrert med EPJ i kommunen</p>	<p>I bruk i hjemmesykepleien og i tjenester for personer med funksjonsnedsettelse.</p> <p>Videre implementering parallelt med eRom.</p>
<p>Digitalt tilsyn (institusjon/bolig)</p>	<p>Muliggjør tilsyn uten fysisk kontakt.</p> <p>Tett knyttet opp til sykesignalanleggene i omsorgsbyggene.</p>	<p>Arbeid med anskaffelse av løsning for digitalt tilsyn på Hurum bo- og omsorgssenter.</p> <p>Holmentunet bo- og omsorgssenter og Bølstadtunet har anskaffet nye signalanlegg og klargjort for digitalt tilsyn.</p>
<p>Digitalt tilsyn (hjemmeboende)</p>	<p>Muliggjør tilsyn uten fysisk kontakt.</p>	<p>Oppstart 2023.</p>
<p>Kommunalt responsenter</p>	<p>Utredningsarbeid i samarbeid med andre kommuner.</p>	<p>Kunnskapsgrunnlag forbered og ferdigstilles i rapport fra USN i 2023.</p>
<p>Digitale verktøy for kompetanseheving</p>	<p>Spillbasert læring.</p>	<p>Attensi-spill for eRom er utviklet</p>
<p>Kompetanseheving – velferdsteknologi</p>	<p>Velferdsteknologiens ABC</p>	<p>Gjennomført første kursrekke for 25 ansatte. Planlagt nytt kurs våren 2023.</p>

		Ca. 350 ansatte har gjennomført emne A via KS-læring (digitalt).
--	--	--

VEDLEGG: Om Virksomhetene

Innledning

Tjenesteområdet velferd er organisert i åtte store virksomheter. Ved å plassere tjenestene i virksomhetsområder har kommunen hatt som mål å skape helhetlige og koordinerte tjenester med en robust organisering for å sikre tverrfaglighet, kompetanse og tilstrekkelig kapasitet. Tjenestene skal være brukerrettede og er derfor organisert etter målgrupper, ikke etter fag eller profesjon. Organisasjonskartet (side 2) viser hvordan velferdstjenestene i Asker kommune er organisert.

Innbyggeren skal ha «en dør inn» til tjenestene med profesjonell forvaltning, god publikums-service og opplevd tilgjengelighet. Dette er tanken bak en samlet Velferdsforvaltning.

Et helhetlig brukerforløp baserer seg på brukerens funksjon, behov og ressurser. Dette fordrer at det innen et virksomhetsområde, eksempelvis psykisk helse og rus, finnes både forebyggende og mer spesialiserte tjenester. Virksomhetsområdet må romme et differensiert tjenestetilbud for å møte innbyggerens behov for helse, sosial- og omsorgstjenester, ifr innsatstrapp og boligtrapp. Videre skal teambaserte tjenester og mer ambulante tjenester styrkes og gis/tilbys nær der innbyggeren bor.

Videre beskrives hver virksomhet med hensyn til

- 1) Organisering
- 2) Tjenestetilbud

Direktør velferd

Velferdsforvaltningen	Helse, rehabilitering og mestring	Hjemmetjenesten	Psykisk helse og rus	Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse 1	Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse 2	Heldøgnsomsorg 1	Heldøgnsomsorg 2	NAV
Avad for ledere og stab	Virksomhetsleder, rådgivere	Administrasjon 6 årsverk	Administrasjon 6 årsverk	Stab inkl virksomhetsleder 5 årsverk	Stab inkl virksomhetsleder 5 årsverk	Heldøgnsomsorg	Virksomhetsleder og stab	Stab
Tilfelling, rådgivning og koordinerende enhet	Private fastleger, fysioterapeuter og støttefunksjoner	Hjemmetjenesten nord 1	Mestringsstilbud psykisk helse og rus 11 årsverk	Borgenbråten bofellesskap 1 22 årsverk	Oppsjø og Fusbøl bofellesskap 19 årsverk	Kjøkken og kantiner	Bråset bo- og omsorgssenter	Arbeid og levekår ung 1
Tjenestetilfelling	Helsefremmende og forebyggende tjenester	Hjemmetjenesten nord 2	Oppfølgningstjenesten Nord	Borgenbråten aktivitetssenter og bofellesskap 2	Sætre terrasse og Bondistrand bofellesskap	Gullhella bo- og omsorgssenter 1	Bråset bo- og omsorgssenter 1	Arbeid og levekår ung 2
Bolig- og økonomiforvaltning	Ergoterapi, fysioterapi og hjelpemiddeljenesten	Hjemmetjenesten nord 3	Oppfølgningstjenesten Sør	Borgenbråten bofellesskap 3	Arbeidsentre – Nordre Bondi, Solbraveien og FIKS	Gullhella bo- og omsorgssenter 2	Bråset bo- og omsorgssenter 2	Arbeid og levekår voksen 1
Samordning og felles tjenester	Rehabiliteringstjeneste	Hjemmetjenesten nord 4	Avdeling for aktivitet og møteplasser	Borgenbråten bofellesskap 4	Arbeidsentre – Dalekjøkken, Sem, Drengsrud og Gallert Unika	Gullhella bo- og omsorgssenter 3	Bråset bo- og omsorgssenter 3	Arbeid og levekår voksen 2
	Vaksinasjon og smittevern	Hjemmetjenesten midt 1	Forsterket oppfølgningstjeneste	Bergmarkstra arbeidsenter og bofellesskap 1	Astervangen og Dalekjøkken bofellesskap	Gullhella bo- og omsorgssenter 4	Bråset bo- og omsorgssenter 4	Arbeid og levekår voksen 3
	Legetjenester	Hjemmetjenesten midt 2	Kirkeveien boliger og Sem bo- og mestringsenhet	Bergmarkstra bofellesskap 2	Knausen, Askund, Hovum og Høvikrokk bofellesskap	Aster bo- og omsorgssenter og degaktivitetstilbud	Bråset bo- og omsorgssenter 5	Økonomisk veiledning og administrasjon
	Bråset legevakt	Hjemmetjenesten midt 3	Fusbøl og Fredtunveien boliger	Nyveien bofellesskap	Røyken bofellesskap og aktivitetssenter	Vardåsen bo- og omsorgssenter	Bråset bo- og omsorgssenter 7	Næringsliv og utvidet oppfølging
	Midlertidig opprettet avd. Koronaklinikken	Hjemmetjenesten sør	Torstabøveien boliger	Gamle Bleikervei bofellesskap og ambulerende tjeneste	Gullhella bofellesskap og aktivitetssenter	Holmentunet bo- og omsorgssenter	Spikkestad omsorgsboliger og Bølstadsenteret	Aktivitet og utvikling
		Hjemmetjenesten natt	Kirkealleen boliger	Bøndihagen bofellesskap	Fredtunveien bofellesskap, Bergsjøka og ambulerende tjeneste	Nesbru bo- og omsorgssenter 1	Hurum bo- og omsorgssenter	
		Tverrfaglig avdeling		Bråsetbøgå og Mintstogen bofellesskap	Kopås bofellesskap 29 årsverk	Nesbru bo- og omsorgssenter 2	Hurum sentralkjøkken/driftspersonel	
		BPA, støttekontakt og individuell avlastning for voksne		Borgenfaret bofellesskap 21 årsverk	Bleikerfaret bofellesskap 22 årsverk	Nesbru bo- og omsorgssenter 3		
				Høyveien bofellesskap 10 årsverk		Solgården bo- og omsorgssenter 1 og dagaktivitetstilbud demens		
						Solgården bo- og omsorgssenter 2		
						Solgården bo- og omsorgssenter 3		
						Solgården bo- og omsorgssenter 4		
						Søndre Borgen akutt- og korttidsavdeling		
						Fagteamet		

1 VELFERDSFORVALTNINGEN

Velferdsforvaltningen har overordnet ansvar for å ivareta innbyggerne i Asker sin rett til tjenester i henhold til helse – og omsorgstjenesteloven, pasient – og brukerrettighetsloven, egenandelsforskriften, kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien. Virksomheten tildeler og koordinerer helse- og omsorgstjenester. Virksomheten består av fire avdelinger: 1) Tildeling, rådgivning og koordinerende enhet, 2) Tjenestetildeling, 2) Bolig og økonomi og 4) Samordning og fellestjenester.

Velferdsforvaltningen har en nøkkelrolle i å få til den ønskede dreiningen av ressursbruk i retning mer forebyggende tjenester da forvaltningen er «veien inn» i tjenestene for de fleste innbyggere. Gjennom vurderinger og vedtak legges føringer for hvilke tjenester de øvrige virksomhetene skal utføre. Velferdsforvaltningen tildeler tjenester innen rehabilitering, tjenester i hjemmet, arbeid, aktivitet og fritid, bolig, avlastning og heldøgnsomsorg som beskrives senere i rapporten. Innsatstrappen vil beskrive nivået og innslaget på de ulike tjenestene og dermed være førende og fungere som et grunnlag i vedtaksfattingen i den enkelte sak.

1.2 Tjenestetilbud

Teambaserte og tverrfaglige tjenester

Velferdsforvaltningen er sentral i å implementere mer teambaserte og tverrfaglige arbeidsformer, og har en rekke team:

- Asker Velferdsrab er innlemmet som en del av kommunens Koordinerende enhet. Som følge av pandemien har implementeringen blitt utsatt. Dette arbeidet er nå gjenopptatt i samarbeid med NAV, Oppvekst og Seil. For å akselerere implementering i drift og tydeliggjøre velferdsrab som metode styrkes Koordinerende enhet med definerte investeringsledere.
- Fengselsteam. Velferdsforvaltningen har etablert et fengselsteam. Hensikten er å sikre innbyggere som løslates en god overgang til kommunen og sikre boforhold. Det rådgivende teamet består av deltakere fra bolig, psykisk helse- og rus samt NAV.
- Bekymringsteamet består av representanter fra Velferdsforvaltningen og kommuneoverlege. Formålet er å ivareta innbyggere som ikke har innsikt i egne behov og trenger nødvendig hjelp. Bekymringsteamet sørger for utredning og iverksetting av nødvendige tiltak når det er fare for liv og helse.
- TryggEst: Velferdsforvaltningen har implementert TryggEst, en metodikk gjennom Bufdir, som er et vern mot vold og overgrep for risikoutsatte voksne. Velferdsforvaltningen har ansvaret for dette arbeidet, i samarbeid med ressurspersoner i de ulike virksomhetene i Velferd.
- Nevrogruppen: Velferdsforvaltningen har ansvaret for å drifte "Nevrogruppen". Gruppen er satt sammen på tvers av virksomheter innen Velferd og Oppvekst.

Hensikten med nevrogruppen er å sikre barn, unge og voksne med nevroutviklingsforstyrrelser riktig oppfølging og gode overganger i hjelpeapparatet. Nevrogruppen drøfter henvendelser fra ansatte i kommunen og gir råd og veiledning om videre forløp.

- Tverrfaglig oppfølgingsteam: Strukturelt tverrfaglig oppfølgingsteam implementeres i linjen etter at Asker kommune i drøyt 3 år har deltatt i en nasjonal pilot^[1]. Oppfølgingsteam skal sikre en strukturert og tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov, og alders- og diagnoseuavhengig. Målet for de tverrfaglige oppfølgingsteamene er å styrke brukermedvirkning og forebygge eller utsette behovet for helse- og omsorgstjenester. Tverrfaglig oppfølgingsteam er knyttet opp mot lovverket om koordinator og individuell plan.

Boligrelaterte tjenester

Asker kommune har per i dag om lag 1478 kommunale boliger. Disse er fordelt mellom bolig med tjenester (omsorgsbolig) og bolig uten tjenester. De aller fleste boligene er leieboliger.

Det er et mål at innbyggerne i kommunen skal være selvhjulpne og bo i egen bolig lengst mulig. I tråd med dette jobbes det aktivt med å skape gode, tilrettelagte boliger og det utvikles nye boformer med service- og fellesskapsfunksjoner. Dette skjer samtidig med at forebyggende tiltak og tjenester styrkes og at flere tjenester skal mottas i hjemmet.

Boliganskaffelse

Kommunen har flere virkemidler for innbyggere som ikke har behov for bolig med tjenester, men som av ulike grunner har behov for bistand fra kommunen for å skaffe seg bolig; eksempelvis leie av bolig uten bemanning (kommunal utleiebolig), hjelp til å leie på det private leiemarkedet (bolighjelpen) og lån til kjøp av egen bolig (startlån).

Bolighjelpen 2022

Bolighjelpen er en del av kommunen sitt virkemiddel for å forebygge bostedsløshet. Her tilbys råd og veiledning for å gjøre innbyggere i stand til å skaffe egnet bolig. Bolighjelpen er også en formidler av private boliger mellom utleier og leietaker, samt har frivillige som bistår med kjøp av bolig gjennom startlån. Dette er en tjeneste uten vedtak. Røyken og Hurum har ikke hatt lignende tjeneste, og henvendelser til Bolighjelpen har vært økende siden 1. januar 2020.

I 2022 fikk Bolighjelpen ca 240 henvendelser/søkere til privat bolig. Dette er uten henvendelser fra ukrainske flykninger.

I mars 2022 fikk Bolighjelpen mandat for bosetting av ukrainske flykninger i private boliger. Bolighjelpen har vært på befaring og vært kontaktledd mellom utleier og Asker kommune.

^[1] <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>

Alle Ukrainske flykninger er bosatt i private boliger, med unntak av 13 som er bosatt i kommunale boliger av helsemessige årsaker.

På grunna v det økende behovet for å finne egne private boliger til utleie, er ressursene til Bolighjelpen økt fra en til tre stillinger i løpet av 2022.

Boligteamet

Boligteamet saksbehandler og tildeler kommunale utleieboliger. Videre tildeler boligteamet alle boliger med tjenester. Teamet har dialog med innbyggere og samarbeider med bolighjelpen og øvrige virksomheter. Boligteamet kartlegger og beskriver fremtidig boligbehov, koordinerer prosesser rundt boligplanlegging og deltar i overordnet planlegging.

Det jobbes tett sammen med Eiendom som på sin side har ansvar for husleiekontrakter, boligforvaltning og vedlikehold av den kommunale boligmassen.

2. HELSE, MESTRING OG REHABILITERING

2.1 Organisering

Virksomheten helse, rehabilitering og mestring er delt inn i 7 tjenesteområder: 1) Oppfølging av avtalen med Bærum kommune om Asker og Bærum legevakt, private fastleger og fysioterapeuter med kommunal avtale, 2) Helsefremmende og forebyggende tjeneste 3) Ergoterapi, fysioterapi og hjelpemiddeltjenester, 4) Rehabiliteringstjenester, 5) Vaksinasjon og smittevern, 6) Legetjenester og 7) Bråset legevakt. I tillegg kommer etablering og drift av Koronaklinikken.

Virksomheten jobber målrettet og aktivt for at kommunens innbyggere skal få tjenester som gjør det mulig å gjenvinne/opprettholde funksjonsnivå, oppleve økt livskvalitet, mestre hverdagen og dermed kunne bo hjemme så lenge som mulig med minimal bistand fra kommunen. Helse, rehabilitering og mestring har tjenester på flere nivå i innsatstrappen, men særlig på de tidlige trinnene. Tjenestene spenner fra sekundær forebyggende og helsefremmende arbeid via tidlig innsats, fysio- og ergoterapi, til rehabilitering/ habilitering, kompensere tiltak som hjelpemiddelformidling til ambulante tjenester i hjemmet og dagtilbud. Tjenestene omfatter akutt og planlagt helsehjelp. Legetjenestene yter tjenester på alle trinnene i trappen.

Virksomheten har hatt og har ansvar for tjenester opprettet i forbindelse med Covid-19 utbruddet

2.2 Tjenestetilbud

Avdeling helsefremmende og forebyggende tjenester

Hverdagsrehabilitering og forebyggende team tilbyr tjenestene tjenestene hverdagsrehabilitering, helsefremmende tjenester, Asker seniortreff/forebyggende hjemmebesøk, boligtilpasning samt styrke- og balansegruppe ved Hurum bo- og omsorgssenter. Asker seniortreff er implementert i ordinær drift etter å ha vært prosjekt i 2021. Prosjekt Helsekafe fullføres i 2022, og tilbudet vil fremover inkluderes som en del av kommunens seniortilbud på innbyggertorgene. Helsekafe som tjeneste avsluttes derfor ved utgangen av dette året. Våren 2022 ble det gjennomført en runde av kurset Takk, bare bra.

Helsefremmende tjeneste må ses i sammenheng med Hverdagsrehabilitering, da denne tjenesten tilbys brukere som ikke har behov for en like intensiv oppfølging som ved Hverdagsrehabilitering. Tallene som presenteres må derfor ses på som en brikke i en større helhet.

Tidligere frisklivstilbud er fra 2022 omorganisert til Læring og mestring, og inkluderer nå også sosionomtjenesten. I tillegg til Pasient- og pårørendeopplæringen, har teamet utviklet nye tilbud; Mestringstreff, Temasamlinger for personer med hjertesykdom, diabetes type 2, kreft og lungesykdom, samt treningstilbud innendørs til disse diagnosegruppene. Virksomheten har mottatt prosjektmidler på de nye tilbudene de har utviklet.

Avdeling Legetjenester

Avdelingen yter legetjenester til helsestasjoner, skolehelsetjenesten, førstegangsundersøkelse av flyktninger, Feltpleien, omsorgsboliger og sykehjem. I tillegg drifter den to kommunale fastlegesentre. Flere av legetjenestene har vært direkte berørt av pandemien noe som har påvirket organisering og prioritering. Det er færre søkere til stillingene noe som har medført bruk av vikarbyrå. Arbeidsmengden for legene i sykehjem og ved de kommunale fastlegesentrene er økende.

Avdeling oppfølging Asker og Bærum legevakt, fastlegeordningen og private fysioterapeuter med kommunal avtale

Avdelingen og virksomhetsleder har jevnlig samarbeidsmøter med Bærum kommune vedrørende Asker og Bærum legevakt. Legevakten har vært direkte berørt av pandemien.

Asker kommune har leger i alle fastlegehjemlene, fastlegekorpset gjør en svært god innsats. Som følge av høy alder hos flere av fastlegene og press på fastlegeordningen har vi hatt utlysning av flere hjemler, og flere vil komme. Presset på ordningen medfører at det er langt færre søkere enn tidligere. Det arbeides aktivt for å komme fram til tiltak som kan bidra til å redusere videre press på ordningen og legene.

Asker kommune har fysioterapeuter i alle avtalehjemlene/ tilskuddene. De fleste yter tjenester på instituttene, noen har avtale om ambulerende fysioterapi til pasienter som ikke har helse til å møte opp på institutt¹.

3. TJENESTER TIL PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSER

3.1 Organisering

Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse over 18 år er organisert i to virksomheter fordelt på 21 avdelinger. Virksomhetene består av:

- Ambulerende tjenester for brukere som bor i eget hjem
- Botilbud med stedlig bemanning
- Arbeid- og dagaktivitetstilbud
- Fritidsklubber

Det ytes vedtaksfestede tjenester som praktisk bistand opplæring, praktisk bistand og helsetjenester til personer med alle grader av utviklingshemming, multifunksjonshemming og nevro utviklingsforstyrrelser. Særskilt for psykisk utviklingshemmede er rettssikkerheten rundt bruk av tvang og makt (Helse- og omsorgstjenesteloven kap 9). Dette setter høye krav til opplæring, vergetrening, dokumentasjon og kompetanse, etter strenge føringer fra Statsforvalter.

Tjenestene som gis spenner fra trinn 4 i innsatstrappen og oppover til boliger med heldøgns tjenester på de øverste trinnene. Tjenestemottakerne skal sikres tilbud på rett nivå, og skal få muligheten til reelle valg og medbestemmelse i tråd med føringer i CRPD. Her er [link](#) til den nasjonal veileder utgitt av Budir.

I tråd med politiske føringer jobbes det for et differensiert tjenestetilbud, helhetlige brukerforløp, god tverrfaglig koordinering og en strategisk og fleksibel ressursforvaltning. Det arbeides med å få til en dreining der flere kan bo i egne hjem med ambulante tjenester. Teambasert arbeid skal videreutvikles med mål om å gi en effektiv og best mulig koordinert og samordnet tjeneste, spesielt til brukere med behov for tverrfaglige tjenester. Ny temaplan for tjenesteområdet er under utarbeidelse.

¹ Se sak 0030/21 behandlet utvalg 28.09.2021.

3.2 Tjenestetilbud

Ambulerende tjenester

Ambulante tjenester gis til beboere som bor i eget hjem. Tjenesten er foreløpig på dagtid, med ambisjon om å utvide til døgntilbud. Base for ansatte er lokalisert på Bergerløkka (Nesbru) og dels i Fredtunveien i Asker sentrum. Det jobbes med egnede lokaler i Asker sør.

Botilbud

Asker kommune har et differensiert botilbud med ulike eierformer, størrelse og utforming. Antall brukere og alderssammensetning i hvert botilbud har også stor variasjon. Grad av stedlig bemanning varierer ut fra brukernes behov for tjenester.

Arbeid- og dagaktivitetstilbud

Asker kommune har seks arbeidssenter, og fem aktivitetssenter for målgruppen, I tillegg er det et utstrakt samarbeid med VTA bedriftene (Varig tilrettelagte arbeidsplasser) Asker Produkt og Jobbhuset. I tillegg tilbys VTAO plasser i ordinære bedrifter (Varig tilrettelagte arbeidsplasser i ordinær bedrift). Disse plassene tilbys gjennom NAV.

Virksomheten har egen Karrierekartleggingsavdeling for å fremme og styrke tverrfaglig samarbeid i overganger og utviklingsløp for brukere på alle tjenestenivåer.

Produkter som lages på arbeid- og aktivitetssentrene selges i egen butikk; Galleri Unika i Asker sentrum.

Fritidsklubber

Asker kommune har to fritidsklubber for målgruppen,

- Klubb 84- Asker sentrum, 2 kvelder pr uke
- Klubb Knuten – Røyken, 1 kveld pr uke

4. PSYKISK HELSE OG RUSTJENESTER

4.1 Organisering

Virksomhet psykisk helse- og rustjenester er organisert i ni avdelinger og tilbyr ulike behandlings-, oppfølgings- og omsorgstiltak for personer over 18 år med milde, moderate og alvorlige rus- og psykiske helseutfordringer. Tjenestene spenner fra lavterskeltilbud uten krav til vedtak til spesialiserte botilbud øverst i innsatstrappen, med mål om å fremme håp, trivsel og muligheter.

Virksomheten gir et bredt og individuelt tilpasset tilbud til innbyggere med psykisk helse- og /eller rusutfordringer. Målsetningen er at innbyggerne i størst mulig grad skal kunne delta i utformingen av eget tjenestetilbud, oppleve mulighet for betydelig bedring på mange livsområder og tilfriskning og mestre eget liv i eget hjem med eller uten symptomer. For flere av brukerne er målsetningen at de skal kunne flytte fra bolig med døgntjenester til egen bolig.

Virksomheten har ulike støttetilbud til pårørende som står i belastende situasjoner og har også et særskilt fokus rettet mot barn som pårørende.

4.1 Tjenestetilbudet

Døgnåpen veiledningstelefon

Virksomheten har døgnbemannet veiledningstelefon for innbyggere. Her får man direkte veiledning for å mestre situasjon eller blir henvist videre til relevante tilbud.

Mestringstilbud

Mestringstilbud psykisk helse- og rus, er et lavterskeltilbud med vekt på tidlig innsats. Her tilbys Rask psykisk helsehjelp i form av assistert selvhjelp, ulike kurs- og gruppetilbud og korttids individuell behandling uten vedtak. Mestringstilbudet er stadig under utvikling for å møte behovet blant innbyggerne.

Psykososialt kriseteam

Virksomheten har ansvar for organisering og ledelse av kommunens psykososiale kriseteam, som er tverrfaglig sammensatt av medarbeidere fra flere virksomheter i tjenestoområdene Velferd og Oppvekst. Teamet gir tilbud til både barn, ungdom og voksne etter alvorlige hendelser. Hjelpen som gis tilpasses den enkelte, familie eller gruppe og med en proaktiv tilnærming. Hjelpes ytes i samarbeid med nødetatene. Den/de berørte får en fast kontaktperson og oppfølging fra det psykososiale kriseteamet.

Lavterskel somatisk helsetilbud

Feltsykepleien er et lavterskel somatisk helsetilbud for rusmiddelavhengige over 18 år som oppholder seg i Asker. Tjenesten fokuserer på skadereduksjon, somatisk helse, prevensjon og forebygging av overdoser. Innbyggere tar selv kontakt med tjenesten..

Aktivitetstilbud og møteplasser

Virksomheten har et bredt aktivitetstilbud og sosiale møteplasser. Nedenfor følger en beskrivelse av tiltak som inkluderer både åpne tilbud og tilbud som er vedtakstjenester:

- Grindestua er en rusfri, brukerstyrt møteplass sentralt i Asker sentrum for tidligere rusavhengige og pårørende, og et sted hvor du kan bygge et nytt, rusfritt nettverk. Dette er et tilbud der medborgerskap, ansvarliggjøring, samarbeid med brukerorganisasjoner, frivillighet og lokalsamfunnet er i fokus.
- Aktivitetssentrene i Slemmestad og på Tofte er møtesteder med variert aktivitetstilbud for hjemmeboende voksne med psykiske helseplager. Det er mulighet

for å kjøpe lunsj og ha et hyggelig sosialt fellesskap. Tjenestene forutsetter vedtak, med unntak av Aktivitetssentret i Slemmestad som har åpent for alle innbyggere en dag i uka.

- Aktivitetshuset i Asker er en møteplass for hjemmeboende voksne med moderate til alvorlige psykiske helseutfordringer der det tilbys ulike kurs, gruppetilbud og aktiviteter, samt kafe. Det gis også tilpasset individuell oppfølging, behandling og koordinering av tjenester. Tjenestene forutsetter vedtak.
- Asker gatelag er et fotballag for innbyggere over 23 år og som har eller har hatt rusutfordringer. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Asker kommune og Asker fotball og er et lavterskeltilbud hvor innbyggere i målgruppen. Eneste krav er at spillerne er rusfrie eller i orm til å spille fotball.

Ambulante oppfølgingstjenester

Tiltakene som beskrives under forutsetter enkeltvedtak.

- Oppfølgingstjenesten nord og sør gir tilpasset individuell oppfølging, behandling og koordinering av tjenester til hjemmeboende innbyggere med moderate og alvorlige psykisk helse- og / eller rusutfordringer.
- Forsterket oppfølgingsteam følger opp innbyggere som har behov for sammensatte og omfattende tjenester. Dette tilbudet ble etablert i 2021 for å imøtekomme innbyggernes behov. Her tilbys tjenester på kveld og helg. Tjenesten er en del av kommunens tilbud til innbyggere i akutt psykisk krise, og de ansatte har et tett samarbeid med kommunens legevakter.
- FACT team er et samarbeid mellom Vestre Viken, Asker DPS, etablert to FACT team. FACT tilbyr ambulant oppfølging til innbyggere med langvarig alvorlig psykisk lidelse og/eller samtidig rusmisbruk. I tillegg til alvorlige psykiske lidelser, har brukerne ofte begrenset sosial fungering, ustabil bo-situasjon, problemer med å få arbeid, økonomiske vansker og andre faktorer som gir lav livskvalitet..

Botilbud

Virksomhet psykisk helse og rustjenester drifter flere boliger med heldøgns bemanning. I boligene gis differensierte vedtaksfestede tjenester som praktisk bistand, opplæring, og psykiskhelsetjenester. Boligene er tilrettelagt for brukere med ulike omsorgsnivå og skiller mellom brukere med rusutfordringer og de med psykisk helseutfordringer. Det brukes mange ulike tilnærminger og metoder, som alle har en god faglig forankring. Det tas alltid utgangspunkt i den enkeltes situasjon, og legges vekt på en høy grad av brukermedvirkning og fokus på at beboerne skal oppleve at de på best mulig måte håndterer hverdagen sin og opplever mestring og vekst.

5. HJEMMETJENESTEN

5.1 Organisering

Hjemmetjenesten omfatter hjemmesykepleie, Brukerstyrt personlig assistent (BPA), støttekontakt, individuell avlastning, hukommelsesteam og kreftkoordinator. Virksomheten yter tjenester til innbyggere over 18 år. Hjemmesykepleien er inndelt geografisk i 8 avdelinger med drift på dag og kveld, og natt-tjenesten som er samlet i en avdeling. Tverrfaglig avdeling med hukommelsesteam, kreftkoordinator og spesialsykepleiere yter tjenester på tvers av avdelingene i tillegg til innbygger rettede tjenester uten vedtak. Individuell avlastning til personer med demens er organisert i tverrfaglig avdeling.

5.2 Tjenestetilbud

Hjemmetjenesten tilbyr tjenester i nedre del av innsatstrappen, men hovedvekten av tjenester er rettet mot innbyggere med stort tjenestebehov både i hjemmesykepleie og (BPA). Tidlig innsats i form av lavterskeltjenester og forebygging foregår i hovedsak i hukommelsesteam, hos kreftkoordinator og i støttekontakttjenesten. Det er et mål for virksomheten å dreie fokus mot egenmestring hos innbyggere, og se på muligheter for å nyansere tjenestene blant annet gjennom økt bruk av velferdsteknologi. Virksomheten har som mål å støtte innbyggere slik at de kan bo i eget hjem lengst mulig. Dette gjøres ved å fokusere på brukers egne ressurser, hverdagsmestring og gjennom samarbeid med pårørende og nettverk. Brukermedvirkning, brukerorientering og individuell tilpasning er innarbeidede metoder hos ansatte.

Tilbud om støttekontakt gis til de som mangler nettverk eller av en annen grunn trenger hjelp til å ha en aktiv og meningsfull fritid. Det finnes tilbud om både individuell støttekontakt og støttekontakt i gruppe. De fleste som får denne tjenesten, har utfordringer innenfor psykiske helse/rus eller er personer med nedsatt funksjonsevne.

6. HELDØGNSOMSORG

6.1 Organisering

Heldøgns omsorgstjenester ligger øverst på kommunenes innsatstrapp og skal kunne gi tjenester til de som har størst og mest omfattende behov for bistand. Hverdagsmestring er et viktig satsningsområde for virksomhetene og skal bidra til at beboere skal kunne opprettholde funksjoner og oppleve mestring i hverdagen.

Heldøgnsomsorg er delt i to store virksomheter. Gamle Asker som en virksomhet og gamle Røyken og Hurum i den andre virksomheten. Heldøgnsomsorg 1 og 2 har til sammen 664 heldøgns plasser. Av disse er 300 langtidsplasser og 226 heldøgns omsorgsboliger. Det er 138 korttidsplasser hvorav 9 plasser er kommunale akutte døgnplasser (KAD plasser). På institusjonsnivå er det 8 lindrende/palliative plasser, 14 rehabiliteringsplasser, 8 forsterket skjermede plasser for personer med demens, 8 plasser for yngre personer med demens, samt 16 plasser for alderspsykiatriske og RUS-relaterte lidelser. 242 plasser for personer med demens. Tjenestene er lokalisert på 16 tjenestesteder.

6.2 Tjenestetilbud

Heldøgnsomsorg 1

Heldøgnsomsorg 1 består av 7 tjenestesteder: Vardåsen-, Solgården-, Gullhella-, Holmentunet-, Nesbru-, Asker bo- og omsorgssenter samt Søndre Borgen akutt og korttidsavdeling. Tjenestetilbudene i virksomheten innebærer dagaktivitetstilbud til personer med demens og seniorer, akutt- og korttidstilbud og differensierte tilbud innen heldøgnsomsorg. Virksomheten har langtidsplasser for personer med demens og en forsterket skjermet enhet med 8 plasser for personer med demens som er i behov av et spesielt tilrettelagt miljø. I tillegg har virksomheten en avdeling for alderspsykiatri og rusrelaterte lidelser.

Virksomheten er opptatt av et aktivt tverrfaglig samarbeid og har fokus på å fremme hverdagsmestring aktivitet og funksjon på individ- og gruppenivå gjennom en aktiv bruker og pårørenderolle, samt utvikling av endringsevne og innovasjon i organisasjonen.

Sykepleietjenesten i virksomheten er organisert i fagteam for å sikre sykepleiefaglig og medisinsk oppfølging hele døgnet i våre institusjoner og omsorgsboliger.

Asker kommune sine kommunale akutte døgnplasser (KAD) er lokalisert på Søndre Borgen. Formålet med disse plassene er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Det er totalt 9 plasser hvorav en er forbeholdt psykisk helse og ruslidelser. Ved Søndre Borgen akutt- og korttidsavdeling er det høy stasjonær sykepleiedekning for å kunne ivareta det sammensatte sykdomsbildet til pasienter hele døgnet.

På Solgården bo- og omsorgssenter ligger et av kommunens sentralkjøkken som leverer mat til institusjoner og omsorgsboliger. De er opptatt av å produsere god hjemmelagd mat med gode råstoffer og hvor maten er lagd fra bunnen av.

Heldøgnsomsorg 2

Heldøgnsomsorg 2 består av to institusjoner og 2 omsorgsboliger med bemanning. I tillegg har virksomheten to dagaktivitetstilbud for hjemmeboende, et «Hyggetreff» for hjemmeboende og Sentralkjøkken.

Virksomheten har 2 fagutviklingssykepleiere, 3,5 årsverk aktivitets- og kulturkonsulent, og 4 årsverk fysioterapi fordelt på de ulike husene.

På Hurum bo- og omsorgssenter ligger et av kommunens sentralkjøkken som leverer mat til institusjoner og omsorgsboliger.

Bølstadsenteret har 8 omsorgsboliger med bemanning for mennesker med demens. Spikkestad omsorgsboliger har 27 boliger med bemanning.

Dagaktivitetstilbudet på Hurum bo- og omsorgssenter er åpent for hjemmeboende 3 dager i uken i 2022.

Dagaktivitetstilbudet på Bølstad har 10 plasser for hjemmeboende med demens, og er åpent 5 dager i uken. Hyggetreffet er et lavterskeltilbud 3 dager i uken for hjemmeboende. Tirsdager er Hyggetreffet på Åros, onsdager på Slemmestad og torsdager er det på Spikkestad. Tilbud er åpent for alle.

7. NAV

7.1 Organisering

NAV Asker har ca. 204 ansatte (stat og kommune) og organisert i 8 avdelinger, med to lokasjoner, en i Asker sentrum og en i Røyken. I tillegg har NAV arbeidstreningstilbudet Modus. Samfunnsoppdraget er: Færre på stønad og flere i arbeid. NAV sine hovedmålgrupper er unge under 30 år, innvandrere og mennesker med nedsatt arbeidsevne.

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

For å imøtekomme samfunnsoppdraget til NAV er man avhengig av et godt samarbeide med næringslivet, andre virksomheter i kommunen, spesialisthelsetjenesten og tiltaksleverandører. Arbeidsmarkedet er strammere og tøffere enn før Koronapandemien, men arbeidsgiverne er positive til å ta imot kandidater fra de sårbare gruppene.

8.2 Tjenestetilbud

NAV kontoret har både statlige og kommunale virkemidler for å bistå innbyggere til å bli selvforsørget, og beholde eller skaffe arbeid. NAV har en rekke tiltak og tilbud og følger opp innbyggere som blant annet mottar sykepenger, arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, tiltakspenger eller sosialhjelp.

NAV Asker har en rekke forebyggende tilbud rettet mot unge. Dette er blant annet:

- Jobbsentralen er gir veiledning til ungdom som skal søke jobb og sommerjobber
- Ungdomslos som jobber med å følge opp ungdom i videregående skole som trenger koordinerte tjenester,
- Veileder i videregående skole

NAV har oppfølging av flytninger. Dette er blant annet oppfølging av flyktninger som deltar på introduksjonsprogrammet, samt Jobbsjansen for innvandrerkvinner. NAV har også tilbud og oppfølging av flyktninger som skal i jobb i tett samarbeid med Virksomhet inkludering og mangfold.

I tillegg har NAV jobbkonsulenter som i hovedsak følger opp brukere på sosialhjelp med mål om å komme ut i jobb.

NAV arrangerer jobbkaffe på Innbyggertorgene i Heggedal, Borgen og Sætre der innbyggere får veiledning i jobbsøk og intervju trening.

Avdeling aktivitet og utvikling (Modus, Ombruksbutikk Jørgensløkka og Åsveien) har intern arbeidstrening i all hovedsak for ungdom gjennom ombruksbutikkene og forefallende arbeid for kommunen i en utegruppe. Her følges deltakerne tett opp og bistås i hovedsak med overgang til utdanning eller jobb.

8. SEIL VELFERD

For å kunne møte utfordringer som Asker kommune står overfor i fremtiden må tjenesteområdet velferd satse på kunnskap, forskning og kvalitetsforbedringer for å kunne leverer trygge og pasientsikre tjenester. Denne jobben koordineres gjennom FOU (forskning, opplæring og utvikling) velferd, tilknyttet Senter for innovasjon og læring.

FOU Seil velferd er tjenesteområdets overordnede koordinerende enhet for kunnskaps- og kvalitetsutvikling og har ansvar for å samordne utviklings- og opplæringsaktiviteter, samt motivere for og bidra til kompetanseutvikling ved å utnytte kunnskap og erfaringer på tvers. Det er opprettet kvalitetsforum og kvalitetsnettverk på ulike nivåer i organisasjonen som skal sikre strategisk kompetanseplanlegging, synergieffekter mellom tjenestene og kvalitetsforbedrende arbeid basert på læringsløyper og kompetansehevende tiltak.

Seil Velferd følger blant annet opp arbeidet arbeider med å utvikle og innføre velferdsteknologiske løsninger. Videre har Seil velferd ansvar for Etisk råd er nå under re-etablering. Her drøftes etiske problemstillinger, og de er blant annet ansvarlig for å utlyse og tildele en årlig Etikpris.

I 2022 har Seil velferd hatt fokus på å re-starte ulike kompetansenettverk for tjenesteområdet etter årene med pandemi. Under følger en oversikt over disse nettverkene.

I 2022 har Seil velferd hatt fokus på å re-starte ulike kompetansenettverk for tjenesteområdet etter årene med pandemi. Under følger en oversikt over disse nettverkene.

Nettverk	
1	Etikkveiledernettverk
2	Dokumentasjonsnettverk
3	Palliasjonsnettverk
4	Nyetablering – Smittevernteam
5	Nyetablering- KlinObskommune: Obersvasjonskompetanse, HLR, Proact
6	Ernæringsnettverk
7	Velferdsteknologi



Saksframlegg

Arkivsak
23/02061-2

Saksbehandler
Ingrid Blichfeldt
Synnøve Osmundsen

Behandles av
Ungdomsrådet
Utvalg for velferd
Utvalg for oppvekst
Utvalg for medborgerskap
Formannskapet

Møtedato
16.03.2023
21.03.2023
21.03.2023
23.03.2023
18.04.2023

Plan for inngåelse av effektkontrakt i Asker kommune - Ungt utenforskap

Kommunedirektørens forslag til vedtak:

1. Asker kommune vil inngå avtale om effektkontrakt og forplikter seg til 2-3 MNOK årlig for perioden 2026-2027.

1. Sammendrag og konklusjon

Ungt utenforskap er en stor samfunnsutfordring, også i Asker. For mange av kommunens ungdommer deltar ikke i skole, arbeid eller samfunnsliv. Det er ønskelig å teste ut nye metoder for å utvikle tilbud til en gruppe unge som det offentlige ikke lykkes med å nå og bistå i tilstrekkelig grad innenfor dagens system. Denne saken presenterer hvordan effektkontrakt kan benyttes som virkemiddel for å få flere unge til å gjennomføre videregående opplæring, og delta i arbeid- og samfunnsliv. Effektkontrakt kan ikke alene løse den store samfunnsutfordringen, men kan bidra til et større mangfold av tiltak, samt stimulere til offentlig-privat samarbeid.

Effektkontrakt er en avtale mellom en sosial investor, en leverandør og Asker kommune. Leverandøren kan være frivillige - eller ideelle organisasjoner, (lokale) bedrifter eller sosiale entreprenører. Den sosiale investoren er ofte en privat stiftelse eller andre private aktører som ønsker å være med å finansiere sosiale tiltak.

I en effektkontrakt finansierer private investorer et tiltak med et fastsatt resultatmål, Asker kommune vil overta finanseringen etter to år om målene nås.

Asker kommune er med som en av to nasjonale piloter i regi av KS. Dette innebærer blant annet at Asker kommune mottar veiledning fra konsulentselskapet Ephori impact i prosessen, og vil bidra i det videre arbeidet med å inngå kontrakt.

Kommunedirektøren vurderer effektkontrakt som egnet virkemiddel for å finne frem til et nytt tilbud som treffer unge i alderen 15-21 år som står i fare for, eller har falt ut av videregående skole.

Asker kommune ønsker å lyse ut et oppdrag, og inngå avtale om effektkontrakt. Tiltaket foreslås å gå over fire år med opsjon om ytterligere fire år. Det foreslås en årlig ramme på 2-3 mnok pr år i perioden 2024-2027. De to første årene dekkes av en ekstern finansør (sosial investor), og deretter overtar Asker kommune finanseringen dersom definerte mål er oppnådd.

Det vises til det politiske initiativet Ungdomsløftet. Administrasjonen jobber nå med å organisere det videre arbeidet med ungt utenforskap.

2. Bakgrunn for saken/saksopplysninger

Altfor mange unge fullfører ikke videregående opplæring og deltar ikke i arbeidslivet. I Asker står 11% av unge mellom 16 – 25 år utenfor jobb og utdanning. Dette tilsvarer i overkant av 1000 personer. Ungdom som ikke kommer inn i arbeid og utdanning er en spesielt utsatt gruppe som står i fare for varig utenforskap. Mange av ungdommene som det er knyttet bekymring til, har svake skoleresultater, få mestringsopplevelser og lite sosialt nettverk.

Ungt utenforskap er en stor samfunnsutfordring. KS og flere nasjonale aktører peker på dette som en av vår tids utfordringer.

Tjenestene opplever at det trengs nye virkemidler for at flere skal få oppleve mestring og deltakelse. Effektkontrakt kan være ett mulig virkemiddel til å stimulere til innovasjon og utvikling av virkningsfulle tiltak for ungdom.

Hva er en effektkontrakt?

Effektkontrakt er en alternativ modell for offentlig-privat samarbeid med fordeling av ansvar og risiko. Modellen vektlegger resultater av tiltak fremfor aktiviteter og ressursinnsats, og gjør det mulig å teste nye tiltak og løsninger raskere. Effektkontrakter egner seg når man står ovenfor en kompleks samfunnsutfordring, som for eksempel utenforskap, og der man trenger å finne nye løsninger.

Effektkontrakt innebærer at en sosial investor finansierer et nytt tilbud til en bestemt målgruppe. Kommunen beskriver et behov og lyser ut et tilbud i markedet. Frivillige, ideelle eller aktører i næringslivet kan levere tilbud. I etterkant av en anskaffelsesprosess vil en eller flere leverandører få tildelt oppdraget, og det inngås kontrakt om et konkret tiltak til den definerte målgruppen.

En sosial investor vil finansiere tiltaket de to første årene, Asker kommune forplikter seg til å overta ansvaret for finanseringen dersom ønsket effekt er oppnådd i år tre og fire. Dette vil si at Asker kommune forplikter seg til 2-3 MNOK årlig for perioden 2026-2027. Det er forbundet stor risiko til tiltaket da vi ikke kan være sikre på å oppnå ønsket resultat. Om effekt ikke oppnås, betaler ikke Asker kommune for tiltaket.

Flere kommuner, blant annet Lier, Larvik og Øvre Eiker har inngått effektkontrakter og Asker kommune er i dialog med kommunene å lære av deres erfaringer. Asker kommune deltar også i et læringsnettverk i regi av Arbeids- og velferdsdirektoratet og KS sammen med Lørenskog kommune, og tre bydeler i Oslo kommune.

Målgruppe

Målgruppen for effektkontrakten er unge i alderen 15-21 år som står i fare for, eller har falt ut av videregående opplæring. Tilbudet skal være for unge med mye fravær, eller som står i fare for å få mye fravær. Det er ønskelig at flere får tettere og helhetlig oppfølging og fleksible og tilpassede løsninger i skole og arbeidsliv, kompetente voksne, gode lokale arenaer for deltakelse og mestring. Det er ønskelig å inkludere siste halvdel av 10-trinn, slik at overgangen til videregående skole blir best mulig.

Hva vil vi oppnå?

Målet med effektkontrakten er at flere gjennomfører videregående opplæring, og deltar i arbeidsliv og/eller samfunnsliv. Å delta og å oppleve tilhørighet er en verdi i seg selv. En rekke studier fremhever betydningen av blant annet en aktiv fritid, og deltidsarbeid for utvikling og fremtidig deltakelse i videre utdanning, arbeidsliv og samfunnsliv. Det er derfor ønskelig å måle deltakelse i vid forstand,

Dette målet er i tråd med strategier i Asker kommunes temaplaner, blant annet strategien «Asker kommune skal gi helhetlig oppfølging som bidrar til at flere fullfører videregående skole, og rekrutteres inn i arbeidslivet» jfr temaplanene «Mestre hele livet – psykisk helse og rus», og «Å høre til - temaplan for Oppvekst».

Å ha tydelige resultatmål er et viktig element i en effektkontrakt. Asker kommune vil i tiden fremover beskrive hva som skal måles og til hvilken tid. Dette er avgjørende for å kunne evaluere om Asker kommune skal overta ansvaret for å finansiere tiltaket.

Veien videre

Asker kommune planlegger å sende ut en kunngjøring, og inngå kontrakt i løpet av våren/sommeren.

Lokale aktører vil oppfordres til å levere inn tilbud..

Arbeidet er et samarbeid mellom tjenesteområdene Oppvekst, Velferd og Medborgerskap. Asker kommune/NAV Asker har fått prosjektmidler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til å etablere en effektkontrakt, og følge opp kontrakten. Det er opprettet en prosjektgruppe på tvers av involverte tjenesteområder.

Det er også et tett samarbeid med Oppfølgingstjenesten i Fylkeskommunen.

Videre har prosjektet hatt dialog med flere aktuelle investorer og vil også følge opp dette i tiden fremover.

3. Sakens relevans for de tre bærekraftsdimensjonene

Av Asker kommunes 6 prioriterte mål anses følgende for relevante for denne saken.

3. God helse, 11. Bærekraftige byer og samfunn og 17. Samarbeid for å nå målene

Tiltaket har spesielt relevans for sosial og økonomisk bærekraft.

4. Tidligere behandling

Samfunnsutfordringen ungt utenforskap løftes som et sentralt tema i flere av kommunens temaplaner. Strategiene i flere temaplaner vektlegger viktigheten av å styrke inkludering, deltakelse og opplevelse av å høre til i fellesskapet. Dette gjelder temaplanene «Mestre hele livet – psykisk helse og rus», Temaplan for medborgerskap», og «Å høre til - temaplan for oppvekst» som er ute på høring.

Det vises til presentasjon i Utvalg for oppvekst, Utvalg for velferd, og Utvalg for medborgerskap på deres møter i januar 2023.

5. Kommunedirektørens vurdering

Vi har dessverre for mange ungdommer og unge voksne som ikke deltar i skole, arbeid eller samfunnsliv. Det er behov for å teste ut nye løsninger for å løse denne utfordringen. Effektkontrakt kan ikke løse dette alene, men mulig bidra til et større

mangfold og tilbud og tjenester. Det er også forbundet stor risiko til arbeidet, og vi kan ikke være sikre på å oppnå ønsket resultat.

Inngåelse av en effektkontrakt fordrer sektorovergripende samarbeid. Det er derfor et mål om at arbeidet med effektkontrakten bidrar til bedre samarbeid mellom kommunens tjenester, og andre aktører om en målgruppe som vi ikke når godt nok i dag. Det er også en ambisjon om at dette initiativet kan bidra til å skape synergier for lokalt næringsliv, sosiale entreprenører, frivilligheten eller andre i Asker-samfunnet.

Dette arbeidet sees i sammenheng med Asker kommunes videre arbeid med ungt utenforskap og oppfølgingen av det politiske initiativet Ungdomsløftet.

Lars Bjerke
kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent.



Saksprotokoll

Arivsak
23/02061

Saksbehandler
Ingrid Johanne Blichfeldt

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.
1 Ungdomsrådet	16.03.2023	10/23
2 Utvalg for velferd	21.03.2023	10/23
3 Utvalg for oppvekst	21.03.2023	11/23
4 Utvalg for medborgerskap	23.03.2023	12/23
5 Formannskapet	18.04.2023	

Plan for inngåelse av effektkontrakt i Asker kommune - Ungt utenforskap

Ungdomsrådet har behandlet saken i møte 16.03.2023 sak 10/23

Behandling

Rådgiver Ingrid Blichfeldt og avdelingsleder NAV Ragna Haukeland presenterte Effektkontrakt og svarte på spørsmål.

Leder Nora Eriksen fremmet følgende forslag til nytt punkt 2:

Ungdomsrådet mener tiltaket virker som en god løsning for å kunne møte problemer og behov i Asker samfunnet.

Leder Eriksen forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Asker kommune vil inngå avtale om effektkontrakt og forplikter seg til 2-3 MNOK årlig for perioden 2026-2027.
2. Ungdomsrådet mener tiltaket virker som en god løsning for å kunne møte problemer og behov i Asker samfunnet.



Saksprotokoll

Arivsak
23/02061

Saksbehandler
Ingrid Johanne Blichfeldt

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.
1 Ungdomsrådet	16.03.2023	10/23
2 Utvalg for velferd	21.03.2023	10/23
3 Utvalg for oppvekst	21.03.2023	11/23
4 Utvalg for medborgerskap	23.03.2023	12/23
5 Formannskapet	18.04.2023	

Plan for inngåelse av effektkontrakt i Asker kommune - Ungt utenforskap

Utvalg for oppvekst har behandlet saken i møte 21.03.2023 sak 11/23

Behandling

Rådgiver Ingrid Blichfeldt innledet til saken og svarte på spørsmål.

Magne Gabrielsen fremmet følgende forslag til nytt punkt 2 i 4 kulepunkter:

- *Effektkontrakten skal vare i maks fire år og evalueres i etterkant.*
- *Bruk av administrative ressurser skal ikke gå ut over andre tiltak rettet mot denne målgruppen, eksempelvis sjøskolen, skolehelsetjenesten og andre ungdomstiltak.*
- *Utvalget ber om at det bestrebes å måle effektene på en slik måte at andre forhold som kan påvirke resultatet holdes utenfor ved bruk av en referansegruppe.*
- *Relevante politiske utvalg oppdateres årlig på status om ungt utenforskap, inkludert arbeidet med Effektkontrakt.*

Kommunedirektøres forslag ble vedtatt mot en stemme (Dahl, R)

Gabrielsens (Ap) forslag til nytt punkt 2 falt mot 3 stemmer (Dahl, R, Gabrielsen og Ramzan, Ap)

Vedtak

1. Asker kommune vil inngå avtale om effektkontrakt og forplikter seg til 2-3 MNOK årlig for perioden 2026-2027.



Saksprotokoll

Arivsak
23/02061

Saksbehandler
Ingrid Johanne Blichfeldt

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.
1 Ungdomsrådet	16.03.2023	10/23
2 Utvalg for velferd	21.03.2023	10/23
3 Utvalg for oppvekst	21.03.2023	11/23
4 Utvalg for medborgerskap	23.03.2023	12/23
5 Formannskapet	18.04.2023	

Plan for inngåelse av effektkontrakt i Asker kommune - Ungt utenforskap

Utvalg for velferd har behandlet saken i møte 21.03.2023 sak 10/23

Behandling

Leder Cecilie Lindgren (H) innledet til saken. Saksbehandler Ingrid Blichfeldt besvarte spørsmål.

Forslag fremmet av Solav Abbas, A til nytt punkt 2:

Effektkontrakten skal vare i maks fire år og evalueres i etterkant. Bruk av administrative ressurser skal ikke gå ut over andre tiltak rettet mot denne målgruppen, eksempelvis sjøskolen, skolehelsetjenesten og andre ungdomstiltak.

Utvalget ber om at det bestrebes å måle effektene på en slik måte at andre forhold som kan påvirke resultatet holdes utenfor ved bruk av en referansegruppe.

Relevante politiske utvalg oppdateres årlig på status om ungt utenforskap, inkludert arbeidet med Effektkontrakt.

Forslag fremmet av Solav Abbas, A til nytt punkt 2, falt mot 3 stemmer, Solav Abbas, A, Roger Olsen, A og Ida Kristine Selvær, R.

Innstillingens punkt 1 ble vedtatt mot 1 stemme, Ida Kristine Selvær, R

Vedtak

1. Asker kommune vil inngå avtale om effektkontrakt og forplikter seg til 2-3 MNOK årlig for perioden 2026-2027.



Saksprotokoll

Arivsak
23/02061

Saksbehandler
Ingrid Johanne Blichfeldt

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.
1 Ungdomsrådet	16.03.2023	10/23
2 Utvalg for velferd	21.03.2023	10/23
3 Utvalg for oppvekst	21.03.2023	11/23
4 Utvalg for medborgerskap	23.03.2023	12/23
5 Formannskapet	18.04.2023	

Plan for inngåelse av effektkontrakt i Asker kommune - Ungt utenforskap

Utvalg for medborgerskap har behandlet saken i møte 23.03.2023 sak 12/23

Behandling

Rådgiver Inger Johanne Blichfeldt innledet saken og svarte på oppklarende spørsmål

Aasen (H) fremmet følgende til nytt punkt 2:

- Effektkontrakten skal vare i maks fire år og evalueres i etterkant.
- Bruk av administrative ressurser skal ikke gå ut over andre tiltak rettet mot denne målgruppen, eksempelvis sjøskolen, skolehelsetjenesten og andre ungdomstiltak.
- Utvalget ber om at det bestrebes å måle effektene på en slik måte at andre forhold som kan påvirke resultatet holdes utenfor ved bruk av en referansegruppe.
- Relevante politiske utvalg oppdateres årlig på status om ungt utenforskap, inkludert arbeidet med Effektkontrakt.

Kommunedirektørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Forslag fremmet av Aasen fikk 3 (A, SV) stemmer og falt.

Innstilling

1. Asker kommune vil inngå avtale om effektkontrakt og forplikter seg til 2-3 MNOK årlig for perioden 2026-2027



Saksframlegg

Arkivsak
23/03098-1

Saksbehandler
Kristin Opsahl

Behandles av
Utvalg for velferd

Møtedato
21.03.2023

Høringssvar - Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Forbud mot langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem mv.)

Kommunedirektørens forslag til vedtak:

1. Hovedutvalg for velferd gir sin tilslutning til høringssvaret

1. Sammendrag og konklusjon

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag om å lovfeste at kommunen ikke kan bosette personer under 50 år i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester beregnet for eldre. Dette vil i praksis også omfatte omsorgsboliger, men kun omsorgsboliger der personer under 50 år må dele oppholdsrom, som kjøkken, bad, stue og lignende med personer som er betydelig eldre enn dem selv. Lovforslaget innebærer ikke at det blir forbud mot å bosette yngre personer i sykehjem mv., men da må personen selv, eventuelt pårørende, samtykke til bosettingen.

Denne saken redegjør for bakgrunnen for anbefalingen i høringen, samt alternativ lovforankring i *Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet* som departementet skisserer.

Høringssvaret fra Asker kommune støtter ikke hovedanbefalingen i høringen (se vedlegg 2). Dette begrunnes med at en slik lovendring vil være svært inngripende i

kommunens selvstyre, på et område det ikke anses forholdsmessig å detaljregulere. Det vurderes også som problematisk å sette en øvre aldersgrense på 50 år. Den foreslåtte endringen vil kunne føre til en urimelig forskjellsbehandling primært basert på alder. Alternativet som foreslås i høringen, om en lovbestemmelse forankret i ny lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet, er å foretrekke og bør utredes videre.

2. Bakgrunn for saken/saksopplysninger

2.1 Behandling i Stortinget

Temaet bosetting av barn, unge og voksne i sykehjem har vært behandlet en rekke ganger i Stortinget gjennom representantforslag og anmodningsvedtak, i 2018 og sist i 2021.

Regjeringen Solberg vurderte i 2018 at dagens lov- og forskriftsverk var tilstrekkelig. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen la dette til grunn i sin innstilling (Innst. 11 S (2019 – 2020))

Det ble i 2021 på nytt fremmet et representantforslag om lovendring fra representanter fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti. Den 16. februar 2021 vedtok Stortinget representantforslaget og fremmet følgende anmodningsvedtak overfor regjeringen:

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a, slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, barn ikke bosettes i sykehjem i strid med familiens ønske og barnets beste, samt pasienter mellom 18-49 år ikke bosettes i sykehjem i strid med eget eller vergens ønske.

Dette anmodningsvedtaket er bakgrunnen for høringen.

2.2 Dagens praksis

Statsforvalteren rapporterer årlig på antall barn, unge og voksne med vedtak om langtidsopphold i institusjon (alder og innflyttingstidspunkt) og hvor mange av disse personene som ønsker et annet botilbud og hvilke konkrete planer kommunen har for flytting av disse personene.

Rapporteringen fra statsforvalter viser at antallet personer under 50 år på sykehjem varierer noe fra år til år, men har vist en nedadgående tendens de siste årene. Innrapporterte tall for 2021 viser imidlertid en økning.

Den siste innrapporteringen fra 2021 viser at det 31. desember 2021 var;

- åtte barn under 18 år i sykehjem i Norge. Ifølge rapporteringen fra statsforvalter hadde ingen av disse et flytteønske som ikke er eller blir fulgt opp av kommunen.
- 91 personer i alderen 18-49 år med vedtak om langtidsopphold i sykehjem eller aldershjem. Av de 91 personene hadde 28 et flytteønske. Av de 28 personene med flytteønske har 14 en konkret flytteplan.

Altså var det til sammen 14 personer, ingen under 18 år, som hadde et flytteønske uten en konkret flytteplan.

Det er også innhentet utdypende informasjon fra fem statsforvaltere om botid, årsaker til at personer bosettes på sykehjem, hva man flytter til etter sykehjem og hva som begrenser kommunens mulighet til å gi et annet tilbud enn sykehjem (se høringsnotatet side 5-6, vedlegg 1).

Departementet begrunner behovet for en lovendring med at det til tross for flere anmodningsvedtak fra Stortinget bor fremdeles barn, unge og voksne personer under 50 år på sykehjem. Noen med ønsker om flytting som ikke er fulgt opp. Dette skjer også etter at det er kommunisert til landets kommuner at stortingsflertallet er mot en slik praksis.

2.3 Om lovforslaget

Departementet foreslår en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2b og en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-8. Forslaget innebærer at kommunen ikke kan fatte vedtak om langtidsopphold for barn, unge og voksne under 50 år i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester beregnet for eldre, med mindre det gis samtykke til oppholdet. Dette vil i praksis også omfatte omsorgsboliger, men kun omsorgsboliger der beboerne deler oppholdsrom som kjøkken, bad eller lignende.

I tillegg foreslås et nytt tredje ledd i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 der det fremgår at kapitlet («Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.») ikke kommer til anvendelse for personer under 50 år ved bosetning i sykehjem mv.

Det foreslås at kommunen skal ha inntil 60 dager til å etablere et annet forsvarlig tilbud. Det foreslås videre et snevert og i utgangspunktet tidsubegrenset unntak for kommunene i særlige tilfeller. (Se høringsnotatet s. 25, vedlegg 1)

I sin utdypende begrunnelse for behovet for lovendringen nevnes flere momenter:

- Det kan medføre en ekstra belastning for unge personer å bo i sykehjem mv. sammen med eldre personer, særlig dersom de eldre har en demensdiagnose. Ca. 80 % av beboerne på sykehjem har en demensdiagnose.
- Departementet viser også til formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 nr. 3 om å «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre». Departementet ser at det kan være en utfordring å oppfylle dette formålet i fellesskap med pasienter som er langt eldre, og har andre behov enn yngre.
- Departementet viser videre til § 1-1 nr. 6 om å «sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet».

2.4 Forholdet til det kommunale selvstyre og ny lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet

Departementet skriver at de er klar over at forslaget «i enkelte tilfeller kan innebære praktiske og økonomiske utfordringer for kommunen» og at «dette særlig kan gjelde små kommuner med få boformer med heldøgns tjenester. Lovgiver har gjennom anmodningsvedtakene satt et klart skjæringspunkt for det kommunale handlingsrommet når det gjelder tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i denne gruppen».

Departementet åpner for at anmodningsvedtakene i Stortinget kunne sett annerledes ut hvis *lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet* hadde vært vedtatt før behandlingen, og redegjør derfor for en mulig forankring i den nye loven.

2.5 Alternativ til lovforslaget

Departementet ber om innspill på to alternative lovformuleringer hjemlet i den nye loven. Alternativene innebærer en lovregulering av barn, unge og voksnes sosiale miljø og aktivitetstilbud når de er plassert i kommunal institusjon eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Hensikten er å sikre pasientene og brukerne under 50 år et aktivitetsnivå og et sosialt miljø som er særskilt tilrettelagt for deres aldergruppe, uten at det lovfestes et forbud mot bosetting. Departementet viser til at et av hovedhensynene bak Stortingets anmodningsvedtak, er å sikre et godt sosialt miljø for barn, unge og voksne i institusjon.

Alternativ 1

Når barn, unge og voksne under 50 år er bosatt i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, skal det tas særlig hensyn til den enkeltes behov for aktivitet og et sosialt miljø tilpasset aldersgruppen

Alternativ 2

Barn, unge og voksne under 50 år som bosettes i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester har rett til å få ivaretatt sitt behov for aktivitet og alderstilpasset miljø

Begge alternativene innebærer at kommunen må iverksette tiltak for å sikre dette, uavhengig av hvordan tjenestene organiseres. Alternativ 2 innebærer også en rettighetsfesting.

I høringsvaret fra Asker kommune anbefales det man utreder disse alternativene videre, men at formuleringen "under 50 år" utelates.

3. Sakens relevans for de tre bærekraftsdimensjonene

Økonomisk bærekraft

Kommune-Norge står overfor store utfordringer i årene som kommer med hensyn til å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Dette krever at kommunene må gjøre strenge prioriteringer og utvikle sine helse- og omsorgstjenester best mulig tilpasset de lokale forhold. Forslaget på høring kan by på ressursmessige utfordringer, og er unødvendig detaljregulerende og inngripende på et område som omhandler en svært liten gruppe.

Sosial bærekraft

For å skape et mer aldersvennlig samfunn og utsette behovet for helse- og omsorgstjenester, jobber man i kommunene aktivt med å skape nærmiljøer hvor man, uavhengig av alder, skal ha tilgang til transport, møteplasser og meningsfulle aktiviteter. Det kan derfor være problematisk å lovfeste en aldersgrense på 50 år, for et særlig tilpasset aktivitets- og botilbud. Retten til en verdig og meningsfull tilværelse og hensynet til pårørende og familieliv bør ivaretas i alle saker uavhengig av personens alder.

4. Tidligere behandling

Saken har ikke vært behandlet tidligere.

5. Kommunedirektørens vurdering

Kommunendirektøren er enig i at det er svært uheldig at barn, unge og voksne plasseres på sykehjem eller omsorgsboliger blant personer med demens el. over lengre tid. Saker i media har avdekket at dette skjer. Statsforvalterens nasjonale kartlegging viser imidlertid at dette kun gjelder svært få tilfeller. Det er ingen barn under 18 år som bor på sykehjem mot sin/pårørende sin vilje i dag. Oftest er det komplekse medisinske årsaker til at unge personer må bo på sykehjem. Dette begrunnes med behovet for døgnkontinuerlig tilgang på kvalifisert personell og medisinsk utstyr, som sikrer et forsvarlig helsetilbud.

I høringen legges det vekt på at man har rett på meningsfull og alderstilpasset aktivitet og verdig liv. Dette kan vanskelig gis på en sykehjemsavdeling hvor de fleste er eldre, og et flertall har demens. De fleste kommuner legger imidlertid til rette for at personer får et tilbud best mulig tilpasset sin helsetilstand, alder og livssituasjon. Vi erkjenner at ulike hensyn og behov kan stå opp imot hverandre. Kommunen er pliktig til å gi et forsvarlig helsetilbud. Dette hensynet kan komme i konflikt med en brukers ønske om å bo i egen bolig. Kommunen skal sikre brukermedvirkning. I dialog med bruker og pårørende finner man i de fleste tilfeller en tilfredsstillende løsning. I tilfeller hvor det er uenighet kan vedtaket klages inn til Statsforvalter.

Etter en samlet vurdering støtter ikke kommunedirektøren hovedforslaget i høringen. En tydeliggjøring av kommunen ansvar for å sikre alderstilpasset aktivitets- og botilbud er imidlertid på sin plass. I høringsnotatet foreslås det å lovfeste dette i ny lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet. Kommunedirektøren synes det er en god tilnærming, og at dette utredes videre, men at man tar bort formuleringer om at det kun skal gjelde personer under 50 år.

Lars Bjerke
kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Vedlegg:

Høringsnotat
Høringssvar fra Asker kommune
Høringssvar fra Asker kommune



Saksprotokoll

Arivsak
23/03098

Saksbehandler
Kristin Opsahl

Behandlet av
1 Utvalg for velferd

Møtedato **Saksnr.**
21.03.2023 11/23

Hørings svar - Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Forbud mot langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem mv.)

Utvalg for velferd har behandlet saken i møte 21.03.2023 sak 11/23

Behandling

Leder Cecilie Lindgren (H) innledet til saken. Saksbehandler Kristin Opsahl presenterte saken og besvarte spørsmål.

Innstillingens punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Hovedutvalg for velferd gir sin tilslutning til hørings svaret

Høringsnotat

Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Om langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem mv.)

Høringsfrist: 20. mars 2023

1. Innledning.....	3
2. Bakgrunn og behovet for lovendringer.....	3
2.1. Stortingets anmodningsvedtak	3
2.2. Dagens praksis	4
2.3 Oppsummering.....	6
3. Gjeldende rett.....	7
3.1 Innledning - regelverk og overordnede prinsipper i helse- og omsorgstjenesten	7

3.2. Kommunens ansvar og plikter	7
3.3 Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven	9
3.4 Pasienten eller brukerens rett til å medvirke ved utformingen av sitt tjenestetilbud - Om rett til informasjon, medvirkning og samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven	10
3.4.1 Om informasjon og medvirkning.....	10
3.4.2. Særlig om barn og barnets beste	11
3.4.3 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og likestillings- og diskrimineringsloven	12
3.5 Om samtykkekompetanse og representasjon.....	13
3.5.1 Hovedregler om samtykke til helsehjelp	13
3.5.2 Helt eller delvis bortfall av samtykkekompetanse. Representasjon.....	13
4. Departementets vurderinger og forslag.....	14
4.1 Generelt om forslaget.....	14
4.1.1 Innledning	14
4.1.2 Behovet for lovendringen	16
4.1.3. Forholdet til det kommunale selvstyre	17
4.1.4. Lovteknisk plassering av nye lovbestemmelser	18
4.1.5. Alternativ til lovforslaget	18
4.2. Nærmere om enkelte avgrensninger i lovforslaget	19
4.2.1 Sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre.....	19
4.2.2 Om hva som regnes som langtidsopphold.....	21
4.2.3 Kommunenes adgang til unntak i en lengre periode i særlige tilfeller	21
4.3 Nærmere om samtykke og representasjon	22
4.3.1 Generelt om samtykkekravet.....	22
4.3.2 Særlig om barnets alder og samtykkekravet.....	22
4.3.3 Samtykke på vegne av barn	23
4.3.4 Unge voksne som har samtykkekompetanse	23
4.3.5 Unge voksne som ikke har samtykkekompetanse	23
5. Økonomiske og administrative konsekvenser	24
6. Departementets lovforslag	25

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag om å lovfeste at kommunen ikke kan bosette personer under 50 år i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester beregnet for eldre. Dette vil i praksis også omfatte omsorgsboliger, men kun omsorgsboliger der personer under 50 år må dele oppholdsrom, som kjøkken, bad, stue og lignende med personer som er betydelig eldre enn dem selv. Lovforslaget innebærer ikke at det blir forbud mot å bosette yngre personer i sykehjem mv., men da må personen selv, eventuelt pårørende, samtykke til bosettingen.

Lovforslaget inneholder to unntak fra hovedregelen: Kommunene kan midlertidig bosette unge personer under 50 år på sykehjem mv. i inntil 60 dager per kalenderår for å etablere et forsvarlig tilbud eller reorganisere et eksisterende tilbud. Det andre unntaket er i utgangspunktet tidsbegrenset og gjelder der det foreligger særlige grunner.

Lovforslaget inneholder også unntak fra, og presiseringer av, de alminnelige samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Departementet foreslår at det er pårørende, og ikke tjenestene selv, som skal kunne samtykke til bosetting for personer over 18 år som mangler samtykkekompetanse. Det gjøres videre unntak for tvangsreglene i lovens kapittel 4A, noe som innebærer at ingen personer under 50 år som ikke har samtykkekompetanse kan bosettes på sykehjem mv. når de motsetter seg dette.

Forslaget innebærer en ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven, en ny § 4-8 i pasient- og brukerrettighetsloven og et nytt tredje ledd i samme lov § 4A-2.

Departementet omtaler ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, og ber også om innspill til alternativ til et forbud mot bosetting i sykehjem mv. uten samtykke, ved lovregulering av et tilpasset sosialt miljø og aktiviteter for barn, unge og voksne i institusjon mv., se pkt. 4.1.5.

Lovforslaget følger opp anmodningsvedtak fra Stortinget, se pkt. 2.1.

2. Bakgrunn og behovet for lovendringer

2.1. Stortingets anmodningsvedtak

Temaet bosetting av barn, unge og voksne i sykehjem har vært behandlet en rekke ganger i Stortinget.

I 2018 ble det fremmet et representantforslag (dok. 8:67 S (2017-2018)) om å ta nye initiativ for å sikre at barn ikke skal måtte bo på sykehjem i strid med barnets beste og foreldrenes ønske. Forslaget ble fremmet av stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad fra Kristelig Folkeparti og Nicholas Wilkinson fra Sosialistisk Venstreparti. Stortinget fulgte opp forslaget med tre enstemmige anmodningsvedtak (Innst. 125 S (2017-2018)):

Vedtak 507

Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag til lov- og/eller forskriftsendring for å sikre at kommuner ikke kan bosette barn i sykehjem i strid med familienes ønske og barnets beste.

Regjeringen Solberg vurderte at dagens lov- og forskriftsverk var tilstrekkelig. Vedtak 507 ble derfor rapportert ferdig behandlet i Prop. 1 S (2019-2020). Flertallet i helse- og omsorgskomiteen la dette til grunn i Innst. 11 S (2019 – 2020). Komiteens mindretall, bestående av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti var uenige i at det ikke var behov for lov- eller forskriftsendringer.

Vedtak 508

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak med orientering om bruk av institusjonsplasser for barn i strid med barnets beste og familienes ønsker.

I Prop. 1 S (2021 - 2022) foreslo departementet å avslutte rapporteringen på dette vedtaket ved å vise til vedtak 9 og vedtak 702 (som begge ligger til grunn for lovforslaget i dette høringsnotatet, se nedenfor).

Vedtak 509

Stortinget ber regjeringen umiddelbart klargjøre for kommunene at praksisen med barn som bosettes på sykehjem mot familiens ønske og barnets beste, er i strid med Stortingets intensjon og skal opphøre.

Vedtaket er fulgt opp med et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets statsforvaltere og kommuner datert 14. august 2018.

Ved behandling av trontalen til det 165. Storting 6. oktober 2020, fattet Stortinget blant annet følgende vedtak:

Stortinget ber regjeringen fremme nødvendig lovendring som slår fast at ingen kommuner kan plassere mennesker mellom 0 og femti år, på sykehjem mot deres egen vilje. For barn vil det være nærmeste pårørendes vilje som må gjelde. (vedtak 9)

Det ble fremmet et representantforslag om lovendring fra stortingsrepresentantene Kari Kjønnaas Kjos på vegne av Fremskrittspartiet og Nicholas Wilkinson, Karin Andersen, Kari Elisabeth Kaski, Arne Nævra og Solfrid Lerbrekk fra Sosialistisk Venstreparti se dok. 8:16 S (2020-2021) Den 16. februar 2021 vedtok Stortinget representantforslaget, (Innst. 242 S (2020-2021)) og fremmet følgende anmodningsvedtak overfor regjeringen etter løst forslag:

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a, slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, barn ikke bosettes i sykehjem i strid med familiens ønske og barnets beste, samt pasienter mellom 18-49 år ikke bosettes i sykehjem i strid med eget eller vergens ønske. (vedtak 702)

2.2. Dagens praksis

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet rapporterer statsforvalterne via Helsedirektoratet årlig følgende opplysninger fra kommunene:

- antall barn, unge og voksne med vedtak om langtidsopphold i institusjon (alder og innflyttingstidspunkt)

- hvor mange av disse personene som ønsker et annet botilbud og hvilke konkrete planer kommunen har for flytting av disse personene.

I rapporteringsøyemed regnes institusjoner som sykehjem og aldershjem etter forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav c) og d). Rapporteringen omfatter ikke barn, unge og voksne som bor i andre boformer enn institusjoner. Fram til 2018 omfattet rapporteringen kun unge mellom 17 og 50 år, men fra 2019 er rapporteringen utvidet til også å gjelde barn mellom 0 og 18 år. Det redegjøres årlig for dette arbeidet i Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporteringen fra statsforvalter viser at antallet personer under 50 år på sykehjem varierer noe fra år til år, men har vist en nedadgående tendens de siste årene. Innrapporterte tall for 2021 viser imidlertid en økning. Per 31. desember 2019 var det ni barn under 18 år som hadde permanent opphold i sykehjem eller aldershjem. På samme tidspunkt var det 94 personer mellom 18-49 år bosatt i denne typen institusjon. 24 av disse personene ønsket en annen bolig og for ti personer med flytteønske var det konkrete flytteplaner.

Per 31. desember 2020 var det fire barn under 18 år som hadde et vedtak om langtidsopphold i sykehjem eller aldershjem. Ingen av disse hadde et flytteønske som ikke ble eller ville bli fulgt opp av kommunen. Samtidig var det var 76 personer i aldersgruppen 18-49 år som hadde et langtidsvedtak om opphold i nevnte institusjoner. 15 av disse ønsket et annet botilbud. Av disse 15 hadde fem personer en konkret flytteplan.

Den siste innrapporteringen fra 2021 viser at det 31. desember 2021 var åtte barn under 18 år i sykehjem. Ifølge rapporteringen fra statsforvalter har ingen av disse et flytteønske som ikke er eller blir fulgt opp av kommunen. For personer i alderen 18-49 år var det 91 med vedtak om langtidsopphold i sykehjem eller aldershjem. Av de 91 personene har 28 et flytteønske. Av de 28 personene med flytteønske har 14 en konkret flytteplan.

Helsedirektoratet har i anledning dette høringsnotatet innhentet utdypende informasjon fra fem statsforvaltere om:

- Botid for barn, unge og voksne på sykehjem (om det er mulig å si noe konkret om sykehjem blir brukt som et midlertidig oppholdssted eller om mange blir boende over tid).
- Årsak til at unge pasienter og brukere bosesettes i sykehjem. Hva er kommunenes begrunnelse for å fatte vedtak om slik bosetting? Er det mange klagesaker til statsforvalterne i slike saker?
- Hva flytter pasienter eller brukere til etter opphold på sykehjem?
- Hva begrenser kommunenes mulighet til å gi pasienter eller brukere et annet tilbud enn opphold i sykehjem? Er det kompetanse, personell, økonomi (herunder tilgang på tilskuddsordninger) utfordringer på plansiden eller annet?

Svarene om botid kan oppsummeres slik:

- Vedtak om langtidsopphold på sykehjem for gruppen 18-49 år fattes som regel for lang tid. Det som er avgjørende er graden av behov for daglig legetjenester og øvrig helsepersonell.
- Barn i alderen 0-17 år legges ikke inn i sykehjem, men får tilbud om barnebolig. Evt. kortvarig botid i sykehjem begrunnes med at det kan ta tid å opprette et alternativt botilbud.
- Sykehjem blir kun benyttet som midlertidig oppholdssted for unge pasienter.
- De fleste kommuner organiserer et annet tilbud enn sykehjem dersom det er forsvarlig.

Svarene om årsak til bosetting i sykehjem og klagesaker til statsforvalterne i slike saker, kan oppsummeres slik:

- Kommunene gir tilbakemelding på at det er faglige begrunnelser som ligger til grunn for vedtakene som fattes i samråd med pasienten/pårørende. Sykehjem er valgt for å sikre nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og det er behovet for tett oppfølging som blir vektlagt. Andre og mindre inngripende tilbud vurderes først, som f.eks. å kombinere BPA (Brukerstyrt personlig assistanse) og hjemmesykepleie eller omsorgsbolig med bemanning, evt. heldøgns helse- og omsorgstjenester i eget hjem.
- Årsaken til bruk av sykehjem for personer under 67 er ofte krevende diagnoser (som ALS og Hutchinsons sykdom) eller at pasienten har et omfattende og sammensatt hjelpebehov.
- Statsforvalterne har ikke mottatt noen klagesaker på vedtak om bosetting i sykehjem.

Svarene om hva pasient eller bruker flytter til etter opphold på sykehjem, kan oppsummeres slik:

- Flertallet flytter til bemannede omsorgsboliger, eller til spesialiserte enheter for unge med nedsatt funksjonsevne. I noen tilfeller til egne boliger med BPA eller annen bemanning. Pasienter flyttes også til tilpassede boliger i kommunalt bofellesskap for voksne med store hjelpebehov.

Svarene om hva som begrenser kommunenes mulighet til å gi pasienter eller brukere et annet tilbud enn opphold i sykehjem, kan oppsummeres slik:

- Kommunene oppgir årsaker som økonomi, kompetanseutfordringer og mangel på ledige plasser andre steder i kommunen.
- Pasientene/brukerne trenger de trygge rammene en institusjon kan gi, med nærhet til personalet (de kan f.eks. ikke selv tilkalle hjelp).
- Pasientene/brukerne trenger helsefaglig/medisinsk kompetanse som kommunene ikke får gitt dem hjemme eller i bofellesskap (noe som skyldes tilgang på personell, ikke økonomi).
- Avdelingene på sykehjem har bedre tilgang på lege og sykepleiere hele døgnet, det har ikke omsorgsboligene.

De fem statsforvalterne opplever at det er god dialog mellom kommunene, pasienter/brukere og pårørende om hva som er det beste omsorgsnivået.

2.3 Oppsummering

Stortinget har fattet flere anmodningsvedtak om å lovfeste at unge personer ikke kan bosettes på sykehjem mot sin (evt. pårørendes) vilje. Dagens praksis viser at det fremdeles bor barn, unge og voksne personer under 50 år på sykehjem med ønsker om flytting som ikke er fulgt opp. Dette skjer til tross for at det er kommunisert til landets kommuner at stortingsflertallet er mot en slik praksis. Det er derfor behov for lovendringer som sikrer at barn, unge og voksne ikke bosettes i sykehjem og lignende boformer mot sin vilje, eventuelt mot pårørendes ønske.

3. Gjeldende rett

3.1 Innledning - regelverk og overordnede prinsipper i helse- og omsorgstjenesten

Relevante lover som regulerer heldøgns opphold på institusjoner, sykehjem eller boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester, er lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) og lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Helse- og omsorgstjenesteloven lovfester kommunenes ansvar, oppgaver og plikter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor dens innbyggere, se også formålsbestemmelsen i § 1. Hensynet til pasienter og brukere er gjennomgående fremhevet i loven og gjennom formålsbestemmelsen. Pasienter, brukere og pårørendes rett til tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder også bestemmelser om rettigheter for nærmeste pårørende og verge.

Lovene må ses i sammenheng. Departementet vil gi en nærmere fremstilling av de regler som er relevante i tilknytning til lovforslaget under pkt. 3.2 flg.

Det er et overordnet mål for helse- og omsorgstjenestene at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Videre er det å gi et forsvarlig, helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker, sentralt i tjenesteytingen.

Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

Disse verdiene ligger nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenesten. Regelverket skal også bidra til rettsikkerhet for pasienter og brukere, det vil si at den enkelte lett skal kunne sette seg inn i hva kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og en klagegang som skal bidra til at den enkeltes rettigheter blir ivaretatt.

Det er videre et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Lovgiver har begrunnet det kommunale handlingsrommet med hensyn til effektiv tjenesteproduksjon, tilpasninger til lokale forhold og nærheten til brukerne.

3.2. Kommunens ansvar og plikter

Helse- og omsorgstjenesteloven angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester. Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammene skal tilby et *forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud*, se § 4-1.

Kommunen har også et overordnet ansvar for å gi bistand til personer som av helse- og omsorgsmessige behov ikke selv klarer å skaffe seg en egnet bolig. Dette ansvaret er presisert i en nylig vedtatt lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (vedtatt av Stortinget 12. desember 2022, men ikke trådt i kraft), jf. Prop. 132 L (2021-2022). Lovens § 6 fastsetter at kommunen skal gi «individuell tilpasset bistand», og at denne plikten omfatter bistand til å skaffe boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det. I lovens § 7 tredje ledd fastsettes prinsippet om brukermedvirkning, ved at «kommunen skal så langt som mulig samarbeide med den som skal motta bistanden, og ta hensyn til dennes ønsker».

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, der det fremgår at kommunen skal sørge for at personer som

oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med private, jf. § 3-1 femte ledd. Hva som ligger i kravet «nødvendige» tjenester må sees i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester etter § 4-1, hvilket bl.a. betyr at tjenesten må ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Kravet til forsvarlighet er grunnleggende i helselovgivningen. Det omfatter både helsefaglige, herunder medisinske, vurderinger og omsorgsfaglige vurderinger. Plikten for kommunen til å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester fremgår som nevnt av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. For helsepersonell følger kravet av helsepersonelloven § 4.

Når det gjelder omfanget og nivået på tjenesten, må denne dimensjoneres etter en konkret vurdering av de hjelpetrequendes behov ut fra en helse- og omsorgsfaglig vurdering. Dette betyr at kommunen må foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud. Det fremgår av bestemmelsen at kommunen skal tilrettelegge tjenestene blant annet slik at den enkelte pasient og bruker gis et verdig tjenestetilbud.

Hva som til enhver tid er å anse som forsvarlig er dynamisk og utvikler seg i tråd med faglige endringer, verdier og øvrige samfunnsmessige forhold.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 bidrar til en ytterligere utdyping av kravet til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» ved å angi de tjenestene kommunen som et minimum plikter å sørge for. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c fastslår at kommunen skal tilby *"plass i institusjon, herunder sykehjem"*.

Etter forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 regnes følgende som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c:

- a) Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn, unge og voksne under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- b) Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- c) Aldershjem
- d) Sykehjem
- e) Dagplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd skal kommunen *"tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester."* Pasienten og brukeren er gitt en korresponderende rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e.

Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester»

fremgår det av forarbeidene (Prop. 99 L (2015-2016), merknadene til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e) at det siktes til boliger:

som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende, kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.

«Tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» omfatter også omsorgsboliger. Innledningsvis i forarbeidene (Prop. 99 L (2015-2016)) står det:

Det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sitt helse- og omsorgstjenestetilbud, både når det gjelder innholdet i tjenestene og hvor tjenestene ytes. Det er etter hvert vanskelig å se forskjell på sykehjem og enkelte omsorgsboliger. For å ta høyde for kommunenes ulike tjeneste- og boligtilbud omfatter forslaget både plass i sykehjem og opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. «boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt. Bistand fra egnet personell og tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem.

3.3 Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven

Formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 lyder:

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

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

Bak formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 ligger flere grunnlovs- og menneskerettigheter. Grunnlovens § 93 (retten til liv), § 94 (retten til frihet), § 102 (retten til privatliv) og § 104 (barns rettigheter) er alle sentrale bestemmelser som ligger bak lovens formål og som loven må tolkes i lys av. Også internasjonale konvensjoner, som f.eks. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) inneholder flere bestemmelser som er relevant for tolkningen av pasient- og brukerrettighetsloven.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasient og bruker rett til «*nødvendige*» helse- og omsorgstjenester fra kommunen de oppholder seg i, jf. § 2-1 a, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. I forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, i Prop. 91 L (2010-2011) side 514 fremgår det følgende om nødvendighetskravet:

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være den hjelpetrequendes behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, hvor det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi."

Videre står det: "Rettighetsbestemmelsen omfatter hjelpebehov av rent praktisk eller personlig art. Om en person «ikke kan dra omsorg for seg selv», krever en sosialfaglig vurdering, og i mange tilfeller også en helsefaglig vurdering, av vedkommendes funksjonsevne. Dette innebærer at også foreldre og deres mindreårige barn vil kunne ha rettigheter etter bestemmelsen, hvis omsorgen for barnet overgår foreldrenes omsorgsevne. Dette kan skyldes forhold hos barnet (enkelte funksjonshemmede barn kan for eksempel ha et så stort omsorgsbehov at dette overstiger foreldrenes omsorgsevne) eller foreldrenes egen helse eller funksjonshemming.

Det følger videre av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a tredje ledd at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud.

Hovedregelen er at det er kommunen som avgjør hvilken tjeneste eller kombinasjon av tjenester kommunen skal tilby den enkelte, så lenge kravet til nødvendige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester er oppfylt. I utgangspunktet kan derfor ikke den

enkelte pasient eller bruker vise til pasient- og brukerrettighetsloven og kreve at kommunen skal tilby nærmere bestemte tjenester.

Lovens § 2-1 e første ledd gir pasient eller bruker rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Se høringsnotatets punkt 3.2 om hva det siktes til med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester». Bestemmelsen er utformet tilsvarende som pliktbestemmelsen for kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd og det vises til omtalen av hvilke elementer som inngår i en vurdering av forsvarlighet under punkt 3.2.

3.4 Pasienten eller brukerens rett til å medvirke ved utformingen av sitt tjenestetilbud - Om rett til informasjon, medvirkning og samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven

3.4.1 Om informasjon og medvirkning

Pasientens og brukerens rett til informasjon er nærmere regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende er regulert i §§ 3-3 og 3-4. Hvem som er å regne som nærmeste pårørende er regulert i § 1-3 bokstav b.

Det er ikke tilstrekkelig at informasjonen gis. Pasienten eller brukeren må forstå innholdet og betydningen av informasjonen, noe som innebærer at den enkeltes evne til å gi og motta informasjon må tilpasses, se § 3-5.

Pasienten eller brukerens rett til medvirkning reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Det følger av bestemmelsens første ledd at pasient eller bruker blant annet har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Se mer om barnas rettigheter under punkt 3.4.2. Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 annet ledd at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det fremgår videre at det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tilbud knyttet til blant annet plass i institusjon, herunder sykehjem, og helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, som f.eks. praktisk bistand, opplæring og støttekontakt.

Kravet om informasjon og medvirkning må ses i sammenheng. For at en pasient eller bruker skal ha forutsetning for å medvirke ved utformingen og gjennomføringen av helse- og omsorgstjenestene, må de ha tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som kreves og hvilke tilgjengelige og forsvarlige helse- og omsorgstilbud kommunen kan tilby.

Det er et viktig prinsipp at helse- og tjenestetilbudet så langt som mulig blir tilpasset den enkeltes spesielle ønsker og behov. Kommunene må anstrenge seg for å finne individuelt tilpassede løsninger, noe som særlig gjelder der behovet for helse- og omsorgstjenester er langvarig og i det daglige påvirker pasienten eller brukerens livssituasjon, som f.eks. ved opphold i sykehjem eller annen heldøgns institusjon/bolig. Det samme gjelder ved

boligsosial bistand, jf. lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet § 7 tredje ledd, jf. § 6.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten dersom denne ikke har samtykkekompetanse.

3.4.2. Særlig om barn og barnets beste

I anmodningsvedtaket står det uttrykkelig at det skal tas hensynet til barnets beste. Hensynet til barnets beste er et godt innarbeidet prinsipp i nasjonalt regelverk og internasjonale konvensjoner Norge er forpliktet til å følge. Et eksempel er barnekonvensjonen (BK) som er implementert i norsk rett gjennom menneskerettsloven. Vi vil under dette punktet fremheve de mest sentrale bestemmelsene som gjelder barn særskilt. Særlig retten for barn og ungdom til å bli hørt og til å medvirke i avgjørelser som gjelder dem selv i helselovgivningen.

Som barn regnes personer under 18 år. Dette er i tråd med barnekonvensjonen art. 1, vergemålsloven § 8, barnelova § 33 og barnevernloven § 1-3 første ledd.

Barn har rett til å bli hørt, både når det gjelder utforming av eget tjenestetilbud og samtykke til helsehjelp. I Grunnloven § 104 står det:

Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres meninger skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Barn har rett til vern om sin personlige integritet. Statens myndigheter skal legge til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie.

Norge er forpliktet til å følge internasjonale konvensjoner, blant annet FNs barnekonvensjon som er inkorporert (innlemmet) i norsk rett gjennom menneskerettsloven. Norges regelverk om barns rettigheter presumeres (antas) å være i tråd med Norges internasjonale forpliktelser. Særlig relevant er barnelova, barnevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Departementet viser særlig til barnekonvensjonen (BK) art. 23. Bestemmelsen omhandler barn som er psykisk eller fysisk utviklingshemmet. Den legger i stor grad vekt på samme verdier som helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse i § 1-1.¹

Både barnelova og pasient- og brukerrettighetsloven opererer med stigende aldersgrenser for barnets rett til å bli hørt og barnets rett til medvirkning eller samtykke knyttet til helsehjelp som gjelder barnet selv, se barnelova § 31 og pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 – 4-5. Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 6 regulerer barns særlige rettigheter. Bestemmelsene går bl.a. ut på rett til samvær med foreldrene i institusjon, rett til aktivitet og rett til undervisning. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5 kan et barn som har fylt 12 år, og forstår hva saken gjelder, opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende. Det innebærer blant annet en selvstendig rett til å klage på vedtak og evt. reise søksmål mot kommunen.

Hensynet til barnets beste er også fremhevet i forarbeidene til ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet. Her fremgår blant annet: «At bistanden [til å skaffe eller

¹ Lenk til BK: [Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett \(menneskerettsloven\) - Vedlegg 8. FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokoller \(norsk oversettelse\) - Lovdata](#)

beholde egnet bolig] skal være individuelt tilpasset, innebærer at kommunen må ta hensyn til særlige behov, [...] Hvis den vanskeligstilte har barn, er hensynet til barnets beste sentralt.» (Prop. 132 L (2021-2022) punkt 11.3.3). Barnets beste og retten til å bli hørt er også fremhevet i forbindelse med saksbehandlingen, jf. proposisjonen punkt 12.3.5.

3.4.3 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og likestillings- og diskrimineringsloven²

Lovforslaget omhandler pasienter eller brukere med omfattende hjelpebehov. Felles for disse pasientene/brukerne er at de har nedsatt funksjonsevne. Funksjonsevnen varierer fra person til person, men den er av en slik karakter at de bør bo i en heldøgns institusjon dersom de ikke kan motta tilstrekkelig hjelp og omsorg i hjemmet.

FN-konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hindre som vanskeliggjør dette. Statspartene (de landene som har ratifisert konvensjonen) skal forby enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. En av konvensjonens målsettinger er at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal få et selvstendig liv og kunne delta fullt ut på alle livets områder.

Konvensjonen artikkel 1 har en formålsbestemmelse som lyder:

«Denne konvensjon har som formål å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet.»

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er blant annet mennesker med langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre.»

Lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven) gjelder på alle samfunnsområder, jf. § 2 første ledd. Det vil si at den også gjelder for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Funksjonsnedsettelse er et diskrimineringsgrunnlag, jf. loven § 1 første ledd og § 6 første ledd.

Departementet viser særlig til loven kapittel 3. om universell utforming og individuell tilrettelegging. Departementet viser videre til loven § 20 om rett til individuell tilrettelegging av kommunale tjenester som lyder:

Barn med funksjonsnedsettelse har rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunale barnehagetilbud, for å sikre likeverdige utviklings- og aktivitetsmuligheter.

Personer med funksjonsnedsettelse har rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunale tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven av varig karakter for den enkelte, for å sikre et likeverdig tilbud.

Retten etter første og andre ledd gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde. I denne vurderingen skal det særlig legges vekt på

- a) *tilretteleggingens effekt for å fjerne barrierer for personer med funksjonsnedsettelse*
- b) *kostnadene ved tilretteleggingen*

² Konvensjonsteksten på norsk: [Konvensjon, rettighetene, mennesker nedsatt funksjonsevne \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

c) *virksomhetens ressurser*

Likestillings- og diskrimineringsloven håndheves av Diskrimineringsnemnda, se lov 16. juni 2017 nr. 50 om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Diskrimineringsnemnda (diskrimineringsombudsloven).

3.5 Om samtykkekompetanse og representasjon

3.5.1 Hovedregler om samtykke til helsehjelp

Hovedregelen er at helsehjelp kun kan gis dersom pasienten samtykker til dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd. Samtykkekompetanse handler om kompetansen til å ta avgjørelser i spørsmål om egen helsehjelp, noe som også omfatter innleggelse i institusjon, f.eks. et sykehjem eller annen heldøgns institusjon beregnet for eldre. Samtykke til helsehjelp forutsetter at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det forutsetter også at pasienten eller brukeren er i stand til å forstå hva samtykket innebærer og omfatter. Se punkt 3.4.1.

At pasienten kan trekke tilbake sitt samtykke er presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 annet ledd.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2 kan samtykke gis uttrykkelig eller stilltiende. Hvem som har samtykkekompetanse, er nærmere regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd:

- a. *personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse*
- b. *personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art*

Utgangspunktet er at alle *pasienter over 16 år* har rett til å samtykke til helsehjelp, med mindre noe annet følger av særlig lovbestemmelse eller tiltakets art, se pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstavene a og b. Derfor sier man gjerne at den "helserettslige myndighetsalder" er 16 år.

Se også under pkt. 3.4.2 og henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5 om at et barn som har *fylt 12 år* har partsrettigheter og kan gjøre disse gjeldende.

3.5.2 Helt eller delvis bortfall av samtykkekompetanse. Representasjon.

Retten til å samtykke (samtykkekompetansen) *«kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd. Samtykkekompetansen skal vurderes konkret i forhold til den helsehjelp som skal gis. Det skal for eksempel vurderes konkret om pasienten eller brukeren har samtykkekompetanse i spørsmål om innleggelse på heldøgns institusjon. Når en pasient ikke kan samtykke til helsehjelp selv er det andre som samtykker eller bestemmer for pasienten.

Hovedregelen er at foreldre eller de som har foreldreansvaret kan samtykke på vegne av barn under 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd. Det samme gjelder for *ungdom mellom 16 og 18 år* som ikke har samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5.

For *pasienter over 18 år* som ikke har samtykkekompetanse, skal den som yter helsehjelpen ta en avgjørelse om det skal ytes helsehjelp uten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Ved helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan det etter § 4-6 annet ledd gis helsehjelp dersom det antas å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten selv ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Den som yter helsehjelp, skal også rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell. Etter § 4-6 tredje ledd, kan helsehjelp etter bestemmelsen ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp, er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 4-7 står det:

Pasient som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter vergemålsloven § 22 tredje ledd, skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av pasienten.» I vergemålsloven § 22 tredje ledd som det vises til står det: «En person kan fratras den rettslige handleevnen i personlige forhold på bestemte områder hvis det er betydelig fare for at han eller hun vil handle på en måte som i vesentlig grad vil være egnet til å skade hans eller hennes interesser.

Vergemål for voksne er regulert i vergemålsloven kap. 4. Vilklårene for å sette voksne personer som har fylt 18 år under vergemål reguleres i § 20. Vergemålets innhold og omfang reguleres av § 21. Loven § 22 regulerer særskilte vilkår for vergemål med fratakelse av den rettslige handleevnen.

Selv om en pasient eller bruker er fratatt rettslig handleevne på det personlige området, er det ingen automatikk i at vedkommende også er fratatt den rettslige handleevnen i helserelaterte spørsmål, herunder avgjørelse om langtidsopphold i institusjon. En verge kan heller ikke samtykke til tvang, jf. vergemålsloven § 21 fjerde ledd. Dersom det blir aktuelt med bruk av tvang overfor en vergetrengende pasient eller bruker, er det vilklårene i aktuell særlov som må være oppfylt, f.eks. lov om psykisk helsevern når det gjelder innleggelse på et psykiatrisk sykehus eller pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A for somatisk helsehjelp og innleggelse i sykehjem.

4. Departementets vurderinger og forslag

4.1 Generelt om forslaget

Dette punktet gir en fremstilling av lovforslaget generelt, behovet for lovendringen, forholdet til det kommunale selvstyret og lovtekniske bemerkninger. Departementet skisserer også alternativ til et forbud mot bosetting i sykehjem mv. i punkt 4.1.5.

4.1.1 Innledning

Departementet foreslår en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2b og en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-8. Forslaget innebærer at kommunen ikke kan fatte vedtak om langtidsopphold for barn, unge og voksne under 50 år i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester beregnet for eldre, med mindre det gis samtykke til oppholdet. Dette vil i praksis også omfatte omsorgsboliger, men kun omsorgsboliger der beboerne deler oppholdsrom som kjøkken, bad eller lignende. Se mer om dette under pkt. 4.2.1.

I tillegg foreslås et nytt tredje ledd i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 der det fremgår at kapitlet («Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.») ikke kommer til anvendelse for personer under 50 år ved bosetning i sykehjem mv.

Av lovtekniske grunner foreslår departementet en annen plassering av reguleringen enn det som foreslås i Stortingets anmodningsvedtak, se punkt 4.1.4.

Departementet kan ikke se at Stortinget har drøftet den øvre aldersgrensen nærmere. Den tertialvise rapporteringen fra statsforvalterne til Helsedirektoratet om unge personer bosatt i sykehjem har et øvre skjæringspunkt på 50 år. Departementet har vurdert en høyere øvre aldersgrense, f.eks. 55 år og 60 år, men velger å følge både rapporteringer og anmodningsvedtak. Lovforslaget innebærer derfor en øvre aldersgrense på 50 år. Lovforslaget er en innskrenkning av den kommunale friheten til å organisere helse- og omsorgstjenestetilbudet, og det vil i praksis kunne bli utfordrende for kommunene å overholde lovforslaget med en høyere øvre aldersgrense enn 50 år.

Departementet har ikke oversikt over antall pasienter/brukere mellom 50 år og 60 år som er bosatt på sykehjem i dag. Dersom lovforslaget også skulle gjelde denne aldersgruppen, vil antallet pasienter/brukere som omfattes av forslaget være vesentlig større, også fordi andelen som trenger institusjonsplass trolig vil være større i denne gruppen enn for personer under 50 år. Et slikt forslag vil derfor sette kommunene i en uforholdsmessig krevende situasjon. Kommunene har et lovpålagt forsvarlighetskrav å ivareta, noe som kan bli utfordrende for særlig mindre kommuner dersom øvre aldersgrense heves fra 50 år.

I rapporteringen fra statsforvalterne inngår personer innskrevet for langtidsopphold i sykehjem og aldershjem definert etter forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav c og d. Departementet har ikke noen oversikt over hvor mange barn, unge og voksne under 50 år som bor i en annen boform med heldøgns tjenester beregnet for eldre. Departementet har heller ikke oversikt over hvor mange barn, unge og voksne under 50 år som bor i en omsorgsbolig hvor beboere deler oppholdsrom som kjøkken, bad eller lignende.

Det foreslås at kommunen skal ha inntil 60 dager til å etablere et annet forsvarlig tilbud, se punkt 4.2.2 om hva som regnes som langtidsopphold.

Kommunen kan inngå avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere, blant annet når kommunen selv ikke har et faglig forsvarlig tilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd. Kommunen kan bl.a. undersøke med nabokommuner om de har et tilbud som kan benyttes (kjøpes), eller de kan undersøke om det er en mulighet for et interkommunalt samarbeid for å etablere institusjonsplasser for unge personer med et omfattende helse- og omsorgsbehov. Dersom kommunene trenger ytterligere tid til å etablere et faglig forsvarlig tilbud, er det departementets inntrykk at det vanligvis er en god dialog og tillit mellom kommune, pasient og pårørende.

Det foreslås videre et snevert og i utgangspunktet tidsubegrenset unntak for kommunene i særlige tilfeller, se under pkt. 4.2.3.

4.1.2 Behovet for lovendringen

Det kan medføre en ekstra belastning for unge personer å bo i sykehjem mv. sammen med eldre personer, særlig dersom de eldre har en demensdiagnose. Ca. 80 % av beboerne på sykehjem har en demensdiagnose. Sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, er i utgangspunktet ikke tilrettelagt for yngre personer når det gjelder f.eks. aktivitetsnivå og stimuli. Også unge alvorlige syke eller unge med nedsatt funksjonsevne skal ha så frie og selvstendige liv som mulig. Departementet viser videre til at barnets beste er et gjennomgående og grunnleggende prinsipp i nasjonal lovgivning og internasjonal rett. Når det gjelder barn med nedsatt funksjonsevne, vises det særlig til Barnekonvensjonen artikkel 23 som blant annet vektlegger verdighet, selvstendighet, sosial integrering og personlig utvikling (se også punkt 3.4.2).

Departementet viser også til formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 nr. 3 om å *«sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre»*. Departementet ser at det kan være en utfordring å oppfylle dette formålet i fellesskap med pasienter som er langt eldre, og har andre behov enn yngre. Aktivitetstilbudene på sykehjem mv. har ikke unge under 50 år som målgruppe, og det kan stilles spørsmål ved om unge under 50 år får den aktive og meningsfulle tilværelsen de burde ha. Det kan også være utfordrende å gi de unge et tilstrekkelig tilrettelagt tilbud.

Departementet viser videre til § 1-1 nr. 6 om å *«sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet»*. Verdighet er blant annet frihet til å ta avgjørelser og treffe valg som berører eget liv, og å oppleve at dette behovet blir møtt med respekt. Verdighet er også en subjektiv opplevelse der pasient eller bruker får en bekreftelse av egenverd og respektfull anerkjennelse fra helse- og omsorgstjenesten.

Departementet er klar over at forslaget i enkelte tilfeller kan innebære praktiske og økonomiske utfordringer for kommunen. Dette kan særlig gjelde små kommuner med få boformer med heldøgns tjenester. Lovgiver har gjennom anmodningsvedtakene satt et klart skjæringspunkt for det kommunale handlingsrommet når det gjelder tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i denne gruppen. Forslaget tar sikte på å regulere de tilfellene der pasienten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke allerede har klart å komme frem til et forsvarlig og egnet tjenestetilbud eller en plan for et slikt tjenestetilbud for unge personer under 50 år gjennom dialog og samarbeid.

Departementets hovedinntrykk er at samarbeidet der pasient eller bruker har store og sammensatte hjelpebehov, fungerer godt. De fem statsforvalterne som svarte i spørreundersøkelsen fra Helsedirektoratet (se pkt. 2.2 om «Dagens praksis») opplyste for øvrig at de ikke hadde mottatt noen klager. Det er likevel enkelte pasienter og brukere under 50 år som bosettes i sykehjem mv. mot egen eller pårørendes vilje, noe lovforslaget vil

forhindre kommunene å gjøre. Den siste rapporteringen til Helsedirektoratet per 31. desember 2021 viste en økning fra foregående år, noe som også taler for en lovregulering.

4.1.3. Forholdet til det kommunale selvstyret

Det kommunale selvstyret og lokaldemokratiet er godt forankret i norsk rett. Hovedformålet med lokalt selvstyre er at avgjørelser, organisering av tjenester og oppgaver mv. bør tilpasses lokale forhold.

Det kommunale selvstyre er lovfestet i både Grunnloven § 49 annet ledd og i lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) §§ 2-1 og 2-2, jf. 1-1. Begrensninger i det kommunale selvstyre må ha hjemmel i lov.

I kommuneloven § 2-2 første ledd står det at

Det kommunale og fylkeskommunale selvstyret bør ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.

I henhold til forarbeidene til bestemmelsen, Prop. 46 L (2017-2018) side 356 skal det foretas en avveining der både hensyn til nasjonale mål og hensynet til det kommunale selvstyret vurderes. Videre står det:

Eventuelle begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret bør forbeholdes de tilfeller hvor det er et klart behov for nasjonale føringer og hvor begrensninger er nødvendig. Vurderinger etter bestemmelsen kan være aktuell i ulike situasjoner. I og med at det gjelder et lovkrav for å gi oppgaver og plikter til kommunene og fylkeskommunene vil forholdsmessighetsprinsippet særlig være rettet mot vurderinger knyttet til arbeidet med innføring av slike lover, dog selvsagt slik at Stortinget ikke er bundet av prinsippet.

Hensynet til det kommunale selvstyret og kommunens handlefrihet til å bestemme innretningen på den boligsosiale bistanden i det enkelte tilfelle fremgår også i lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, jf. § 6 annet ledd første punktum om at «kommunen vurderer hvilken [boligsosial] bistand som skal gis.»

Anmodningsvedtaket som ligger til grunn for forslaget i dette høringsnotatet er fra før lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet ble vedtatt. Departementet mener lovens bestemmelser om kommunens plikt til å gi individuelt tilpasset bistand til å skaffe en egnet bolig og krav til brukermedvirkning, kan bidra til å oppfylle intensjonen bak anmodningsvedtaket.

Departementet tar likevel som utgangspunkt at når Stortinget fatter anmodningsvedtak om å lovfeste et forbud for kommunene til å bosette unge personer på sykehjem, foretar Stortinget samtidig en avveining mellom det nasjonale målet om at ingen personer under 50 år skal bosettes mot sin vilje i sykehjem mv. og hensynet til det kommunale selvstyret. Dette må også gjelde de delene av forslaget som går lenger enn ordlyden i anmodningsvedtaket, men som følger opp Stortingets intensjon med vedtaket.

På bakgrunn av den nye loven om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, og av hensyn til det kommunale selvstyret, vurderer imidlertid departementet et alternativ til et forbud mot bosetting i sykehjem mv. i punkt 4.1.5 der vi ber om høringsinstansenes innspill.

Anmodningsvedtaket og lovforslaget er begrunnet ut fra ulike formål som er lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Dette er blant annet formål som pasienters/brukeres likeverd, aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, mulighet til å leve og bo selvstendig og å sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Departementet mener at de formålsbestemmelsene det vises til, både enkeltvis og samlet, innebærer at yngre personer ikke bør bli nødt til å leve sammen med langt eldre, som ofte har demens, på sykehjem mv. mot sin vilje. Tilbudene på et sykehjem og lignende boformer er utformet og tilpasset eldre beboere. Fellesskap med langt eldre pasienter kan virke demotiverende og meningsløst for yngre personer som bor der mot sin vilje. De vil dessuten oppleve at de eldre beboerne faller fra, og det vil derfor heller ikke være noen kontinuitet eller stabilitet for barn, unge og voksne personer under 50 år.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte brev til landets statsforvaltere og kommuner 14. august 2018 og skrev at praksisen med å bosette yngre personer på sykehjem mot deres vilje *ikke* var i tråd med Stortingets intensjon. Til tross for dette viser innrapporterte tall fra Helsedirektoratet at praksisen fortsetter. Veiledning har således vist seg utilstrekkelig, og det er nødvendig med lovregulering som forbyr å bosette barn, unge og voksne i sykehjem og lignende boformer.

4.1.4. Lovteknisk plassering av nye lovbestemmelser

I Stortingets anmodningsvedtak står det at lovendringen skal gjøres i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a. Denne bestemmelsen handler om forsvarlighet og at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at *den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud*.

Departementet foreslår at lovendringen delvis fastsettes i en egen og ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b, og delvis i en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-8. Bestemmelsene skal vise til hverandre. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven retter seg mot kommunene, mens bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven retter seg mot pasientene og brukerne. Løsningen er i tråd med begge lovenes oppbygging, se pkt. 3.1 (gjeldende rett).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a handler om kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller «tilsvarende *bolig* særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester». Departementet mener at den naturlige plasseringen blir en ny § 3-2 b. Det fremgår av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven at § 3-2 a også regulerer omsorgsboliger, se pkt. 3.2 og 4.2.1

Departementet foreslår at den delen av lovforslaget som omhandler samtykkereglene står i samme kapittel som øvrige samtykkeregler i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 og at bestemmelsen tas inn i ny § 4-8.

4.1.5. Alternativ til lovforslaget

Departementet skisserer også mulige alternativ til lovforslaget i pkt. 6.

Alternativene innebærer en lovregulering av barn, unge og voksnes sosiale miljø og aktivitetstilbud når de er plassert i kommunal institusjon eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Hensikten er å sikre pasientene og brukerne under 50 år et aktivitetsnivå og et sosialt miljø som er særskilt tilrettelagt for deres aldergruppe, uten at det lovfestes et forbud mot bosetting. Departementet viser til at et av hovedhensynene bak Stortingets anmodningsvedtak, er å sikre et godt sosialt miljø for barn, unge og voksne i institusjon.

En mulig utforming av lovtekst kan være:

Når barn, unge og voksne under 50 år er bosatt i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, skal det tas særlig hensyn til den enkeltes behov for aktivitet og et sosialt miljø tilpasset aldersgruppen.

Sosialt miljø og tilpasset aktivitet kan også sikres gjennom en rettighetsbestemmelse: Et alternativ kan f.eks. være en rettighet for barn, unge og voksne om at de skal få sitt behov for aktivitet og et alderstilpasset miljø ivaretatt. En mulig utforming av lovtekst kan være:

Barn, unge og voksne under 50 år som bosettes i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester har rett til å få ivaretatt sitt behov for aktivitet og alderstilpasset miljø.

Begge alternativene innebærer at kommunen må iverksette tiltak for å sikre dette, uavhengig av hvordan tjenestene organiseres.

Departementet ber om høringsinstansenes innspill på hvordan slike bestemmelser best bør utformes.

4.2. Nærmere om enkelte avgrensninger i lovforslaget

4.2.1 Sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre

Begrepet «sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre», vil etter lovforslaget omfatte både sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger med felles oppholdsrom for beboerne. Det avgjørende for om en konkret omsorgsbolig omfattes av lovforslaget, er om boformen i realiteten er beregnet for eldre pasienter og brukere, ikke hva den betegnes som.

Pasient og bruker betaler husleie for sin omsorgsbolig. Utover dette er det stor variasjon mellom kommuner når det gjelder hvordan tjenestetilbud i omsorgsboliger er utformet og hvordan omsorgsboligene er innrettet. Omsorgsboligen anses som pasienten og brukerens egen bolig. Omsorgsboliger kan være atskilte enheter, samlokaliserte enheter, m.m. Dette innebærer at det er ulike løsninger når det gjelder tilgang på felles oppholdsrom og felles aktiviteter. Aktivitetene og tilretteleggingen kan være mer individuelt innrettet i omsorgsboliger, og pasient- og brukergruppene omgås ikke i samme grad som på et sykehjem eller annen institusjon. Det vil videre kunne være store variasjoner i beboernes alder.

Omsorgsboliger regnes som egen bolig, jf. begrepet «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e. Som det fremgår av forarbeidene til de nevnte bestemmelsene (Prop. 99 L (2015-2016)) er det etter hvert vanskelig å se forskjell på sykehjem og enkelte omsorgsboliger. Begrepet «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» ble i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a sidestilt med sykehjem for å ta høyde for kommunenes ulike tjeneste- og boligtilbud.

På denne bakgrunn mener departementet at intensjonen i Stortingets vedtak blir best ivaretatt ved at lovforslaget også omfatter visse typer omsorgsboliger. Det vises særlig til likheten mellom sykehjem og slike boliger og at hensynene bak vedtaket er at barn, unge og voksne skal ha et bomiljø med jevnaldrende og ikke plasseres i boformer beregnet for eldre. Departementet legger til grunn at det er i tråd med Stortingets intensjon at personer under 50 år ikke skal bosettes i en heldøgns boform som er beregnet for eldre personer, uavhengig av om institusjonen kalles sykehjem, aldershjem eller går under en annen betegnelse. Lovforslaget omfatter derfor omsorgsboliger der beboerne har felles oppholdsrom som stue, kjøkken, bad eller lignende og som er beregnet for eldre. Dette vil være omsorgsboliger som etter en konkret vurdering i hovedsak må anses å være en del av et kommunalt tjenestetilbud som er innrettet mot eldre pasienter og brukere. Det må gjøres en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

«Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» avgrenses i dette forslaget mot tjenester som pasient eller bruker mottar i sin privateide bolig. Dersom pasienten eller brukeren mottar tjenester i eget ordinære hjem, er ikke dette en «bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester». Som nevnt ovenfor er omsorgsbolig å betrakte som egen bolig.

Lovforslaget avgrenses også mot institusjoner som er rettet mot yngre brukere og pasienter. Det avgrenses videre mot boformer der flere yngre og flere eldre bor sammen, men i atskilte enheter uten fellesarealer som bad og kjøkken mv. Det er som nevnt de reelle boforholdene i boformen som blir avgjørende, ikke hva den betegnes som.

Hva menes med «eldre»

Departementet finner det krevende å definere "eldre". Både det fysiske og psykiske helse og kognitive funksjonsnivået til den enkelte varierer mye innen samme aldersgruppe, og ikke kun i ulike aldersgrupper. Derfor er det ikke formålstjenlig med en klar nedre aldersgrense på hvem som betegnes som "eldre". I tillegg vil kulturelle, demografiske og mulige andre dimensjoner kunne spille inn i vurderingen av om noen regnes som eldre. Utviklingen over tid mellom generasjoner innebærer også forskjeller i hvilke aldersgrupper som betraktes som "eldre".

Det fremgår ikke av lov eller forskrift hva som menes med "eldre personer", heller ikke i forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg eller sykehjemsforskriften.

Verdens helseorganisasjon (WHO) legger til grunn alder over 60 år i sine retningslinjer for integrert omsorg for eldre personer (Integrated care for older people: guidelines on

community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity) av 2017. FN definerer eldre som personer er 60 år eller over, men internasjonalt har en også benyttet en nedre aldersgrense på 65 år. I Norge har mange en høyere vurdering av når en er eldre enn det som gjelder internasjonalt, og som reflekteres i at Norge har en høyere øvre avgangsalder fra arbeidslivet, opptil 70-72 år, og at norske eldre har bedre helse og funksjonsevne som eldre enn mange andre land, såkalte *healthy life years* etter 65 år (OECD Health at a Glance 2020).

Departementet ber særskilt om høringsinstansenes innspill til hvordan "eldre» bør forstås i lovforslaget.

4.2.2 Om hva som regnes som langtidsopphold

Det fremgår ikke av Stortingets anmodningsvedtak at det må samtykkes til ethvert kortvarige opphold i sykehjem mv. Det ville også by på uforholdsmessige praktiske og organisatoriske utfordringer for kommunene.

Departementet mener kommunene kan trenge noe tid på å organisere sine tjenester og å etablere et forsvarlig tilbud til den enkelte pasient eller bruker, slik de er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil som nevnt ovenfor være lite hensiktsmessig å pålegge kommuner å etablere omfattende helse- og omsorgstjenesteilbud ved midlertidige og kortvarige behov. Lovforslaget skal derfor gjelde opphold av en viss varighet.

Departementet har sett hen til forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (egenandelsforskriften). I forskriften § 1 tredje ledd bokstav a regnes korttidsopphold som *Tidsavgrenset opphold i institusjon gitt som døgnopphold, dagopphold eller nattopphold*. I egenandelsforskriften § 1 tredje ledd bokstav b regnes langtidsopphold som *Opphold i institusjon på ubestemt tid eller tidsavgrenset opphold når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn pr. kalenderår*.

Departementet foreslår en tilsvarende avgrensning i lovutkastet. Det nye forbudet vil dermed bare gjelde opphold ut over 60 døgn pr. kalenderår.

Departementet finner det dermed riktig at også lovforslaget tar utgangspunkt i antall døgn per kalenderår. Det kan f.eks. være behov for kommuner til å foreta endringer i den tjenesten som er etablert utenfor en heldøgns institusjon beregnet for eldre. Endringene kan være organisatoriske, personellmessige (opplæring) mv.

Kommunen bør i mellomtiden tilstrebe å tilby midlertidig opphold et annet sted enn i en boform for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre. Departementet forventer at antall døgn i slike boformer begrenses til et minimum av det som er nødvendig for å oppnå formålet med den midlertidige flyttingen.

4.2.3 Kommunenes adgang til unntak i en lengre periode i særlige tilfeller

Dersom kommunen ikke klarer å få etablert et forsvarlig tilbud innen 60 dager, kan det gjøres unntak i særlige tilfeller. Adgangen til unntak skal tolkes snevert. Unntaket skal være en

nødløsning, og er særlig aktuelt ved situasjoner som oppstår plutselig, der kommunen kanskje må bygge ny tilrettelagt bolig. Det er med andre ord tilfeller der kommunen ellers ikke vil ha noen reell mulighet til å oppfylle forsvarlighetskravet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd.

Departementet legger til grunn at kommunen i slike særlige tilfeller treffer et enkeltvedtak for der pasienten skal bo, så lenge unntaket gjelder. Det skal der fremgår hvilke særlige grunner som gjør at kommunen trenger lenger tid enn 60 dager.

Departementet har vurdert om det skal settes et tidspunkt for hvor lenge kommunen kan benytte et slikt unntak. Departementet har kommet til at fordi boformene er så forskjellig utformet og organisert, og det vanskelig kan tas høyde for alle situasjoner en kommune kan tenkes å komme i, taler det for at unntaket er tidsbegrenset. I vurderingen har departementet også sett hen til at dersom pasienten/brukeren eller nærmeste pårørende mener at kommunen bruker unødvendig lang tid, kan de klage til statsforvalter etter de alminnelige klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. På denne bakgrunn foreslår departementet ingen konkret tidsbegrensning for unntak, men viser til at kravet om «særlig grunner» i praksis vil innebære en slik begrensning.

4.3 Nærmere om samtykke og representasjon

4.3.1 Generelt om samtykkekravet

Som nevnt i punkt 4.1, skal pasient eller bruker under 50 år fortsatt kunne samtykke til bosetting i sykehjem mv. Samtykket må være basert på god informasjon om hva tilbudet innebærer og hva som er det alternative tilbudet dersom vedkommende ikke samtykker. Det alternative tilbudet må oppfylle retten til et nødvendig, verdig og forsvarlig helse- og omsorgstilbud. Dette er krav til samtykke som allerede følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

Siden utgangspunktet er et forbud mot slik bosetting, bør det etter departementets oppfatning kreves at uttrykkelig samtykke. Det skal således ikke være tilstrekkelig med et stilltiende samtykke etter § 4-2.

Departementet vurderer nedenfor om det bør gjøres unntak eller presiseringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om hvem som kan samtykke til opphold for personer under femti år i institusjon beregnet for eldre personer når personen selv mangler samtykkekompetanse. Videre foreslås det unntak fra tvangsreglene i kapittel 4A.

4.3.2 Særlig om barnets alder og samtykkekravet

Departementets lovforslag presiserer at den nedre aldersgrensen for at pasient/bruker skal kunne gi et selvstendig samtykke er 16 år. Departementet ser ingen gode grunner til å avvike fra de alminnelige samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4. Ungdom som er 16 og 17 år har normalt (med mindre de er sterkt kognitivt svekket) egne meninger om hvilken helsehjelp de vil motta. De vil normalt også ha meninger om å bosettes i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, og dette bør det legges avgjørende vekt på. Departementet har også sett hen til flere regler i andre helselover med tanke på fastsetting av aldersgrensen i lovforslaget. Hensynet til et helhetlig regelverk tilsier at det bør gjelde en aldersgrense på 16 år. Psykisk helsevernloven opererer med en 16-årsgrense for samtykke til

innleggelse i psykiatrisk institusjon, dersom 16-åringen er samtykkekompetent. Ungdom som har fylt 16 år kan også samtykke til innleggelse i institusjon ved rusmiddelavhengighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 fjerde ledd.

4.3.3 Samtykke på vegne av barn

Departementet foreslår heller ingen unntak fra de alminnelige reglene om samtykke på vegne av barn og ungdom i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 og 4-5. Det innebærer for barn under 16 år, kan foreldre eller andre med foreldreansvar samtykke på vegne av barnet. Det samme gjelder for ungdom mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Dersom barnevernet har overtatt omsorgen for barnet etter nærmere bestemmelser i barnevernloven, vil barnevernet ha rett til å samtykke til bosetting på sykehjem mv., jf. §§ 4-4 fjerde ledd og 4-5 annet ledd.

Departementet understreker at selv om kommunen og foreldre eller andre med foreldreansvar, seg mellom er enige i at det kan vedtas et langtidsopphold for barnet i boform for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, må det gjøres en konkret helhetsvurdering av hva som er å anse som barnets beste. Barnets beste er også en del av forsvarlighetsvurderingen, f.eks. ved oppfyllelse av retten til helhetlige og koordinerte tjenestetilbud, se helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a. For barn må særlig familiære hensyn tillegges vekt i denne helhetsvurderingen.

4.3.4 Unge voksne som har samtykkekompetanse

Så lenge pasienten i alderen 16-49 år, er samtykkekompetent og ikke ønsker å bo i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, skal vedkommende etter lovforslaget få tilbud om opphold et annet sted som også gir et nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstilbud. Opphold i en boform som nevnt krever således samtykke fra den som får tilbudet. Samtykke må som nevnt i punkt 4.3.1, være basert på god informasjon om hva tilbudet innebærer og hva som er det alternative tilbudet dersom vedkommende ikke samtykker.

4.3.5 Unge voksne som ikke har samtykkekompetanse

For pasienter eller brukere over 18 år som mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg langtidsopphold i sykehjem mv., foreslår departementet at det kreves samtykke fra nærmeste pårørende. Se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b om hvem som regnes som nærmeste pårørende. Nærmeste pårørende omfatter også verge.

Forslaget om å begrense kommunens adgang til å bosette personer under femti år i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre personer, skiller seg fra bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven som gir pasient eller bruker rettigheter. Lovforslaget innebærer et forbud mot at kommunene gir en bestemt type helsehjelp til en bestemt pasient- eller brukergruppe under en bestemt alder. Departementet mener derfor det er uheldig om kommunen selv, tar avgjørelsen om en pasient under 50 år uten samtykkekompetanse skal bosettes på sykehjem eller annen bolig beregnet for eldre. En slik løsning vil heller ikke følge opp Stortingets anmodningsvedtak, om at personer mellom 18-49 år ikke skal bosettes i sykehjem i strid med eget eller pårørendes ønske.

Departementet foreslår derfor et unntak fra pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 slik at kommunehelsetjenesten ikke kan beslutte opphold i sykehjem mv. på vegne av pasient eller bruker. I stedet skal nærmeste pårørende samtykke til bosettingen. Er det flere personer som er nærmeste pårørende, kreves det samtykke fra samtlige.

Departementet mener at dersom personer over 18 år som ikke har samtykkekompetanse *motsetter seg* langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende boform beregnet for eldre, er det gode grunner til at de bør høres. Det må sies å være både legitimt og rasjonelt for personer under 50 år å motsette seg langtidsopphold i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre. Departementet foreslår derfor at nærmeste pårørende i slike tilfeller ikke kan samtykke til langtidsopphold og at kommunen heller ikke kan benytte tvangsregelverket i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A. Her bør ikke pasienter eller brukere som ikke har samtykkekompetanse, stilles dårligere enn personer med samtykkekompetanse.

Departementet mener at også dette vil være i tråd med Stortingets anmodningsvedtak, og være en logisk konsekvens av lovforbudet. Når kommunen etter lovforslaget ikke har adgang til å bosette pasienter og brukere under 50 år på sykehjem eller aldershjem, så kan de heller ikke bosette denne aldersgruppen der ved å bruke tvang etter lovens kap. 4 A.

5. Økonomiske og administrative konsekvenser

Basert på årlige gjennomganger fra statsforvalterne er det grunn til å tro at målgruppen for lovendringen er begrenset til et mindre antall personer. Rapporteringen fra statsforvalterne viser at det er få unge personer som over tid har et uønsket langtidsvedtak om opphold på sykehjem eller aldershjem og som ikke har en konkret flytteplan. Dette var 10 personer i 2020 og 14 personer i 2021.

Tilsvarende tall for unge i omsorgsboliger finnes ikke. Det er ukjent hvor mange boliger med heldøgns bemanning som er spesielt beregnet for eldre og hvilke boliger som har felles oppholdsrom. Departementet antar imidlertid at det også for denne gruppen er få unge personer som ønsker å flytte og hvor det ikke finnes noen konkret flytteplan.

Det antas at personene som omfattes av lovforslaget har rett til betydelige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Forslaget endrer ikke denne retten, men regulerer hvordan og hvor tjenesten kan gjennomføres. En plass i institusjon har en betydelig kostnad. En plass i sykehjem har en gjennomsnittlig driftskostnad på om lag 1,4 mill. kroner per år. Det er også slik at staten ved folketrygden betaler for f.eks. lege-tjenester/medisiner på blå resept etter takstordningen som gis i omsorgsbolig/eget hjem. Det vises også til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester (totalt ca. 10-12 mrd. kroner) som har som formål å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Etter denne ordningen refunderes deler av utgiftene kommunen har til brukere som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester. Ordningen omfatter brukere både i omsorgsboliger og når det ytes omfattende tjenester i eget private hjem. Kommunene får som hovedregel dekket 80 % av utgifter ut over 1,47 mill. kroner (2022).

Økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene vil bli utredet videre. I den forbindelse understrekes at et viktig formål med høringen er å kartlegge konsekvenser ved ulike alternativer.

6. Departementets lovforslag

Helse- og omsorgstjenesteloven ny § 3-2 b skal lyde:

§ 3-2 b *Kommunens adgang til å vedta langtidsopphold for personer under 50 år på sykehjem mv.*

Kommunen kan ikke uten samtykke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-8, vedta langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem. Det samme gjelder tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre og har felles oppholdsrom for beboerne. Med langtidsopphold menes opphold på 60 døgn eller mer i løpet av et kalenderår.

Kommunen kan gjøre unntak fra første ledd hvis det foreligger særlige grunner.

Pasient- og brukerrettighetsloven ny § 4-8 skal lyde:

§ 4-8 *Samtykke til langtidsopphold på sykehjem mv. for personer under 50 år*

Ved langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem mv. etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b, skal samtykket være uttrykkelig. Med langtidsopphold menes opphold på 60 døgn eller mer i løpet av et kalenderår.

Den eller de som kan samtykke etter første ledd, er følgende:

- a) *For barn under 16 år er det foreldre eller andre med foreldreansvar som samtykker.*
- b) *For personer mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, og som ikke motsetter seg langtidsopphold etter første ledd, er det nærmeste pårørende som samtykker, jf. § 1-3 bokstav b.*
- c) *Barneverntjenesten samtykker på vegne av barn under 16 år som de har omsorgen for, jf. § 4-4 fjerde ledd. Det samme gjelder for ungdom mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, jf. § 4-5 andre ledd.*
- d) *Personer over 16 år med samtykkekompetanse, samtykker selv.*
- e) *For personer over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, og som ikke motsetter seg langtidsopphold etter første ledd, er det nærmeste pårørende som samtykker, jf. § 1-3 bokstav b.*

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 nytt tredje ledd skal lyde:

Kapitlet kommer ikke til anvendelse for personer under 50 år som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg langtidsopphold i sykehjem mv. etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b.

Hørings svar

Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Om langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem mv.)

Høringsfrist 20.03.2023.

Det vises til høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet

1. Innledning

Hørings svaret nedenfor er utarbeidet av Asker kommune (heretter omtalt som Asker) i et samarbeid mellom administrasjon-, bestiller og utførerenheten i kommunen. Asker har lest hørings svaret med stor interesse.

Asker har som klar målsetting å tilby unge innbyggere andre alternative tjenester enn heldøgns omsorg i institusjon, i de tilfeller innbygger er i behov av omfattende tjenester. Sykehjem eller tilsvarende som boform for yngre mennesker vedtas kun i de tilfeller hvor det etter en faglig vurdering er helt nødvendig for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og det er behov for en meget tett oppfølging. Dette er svært sjelden.

Ved organisering av kommunenes tjenester er det mange hensyn som spiller inn. Noen av disse er geografi, befolkningsstørrelse, økonomi, tilgjengelig bygningsmasse, mm. kommuner opplever utfordringene ulikt. Samtidig vil de samme overordnede prinsippene gjelde, herunder kravet til forsvarlige tjenester, brukermedvirkning og kravet til et verdig tjenestetilbud for å nevne noe.

Departementet belyser selv forholdet til det kommunale selvstyret, og viser i denne sammenheng til kommuneloven § 2-2 første ledd. Det kommunale selvstyret bør ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål, og begrensningene bør forbeholdes de tilfeller hvor det er klart behov for nasjonale føringer.

Asker oppfatter høringsfor slagets hovedfor slag som svært inngripende i kommunens selvstyre, på et område det ikke anses for holdsmessig å detaljregulere. Det innebærer at Asker ikke støtter hovedfor slaget i høringen. Vi støtter imidlertid departementets alternativ til lovfor slaget. Vi kommer nærmere tilbake til begrunnelsen for vårt standpunkt.

2. Kommentar til høringsfor slagets hovedfor slag

Departementet ber om instansenes innspill til for slaget om ny bestemmelse i Helse- og omsorgstjenesteloven samt Pasient- og brukerrettighetsloven. For slagene vil lovfeste et forbud mot å vedta langtidsopphold for personer under 50 år på sykehjem mv. samt endre muligheten for å benytte tvang overfor personer under 50 år som mangler samtykkekompetanse, og som motsetter seg langtidsopphold.

Som et utgangspunkt mener Asker at lovgiver som hovedregel bør reservere seg fra å lovfeste særrettigheter til bestemte grupper. I dette tilfellet ser vi at den foreslåtte endringen vil kunne føre til en urimelig forskjellsbehandling basert primært på alder. Det fremkommer i liten grad en faglig fundert begrunnelse for lovfor slaget. Departementet vektlegger at det er behovet for en aktiv og meningsfull tilværelse som kan ivaretas ved å lovfeste et forbud. Asker er av den oppfatning at det finnes en rekke virkemidler en kan

benytte seg av for beboere i langtidsopphold, slik at dette blir ivaretatt for alle aldersgrupper. Unges behov for tiltak vil i noen grad skille seg fra eldre beboeres ønsker eller behov, og bør fremfor å lovfestes heller sikres på annen måte, se punkt 3.

Asker vil videre bemerke at for de ytterst få unge som mottar tjenester i sykehjem eller tilsvarende bolig, vil pleiebehovet for enkelte ofte være så stort, at det vil være begrenset hva en alternativ organisering av boformen vil føre til. I ytterste konsekvens vil lovforslaget kunne medføre bygg av alternative boformer, for et svært lite antall personer. Det støttes ikke, og anses ikke å være i takt med de ressursmessige utfordringene helsetjenesten i kommunen står fremfor i årene som kommer.

Asker vil videre kommentere departementets forslag til unntak fra § 4A-2. Ifølge lovforslaget vil verken pårørende eller kommunen kunne legge inn en pasient uten samtykkekompetanse på langtidsopphold på sykehjem eller i en heldøgns omsorgsbolig dersom pasienten motsetter seg dette. Det vil si at en pasient under 50 år, som ikke selv forstår eget behov for helsehjelp likevel skal kunne ta beslutningen om langtidsplass på sykehjem, i motsetning til pasienter over 50 år. Slik forslaget er lagt frem, vil kommunen miste et sentralt virkemiddel til å yte forsvarlig helsetjenester til en utsatt gruppe, og det fremstår uavklart hvordan kommunene da skal kunne yte forsvarlig helsehjelp.

3. Asker støtter departementets alternativ til lovforslaget

Som høringsnotatet også belyser, er det et allerede lovfestet krav om at pasienter skal motta et verdig tjenestetilbud, jfr pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Dette utgangspunktet er tungtveiende og skal tillegges stor vekt ved vurderingen av hvilket tjenestetilbud kommunen faller ned på etter at pasient og bruker selv er hørt. Anmodningsvedtaket som ligger til grunn for lovforslaget er begrunnet ut fra ulike formål som også allerede er lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Pasient og bruker kan klage på tjenestene kommunen tilbyr, herunder at tilbudet ikke er faglig forsvarlig eller at det ikke er i tråd med kravet til et verdig tjenestetilbud. Dette representerer etter Askers vurdering en betydelig anledning for overordnet klageinstans til å korrigere eventuell uheldig praksis.

I lys av dette, vil Asker støtte departementets alternative forslag om å vise til ny lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet som også vil styrke den enkeltes rett til et tilpasset tilbud. På bakgrunn av den nye loven, og av hensyn til det kommunale selvstyret, ber departementet om høringsinstansenes innspill.

Asker støtter at departementet utreder videre et forslag til utforming av lovtekst, enten som en rettighetsbestemmelse for pasienten eller brukeren eller som en plikt-bestemmelse for kommunen. Det anbefales i alle tilfelle å vurdere å fjerne formuleringen "barn, unge og voksne under 50" av den grunn at aktivitet og sosialt miljø bør tilpasses alle uansett alder. Asker anbefaler derfor en lovtekst som ikke gir særrettighet til en bestemt gruppe.



Asker
kommune

Notat til referatsaker

Vår referanse
23/04439-1

Vår saksbehandler
Ellen Gangnæs

Dato
09.03.2023

Referatsaker Utvalg velferd 21.03.2023

Dokumentet er elektronisk godkjent.



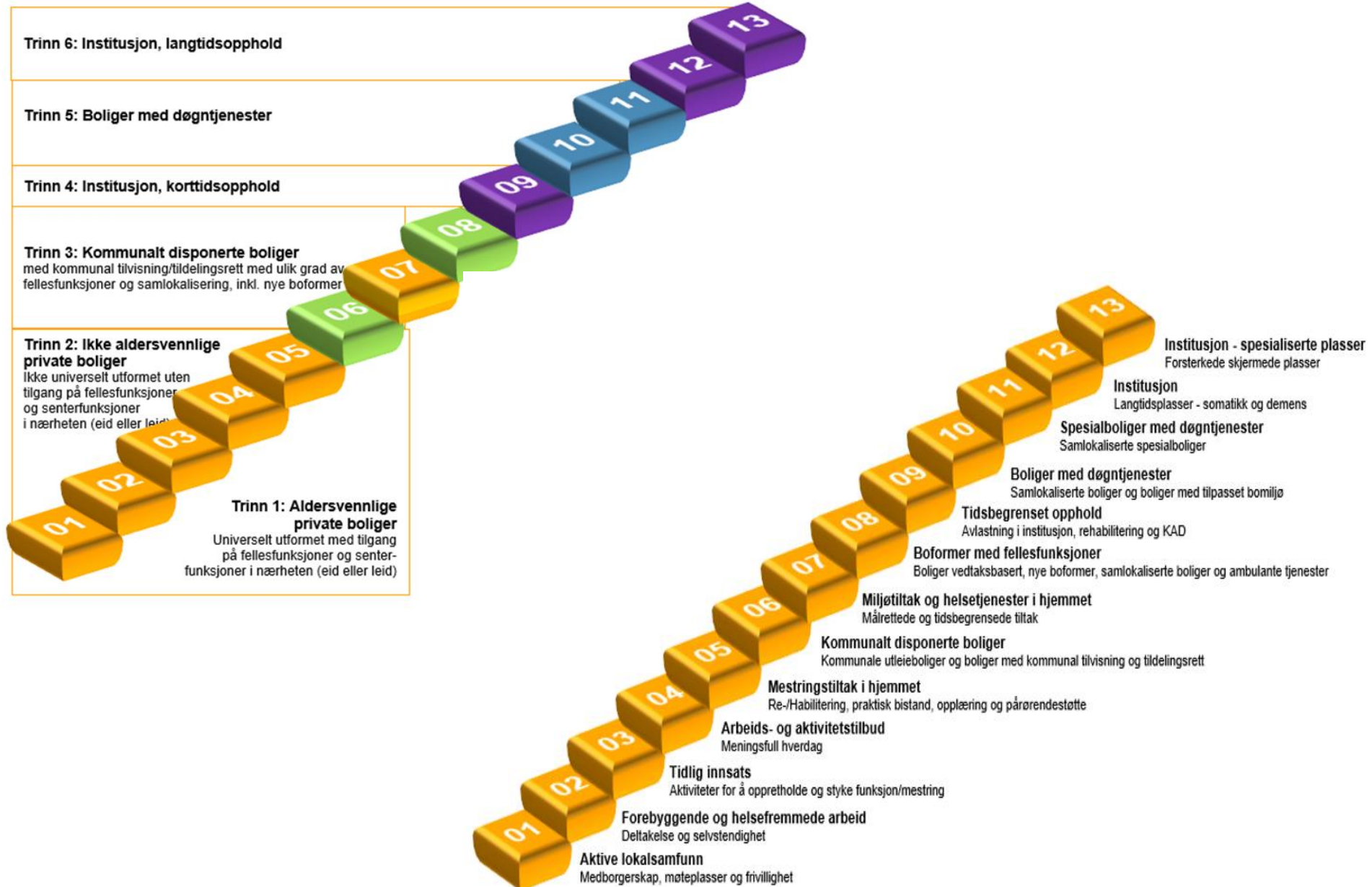
Utdrag fra årsrapport Velferd 2022

Hovedutvalg for velferd

Asker 21.03.23



Figur 1: Innsatstrapp og boligtrapp



Bolig: antall som venter og hvor lenge de venter

Bolig uten bemanning	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	21	14	26	25
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	285	394	180	194

Bolig med bemanning eldre - heldøgns tjenester	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	10	19	10	19
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	78	91	89	88

Bolig med bemanning - mennesker med nedsatt funksjonsevne	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	14	12	16	15
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	606	862	757	978

Bolig med bemanning - psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	6	9	6	7
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	332	389	174	285

Bolig med bemanning - ROP(rus og psykisk helse)	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste - antall brukere per 30.06 og per 31.12	5	2	4	3
Effektueringstid gjennomsnitt per mnd	177	351	201	353

Institusjon: hvor mange venter og hvor lenge

Langtidsopphold i institusjon	2020	2021	Halvår 2022	2022
Venteliste- antall brukere som venter hjemme (gjennomsnitt per mnd)	3	5,3	1,7	1,8
Effektiveringstid gjennomsnitt per mnd.	31	22,1	13,5	24

Dekningsgrad heldøgns omsorg for eldre	2023	2024	2025	2026
Eksisterende og planlagte boliger	822	862	862	862
Planlagte plasser Handlingsprogram 2022-2025	40	0	0	100
Sum	862	862	862	962
Beregnet dekningsgrad	19,9 %	18,9 %	17,6 %	18,5 %

Omløpshastighet (gjennomsnittlig liggetid) korttidsplasser	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere på korttid	732	753	520	900
Snitt ant. liggedøgn per bruker	28	35	28	31

KAD	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere	324	431	221	418
Antall liggedøgn	1528	2128	1048	2005
Gjennomsnittlig liggetid	4,7	4,6	4,7	4,8
Beleggsprosent	47 %	68 %	64 %	61 %



Reinnleggelser til spesialisthelsetjenesten	2020	2021	T.o.m. august 2022
Asker	14,2 %	14 %	13,3 %
Bærum	14,4 %	14,4 %	13,5 %
Vestre Viken	15,40 %	15.6%	15,6 %

Samhandlingsdata utskrivningsklare somatikk	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall varslede pasienter (gjennomsnitt per mnd)	200	174	221	231

Samhandlingsdata utskrivningsklare somatikk	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall betalingsdøgn (gjennomsnitt per mnd)	33	37	13	21
Gjennomsnittlig liggetid	2	3	2	2

Samhandlingsdata utskrivningsklare psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall varslede pasienter (gjennomsnitt per mnd)	24	20	16	28

Samhandlingsdata utskrivningsklare psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall betalingsdøgn (gjennomsnitt per mnd)	23	57	7	33
Gjennomsnittlig liggetid	10	19	7	17

Utskrevet til hva?

Overført fra sykehuset i gjennomsnitt per måned til:	2020	2021	Halvår 2022	2022	Andel 2022
- hjem m/hj.spl	91	91	92	94	42 %
- tryggheten	0	0	0	0	0 %
- lindring	8	5	4	5	2 %
- rehabilitering	3	10	14	12	5 %
- ord. korttid	61	58	64	68	30 %
- demensplass	0	1	2	2	1 %
- KAD	0	0	0	0	0 %
- hjem uten hjelp	11	9	13	13	6 %
- omsorgsbolig m/h.oms	9	5	0	0	0 %
- sykehjem langtid	11	12	10	10	4 %
- mors	8	8	8	7	3 %
- andre	5	5	11	16	7 %
	207	203	219	226	100 %

Klagesaker hos statsforvalteren

Klagesaker sendt til Statsforvalter					
Sakstype	Antall	Stadfestet	Delvis omgjort	Omgjort	Opphevet
Omsorgsstønad	2	1	0	0	0
Avlastning	1	1	0	0	0
Praktisk bistand	1	0	0	0	0
Støttekontakt	2	1	0	0	0
BPA	6	1	0	0	4
Langtid	1	1	0	0	0
Vederlag	2	0	0	0	0
Annet	9	4	0	0	0
Sum	24	9	0	0	4

Andre tjenester

Helse, rehabilitering og mestring	2020	2021	Halvår 2022	2022
Rehab utenfor inst (i hjemmet) ant brukere (gjennomsnitt per mnd)	14	8	7	6
Rehab utenfor inst (dagrehab) ant brukere (gjennomsnitt per mnd)	7	6	6	7
Rehabilitering i inst ant brukere (gjennomsnitt per mnd)	12	13	18	18
Helsefremmende tjeneste (gjennomsnitt tildelte tjenester per mnd)	9	10	12	14
Ergoterapi (gjennomsnitt tildelte tjenester per mnd)	54	48	60	55
Fysioterapi (gjennomsnitt tildelte tjenester per mnd) inkl. gruppebehandling	46	50	60	66
Hjelpemiddeltjenesten antall oppdrag per mnd gjennomsnitt	378	503	547	530

Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant timer pr bist opplæring (gjennomsnitt per mnd)	29264	31955	30966	31788
Ant timer pr bist opplæring per bruker (gjennomsnitt per mnd)	134	126	122	124
Ant hjemmeboende som har ambulerende tjenester (gjennomsnitt per mnd)	25	29	41	41

Arbeid og dagaktivitet - personer med funksjonsnedsettelse	2021	halvår 2022	2022
Aktivitetssenter, antall brukere	86	91	91
Arbeidssenter, antall brukere	77	85	90
Arbeid med oppfølging, antall brukere	6	4	3
Sum	169	180	184

Psykisk helse og ROP – ambulant og aktiviteter

Tjenester Mestringstilbud psykisk helse og rus	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall deltakere kurs og grupper		177	833	1869
Antall personer som har mottatt assistert selvhjelp				204
Antall personer som har mottatt individuelt tilbud		367	208	430

Døgnåpen veiledningstelefon	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall henvendelser		1203	956	1734

Psykososialt kriseteam	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall henvendelser		49	24	55

Lavterskel somatiske helsetjenester	2020	2021	Halvår 2022	2022
Feltsykepleien (antall brukere)		120	120	124

Dagaktivitetstilbud og møteplasser	2021	Halvår 2022	2022
Aktivitetshuset Asker	137	123	121
Aktivitetssenteret Slemmestad	20	26	17
Aktivitetssenteret Tofte	15	17	10
Grendestua rusfri møteplass			ca. 100
Asker gatelag	52	34	37



Tjenester psykisk helse	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere helsetjenester psykisk helse (gjennomsnitt per mnd)	480	496	506	506
Ant vedtakstimer helsetjenester psyk helse (gjennomsnitt per mnd)	2203	1687	1841	1809
Ant timer helsetjenester psyk helse per bruker (gjennoms. per mnd)	5	3	4	4

Tjenester rusoppfølging	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere helsetjenester rusoppfølging(gjennmsnitt per mnd)	129	145	130,5	133
Ant vedtakstimer helsetjenester rusoppfølging (gjennomsnitt per mnd)	360	452	374	387
Ant timer helsetjenester rusoppfølging per bruker (gjennomsnitt per mnd)	3	3	3	3

FACT	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall pasienter		117	124	139

Forsterket oppfølgingstjeneste	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall henvendelser		157	304	625

Bolig med bemanning	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall som bor i omsorgsbolig pr 30.06 og 31.12	105	110	109	106

Tjenester psykisk helse og rus	2020	2021	2022
Antall brukere koordinator uten IP	114	77	94
Antall brukere individuell plan	60	67	67



Hjemmesykepleie	2020	2021	Halvår 2022	2022
Ant brukere hjemmesykepleie (gjennomsnitt per mnd)	1380	1411	1451	1429
Ant vedtakstimer hjemmesykepleie (gjennomsnitt per mnd)	18981	19568	20679	20199
Ant vedtakstimer hjemmesykepleie per bruker (gjennomsnitt per mnd)	14	14	14	15

BPA	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere >= 18 år	68	61	60	62
Antall timer (beregnet) brukere >= 18 år	16427	16653	14868	15467
Snitt antall timer per bruker per måned	242	273	250	248

Støttekontakt	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere støttekontakt(gjennomsnitt per måned)	593	580	556	546

Omsorgstønad	2020	2021	Halvår 2022	2022
Antall brukere omsorgstønad (gjennomsnitt per måned)	98	108	109	104
Antall vedtakstimer omsorgstønad per bruker (gjennomsnitt per måned)	48	48	49	48

Dagaktivitetstilbud for eldre og personer med demens	2020	2021	Halvår 2022	2022
Dagaktivitetstilbud antall brukere (gjennomsnitt per måned)	188	220	240	233
Dagaktivitetstilbud antall timer (gjennomsnitt per måned)	5850	7107	7377	7498
Antall timer(gjennomsnitt per måned)	31	32	31	32



UTVIKLINGSARBEID

TryggEST

Pårørendekoordinator og Pårørende prosjekt , Sett,Møtt, Hørt

Kvalitetsarbeid i Gericia - systemrådgiver

Bolighjelpen – fremskaffing av private boliger, primært til flyktninger i år

Digital hjemmeoppfølging – økt trygghet og mestring for brukere og pårørende , effektivisering for fastleger

CRPD – menneskerettigheter for mennesker med funksjonsnedsettelse, Bufdir og statsforvalter

TØRN – i flere virksomheter, roller, oppgaver , effektivisering

Program Velferd – Samordning av Velferds utviklingsprosjekter

Psykisk helse - omstilling av kjøpeplasser og interne botilbud i bolig med tjenester

Økt tilbud i psykisk helse – gruppetilbud

Aktivitet og kultur i heldøgnsomsorg – eks. Gullbaren

Frivillighetens år – rådgiver ansatt i hjemmetjenester



Asker
kommune



Et samfunn i store endringer – økt fattigdom i Asker 2022

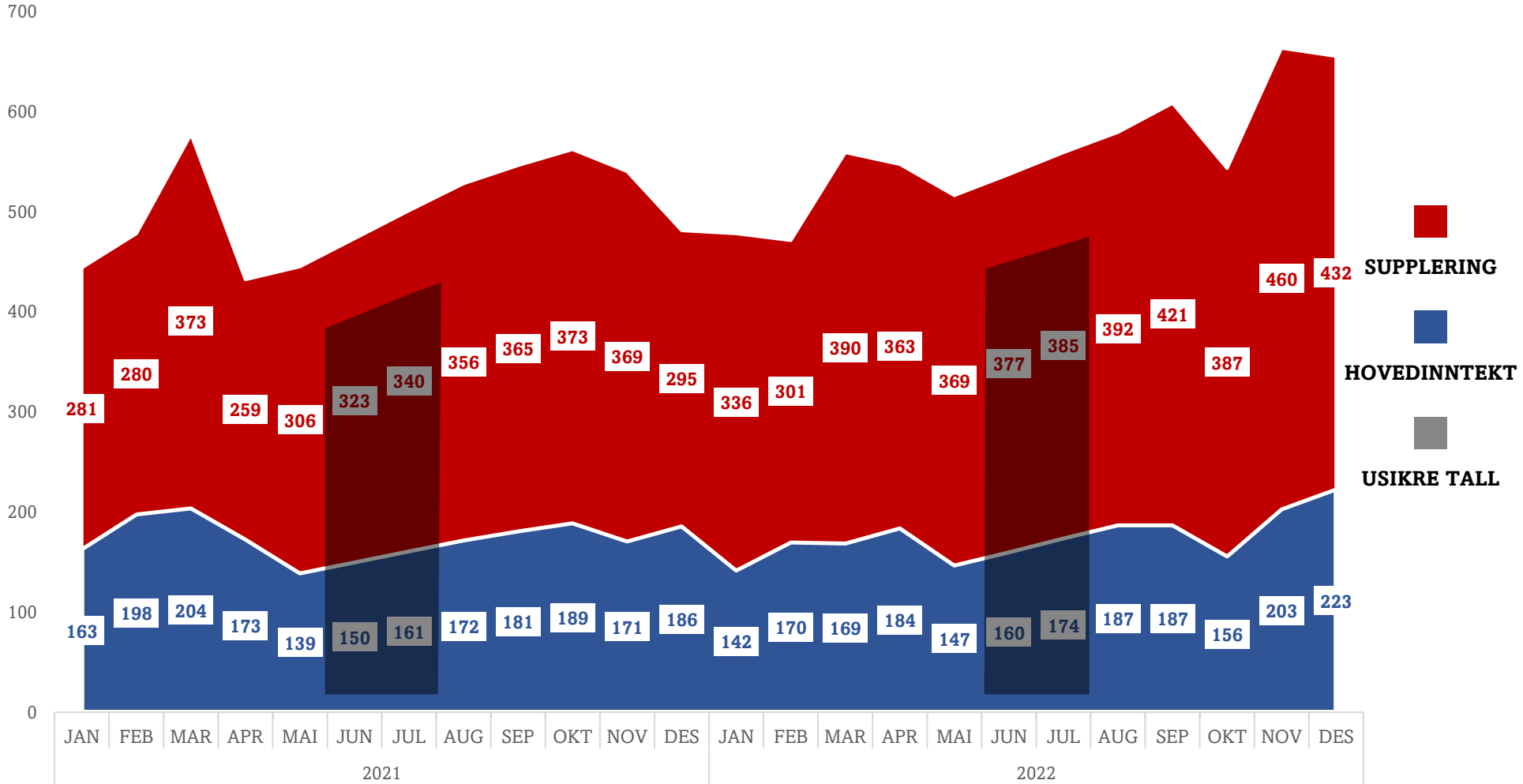
Utvikling og tall NAV Asker
Sosialhjelp og utenforskap

Velferdsutvalget 21.03.23

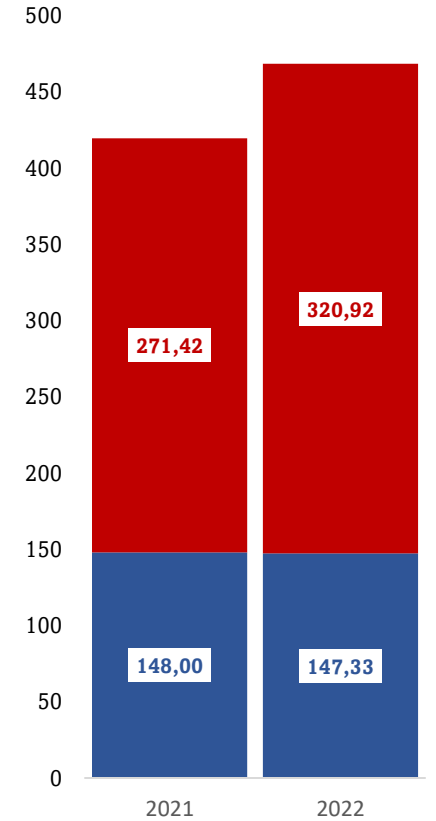
Et samfunn i endring

- Vi er alle kjent med det økte kostnadsbildet i det norske samfunnet og hvordan priser på strøm, mat, drivstoff og renter påvirker oss som forbrukere og innbyggere
- Arbeidsmarkedet i Asker var godt i 2022 med en lav ledighet, men vi så en stigende ledighet mot slutten av året og en mismatch i tilbud og etterspørsel ift kompetanse.
- Hva skjer når kostnadene øker mer enn inntektene?

ANTALL MOTTAKERE AV SOSIALSTØNAD

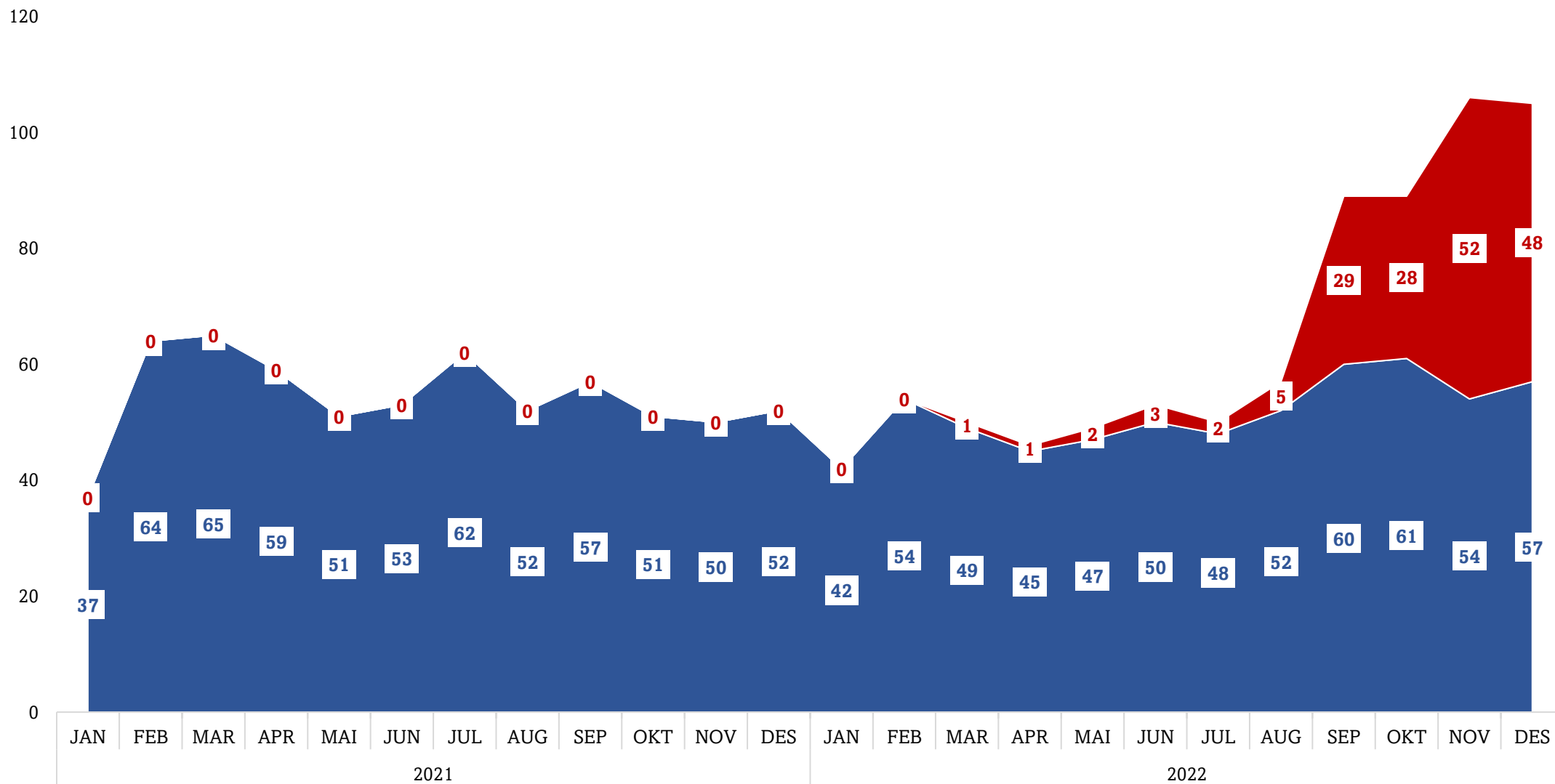


SNITT PR. MÅNED

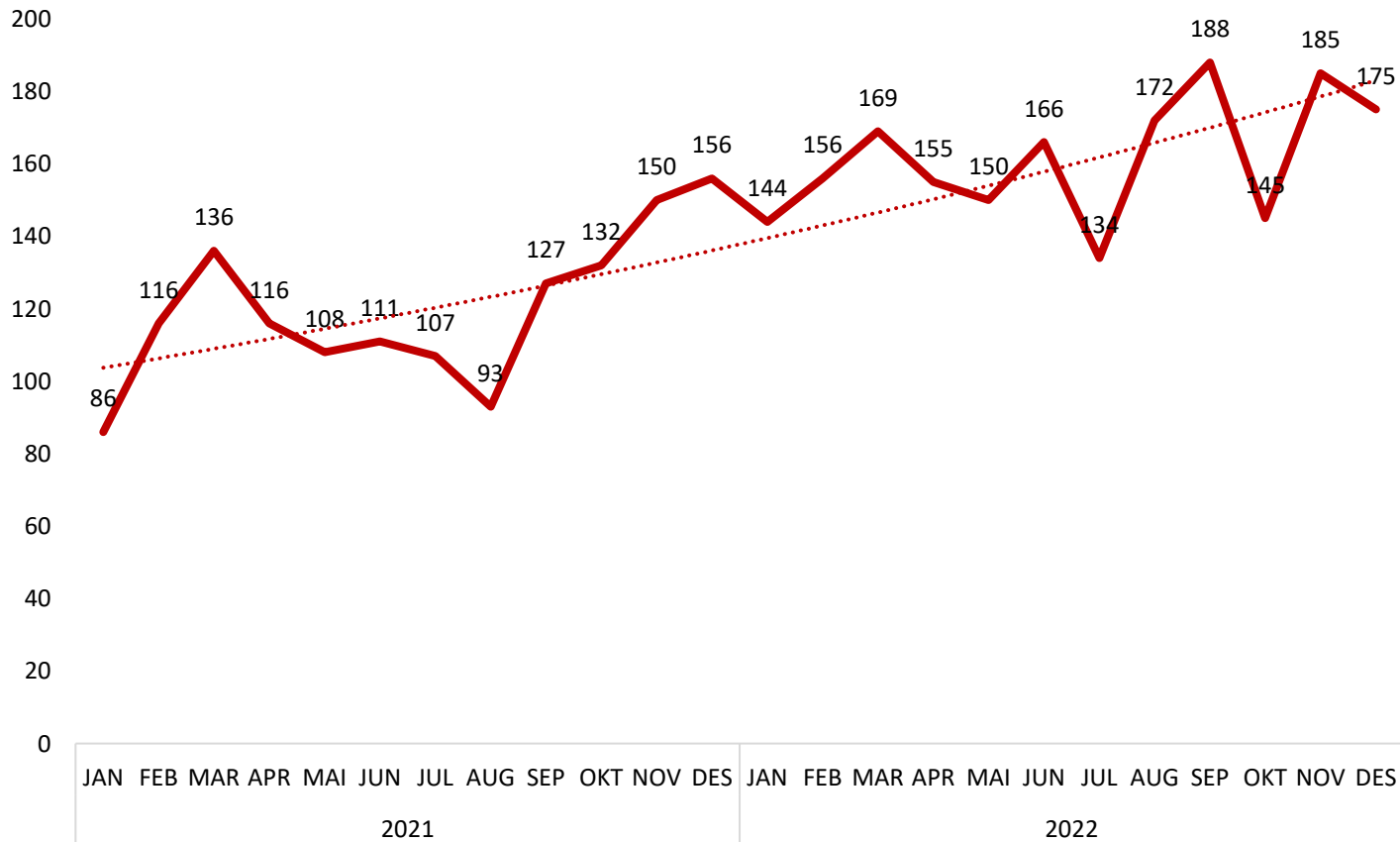


FLYKTNINGER MED SOSIALSTØNAD

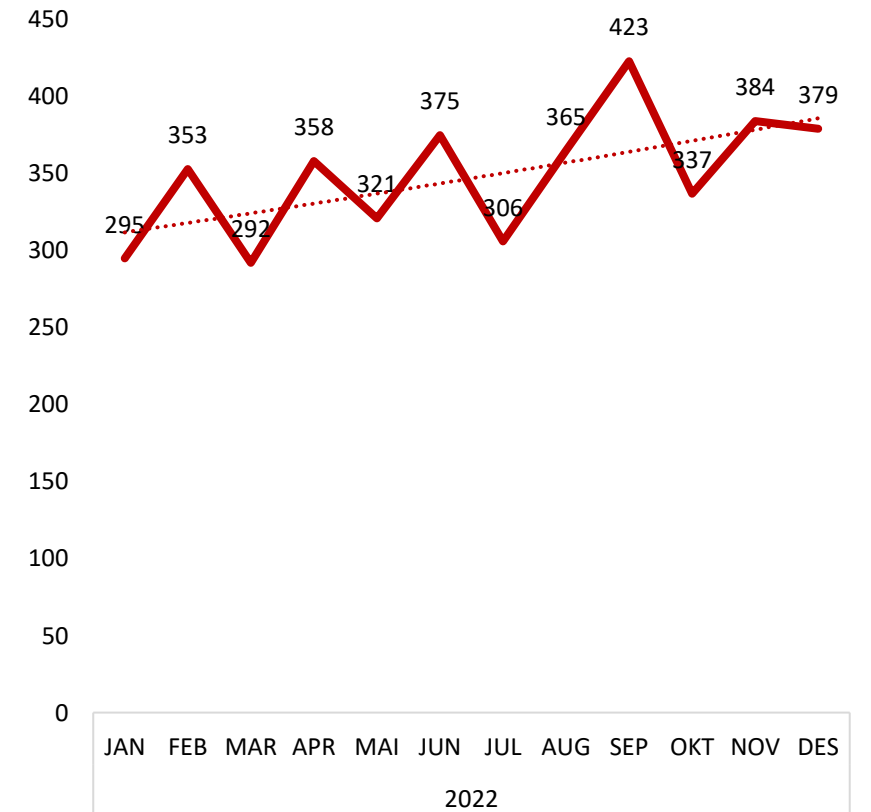
UKRAINA
FLYKTNINGER



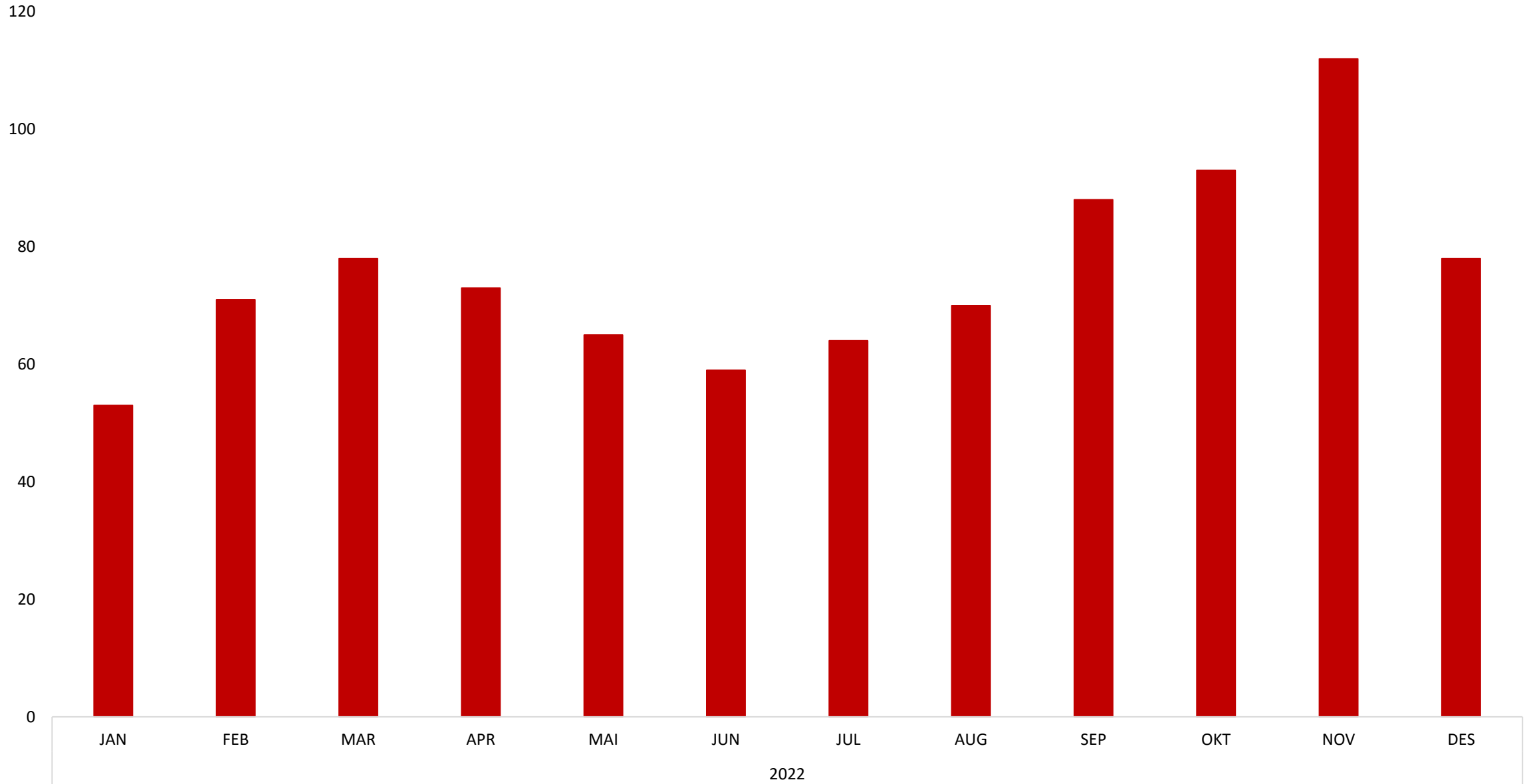
ANTALL FAMILIER SOM MOTTOK STØNAD



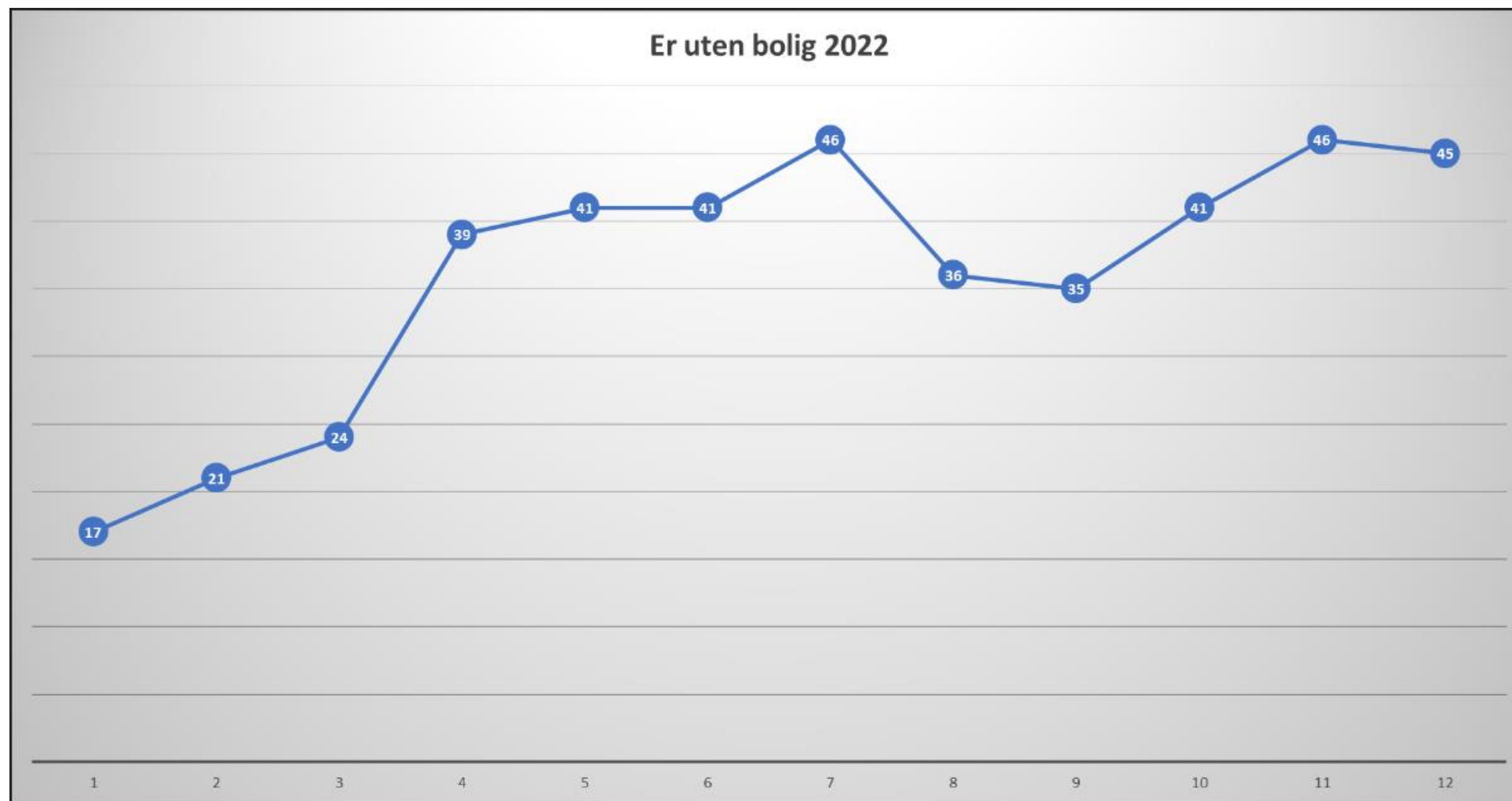
ANTALL BARN SOM MOTTOK SOSIALSTØNAD



MOTTAKERE AV NØDHJELP



Bostedsløshet



Oppsummert - hvem er hardest rammet?

- Lavinntekts – husholdninger
- Barnefamilier
- Uføre (100%) og hushold med ekstra daglige utgifter pga funksjonshemming eller alvorlig sykdom
- Stønadsmottakere (AAP, dagpenger)
- De som er marginaliserte på arbeidsmarkedet
- De som ble rammet økonomisk under koronaen
- NY gruppe: Leietakere og selveiere m/boliglån

NAV Asker og Poppe febr. 2022

12% har ingen sparepenger og stadig flere går tomme

14% låner for å få endene til å møtes

16% sparer strøm for å ha råd til mat eller omvendt

8% viser tegn til matfattigdom

16% av boligeiere med boliglån er bekymret for renteoppgangen



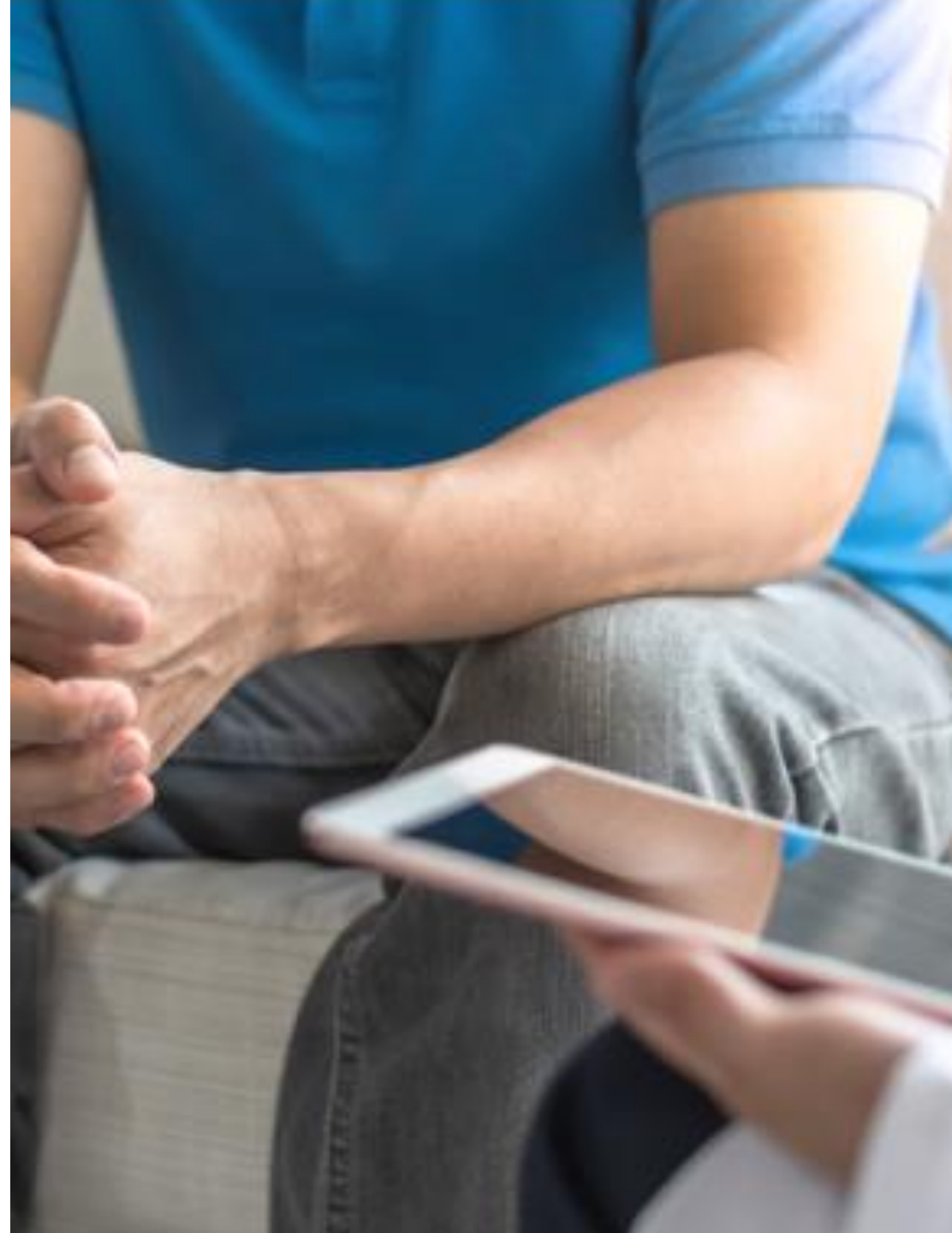
Asker
kommune

Digitalisering og velferdsteknologi

Årsrapport/status

Utvalg for velferd
21. mars 2023

Lisa K. Hagen | rådgiver | Senter for innovasjon og læring | Team velferd



Digital hjemmeoppfølging (DHO)

- «Helsehjelpen» er etablert i virksomhet Helse, rehabilitering og mestring.
- Løsninger som tillater at personer kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme.
- Innbygger svarer på enkle spørsmål om helsetilstanden sin og/eller utføre avtalte målinger (f.eks. blodtrykk, blodsukker, oksygenmetning og vekt) via et nettbrett eller smarttelefon.
- Resultatene overføres digitalt til Helsehjelpen, som kontakter pasienten ved tegn til forverring eller når målinger ligger utenfor normalverdier.
- Helsehjelpen gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og egenbehandlingsplan, og vurderer i samråd med pasienten om det er behov for å ta kontakt med f.eks. fastlege.
- Ikke en akuttjeneste



Erfaringer med digital hjemmeoppfølging... så langt

Pasient: «Føler jeg har fått mer energi og har nå laget meg en middag, jeg kan ikke huske sist jeg gjorde det.»

Pårørende: «Føler at jeg kan slappe av og kan reise bort noen dager og at noen «passer på» mannen min.»

Fastlege: "Hei, dette høres veldig spennende ut. Jeg blir gjerne med på et møte, telefonnr utenom kø er:....."



Pasient: «Føler behovet jeg har for oppfølging kan følges opp av digital hjemmeoppfølging.»

2 inspirasjonsdager i samarbeid med Tellu

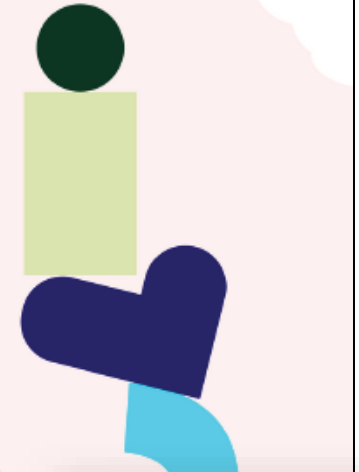
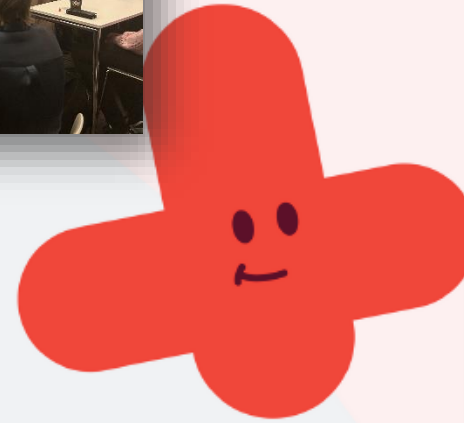
- 60 deltakere fra kommuner og helseforetak
- DHO fra fastlegens perspektiv
- Erfaringer med DHO fra spesialisthelsetjenesten
- Pilotering i Agder – innovasjonspartnerskapet
- Faglige råd, nasjonale føringer i utprøvingen og anbefalinger.
- Status fra nasjonalt spredningsprosjektet
- Helsepersonell og pasienters erfaringer med bruk av DHO (SINTEF)



INSPIRASJONS DAGER DHO

20.-21. MARS

20
23



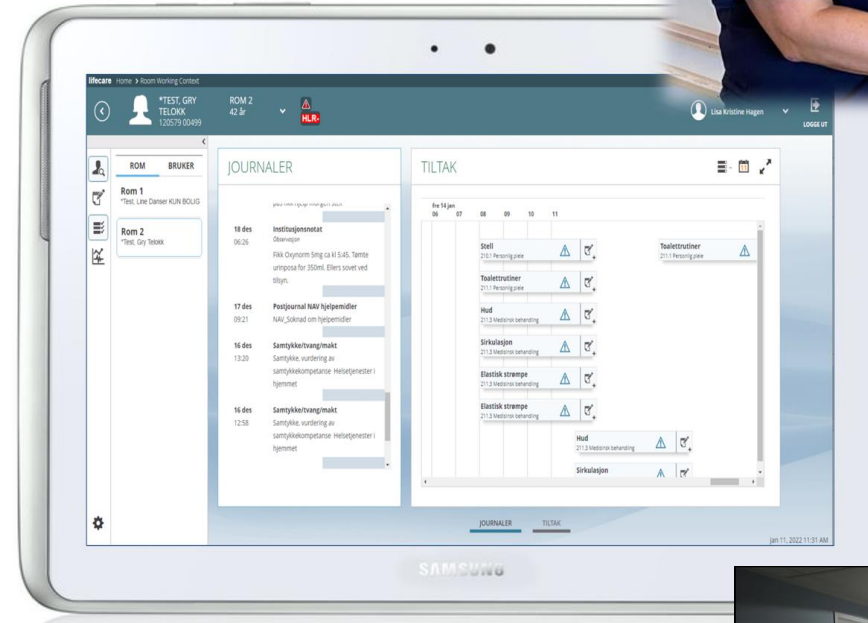
DAG 1: SCANDIC ASKER
DAG 2: ASKER KOMMUNE

eRom – journal på nettbrett

- Institusjon og bolig
- Gjennomføringsfase:
 - Heldøgnsomsorg I og II
 - Tjenester til personer med funksjonsnedsettelser I og II
- Benytter digitale kurs på nettbrettet til opplæring (i tillegg til kurs ute i bolig/institusjon)
- Prosjektet avsluttes før sommeren



Foto: Eli Sofie Berg



Integrasjoner: Velferdsteknologisk knutepunkt / eSense

- Sikre overføring av informasjon mellom velferdsteknologiske løsninger og elektronisk pasientjournal
- Sømløs overføring av journalnotater
- Opprettelse av oppdrag til hjemmetjenesten (trygghetsalarm)

Journalinformasjon fra
medisineringsdispenser

Journalinformasjon fra
sensorer (digital
hjemmeoppfølging)

Brukerinformasjon til
responscenter i
Kristiansand

Trygghetsalarmoppdrag
direkte til applikasjon på
smarttelefon for
hjemmetjenesten

Digitalt tilsyn

- Nesbru bo- og omsorgssenter
 - Uttesting av løsning på 10 beboerrom
- Legge til rette for at responscenteret i Kristiansand kan utføre kameratilsyn for bedre å avklare før utrykning etter utløst trygghetsalarm
- Utføre tilsyn dersom det har gått et passivt varsel fra kamera hjemme hos bruker

Planlagte besøk til faste avtalte tider

Hendelsesbaserte tilsyn dersom beboer/innbygger for eksempel beveger seg ut av seng

Kontinuerlig tilsyn der det er behov for å våke over



Velferdsteknologiens ABC og nettverk for velferdsteknologi

- 5 emner:
 - 1) Introduksjon til arbeid med velferdsteknologi
 - 2) Fra brukerbehov til ny løsning
 - 3) Etikk, lovverk, informasjonssikkerhet og personvern
 - 4) Organisering og drift av velferdsteknologi i tjenesten
 - 5) Implementering og samskaping av velferdsteknologitjenester
- Ansatte som har gjennomført kurset inviteres til å delta i nettverk



HelseHub

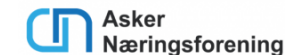


En felles HelseHub skal være en pådriver for utviklingsprosjekter som løfter frem og skaper synergier innen helserelatert forskning og innovasjon i regionen.

Partnere:



Samarbeidspartnere:



Satsningsområder i 2023

- Digital hjemmeoppfølging og responscenter
- Simulering og test
- Digital helsekompetanse
- Forebyggende helse

Prosjekter/møteplasser

- Prosjekt BEVER – behandlingshjelpemidler
- Prosjekt Helseparken – næringsutvikling i og rundt Helseparken
- #HelseViken konferansen – 30. mai
 - Tema: digital hjemmeoppfølging



STATUS MARS 2023

CoTech – samskapt helseteknologi

USN prosjekt 6000542, NFR prosjekt 331903

Prosjektleder: Janne Dugstad - ph.d

E-post: Janne.Dugstad@usn.no

Mobil: +47 909 93 646

Styringsgruppeleder: Cecilie Varsi - ph.d

Cecilie.Varsi@usn.no

Mobil: +47 908 56 339



CoTech – samskapt helseteknologi

CoTech bygger et regionalt, ledende tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid innen **digital helse og teknologi** mellom helsenæringen, helsetjenestene og USN, som får nasjonal betydning og internasjonal anerkjennelse.

Samarbeidet skal øke kapasitet med tanke på

- 1) **regional og nasjonal næringsutvikling** rettet mot et nasjonalt og internasjonalt marked,
- 2) bærekraftig **digital omstilling** i offentlige og private helsetjenester,
- 3) **kompetanse og kunnskap** som kommer helsenæringen, befolkningen, politikere, pasienter og pårørende, helsepersonell og studenter til gode.

På lengre sikt er det et mål at **CoTech** danner grunnlag for et Senter for forskningsdrevet innovasjon.

Behov

- Innledende behovskartlegging 2021
- Oppdatert behovskartlegging 2022

Forskning

- Arbeidspakker og tema beskrevet med forskningsspørsmål
- **Smittevern** identifisert som satsingsområde

Satsinger

- **Digital hjemmeoppfølging** knyttes til prosjekter i Nasjonalt velferdsteknologi program
- **Helselogistikk** knyttes til Helse Sør-Øst sin store satsing

Kick-off

- 16 tema diskutert av 29 partnere
- Prioriterte områder for forskning, utdanning og nettverk

Beslutning

- Styringsgruppa i CoTech prioriterer / beslutter
- Prosjektbeskrivelser utvikles og stillinger lyses nå ut

2023 phd - SMITTEVERN
2023 phd – DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING
2023 postdoktor - HELSELOGISTIKK
2023 postdoktor - OPPGAVEGLIDNING
2024 phd – NÆRING / HJEMMEMARKED
2023 postdoktor NFR – TNM
2025 phd – HS

Helse-
logistikk

Smitte-
vern

Digital
hjemme-
oppfølging

Oppgave-
glidning

Hjemme-
marked-
utvikling

Vi skal jobbe med tiltak innen forskning, utdanning/opplæring, nærings-
utvikling og erfaringsdeling i nettverk:

#1 Økt FoUI kapasitet i det regionale økosystemet

#2 Større utdanningskapasitet og høyere digital helsekompetanse

#3 Mer kunnskap om brukerbehov og sterkere brukerinvolvering

#4 Teknologiutvikling,- kompetanse og testing

#5 Smartere digitale forretnings- og tjenestemodeller

#6 Implementering og tjenesteinnovasjon

#7 Digital sikkerhet

#8 Etisk FoUI

#9 Bærekraftig digital omstilling av helsenæring og helsetjenester



Asker
kommune



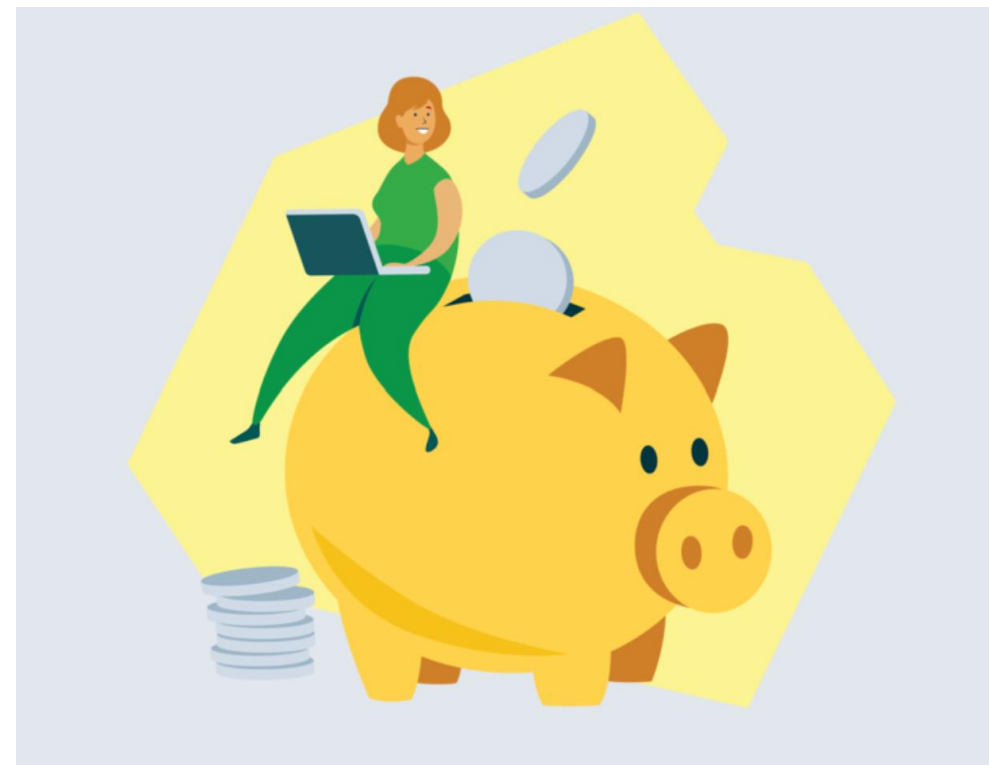


Asker
kommune

Mars saken

21. mars 2023

Utvalg for Velferd



«Mars-saken» - formannskapet 28. mars og kommunestyret 12. april

Saken omhandler

- **Konsekvensene av vedtatt statsbudsjett** – kun mindre tiltak for Asker
- **Konkretisering av effektiviseringstiltak vedtatt i Handlingsprogram 2023-2026 (30 mill. kroner)** – ligger innenfor kommunedirektørens fullmakt
- **Etablere felles effektiviseringstiltak for alle tjenesteområder** – ligger innenfor kommunedirektørens fullmakt
- **Tiltak for å dempe merforbruket fra 2022 (tiltak for 20 mill. kroner i 2023, halvårseffekt)** – krever politisk behandling





Asker
kommune

Konsekvensene av vedtatt statsbudsjett

Vetatt satsbudsjett – konsekvenser for Asker

Det **vedtatte statsbudsjettet** er totalt sett av begrenset betydning for kommunene, og endrer ikke det overordnede bildet av en **stram kommuneøkonomi** i 2023.

To tiltak som gjelder tjenesteområdet Oppvekst, foreslås innarbeidet i Asker kommunes driftsbudsjett i handlingsprogramperioden 2023-2026

Gratis SFO på 2. trinn fra skoleåret 2023/2024

- Fra skoleåret 2023/2024 innføres det gratis plass på SFO på 2. trinn med inntil 12 timer i uken.

Økt barnetillegg i kvalifiseringsprogrammet

- Barnetillegget i kvalifiseringsprogrammet oppjusteres til 35 kroner dagen fra 1. februar 2023,



Asker
kommune

Handlingsprogram 2023-2026

Handlingsprogram 2023–2026

Vedtatt av kommunestyret 13. desember 2022



FNs BÆREKRAFTSMÅL



Samlet omstillingsprogram for 2023

- **Rammejusteringer:** 30 mill. kroner
- **Reversering av tiltak** fra kommunedirektørens forslag til Handlingsprogram 2023-2026: 15 mill. kroner
- **Revidering av investeringsporteføljen**, reduksjon av kapitalkostnader: 15 mill. kroner
- **Strakstiltak for strømparing:** 10-12 mill. kroner

Den samlede effekten av tiltakene er

70 mill. kroner

Handlingsprogram 2023–2026

Vedtatt av kommunestyret 13. desember 2022



FNs BÆREKRAFTSMÅL



Vedtatt program for omstilling og effektivisering

I all hovedsak løpende effektivisering og tjenesteutvikling

(Beløp i 1 000 kr)	2023	2024	2025	2026
Administrasjon og ledelse	3 400	8 900	14 400	16 600
Medborgerskap	1 500	4 100	6 700	7 700
Oppvekst	11 200	29 800	48 400	55 900
Velferd	9 600	25 800	42 000	48 500
Samfunnstjenester	3 800	10 100	16 400	18 900
Samfunnsutvikling	500	1 300	2 100	2 400
Samlet omstillingskrav	30 000	80 000	130 000	150 000

Effektiviseringstiltak som gjelder alle tjenesteområder

- **Ansettelsesbegrensning og redusert bruk av overtid, vikarer og innleie av personell**
 - Det skal ved ledige stillinger vurderes om disse må erstattes eller kan holdes midlertidig ledige.
 - Det skal gjøres forsvarlighetsvurderinger ved fravær, inkludert om det er helt nødvendig å sette inn ny personalressurs/vikar.
 - All ekstern konsulentvirksomhet eller innleie fra vikarbyråer skal vurderes nøye og søkes redusert.
- **Redusere innkjøp**
 - Alle planlagte innkjøp vurderes i forhold til behov, inkludert om de kan utsettes, ikke gjennomføres, og om det finnes løsninger for gjenbruk eller andre rimeligere løsninger.
 - Møtemat på interne møter på dagtid avvikles.
- **Redusere kurs- og reisevirksomhet utenfor kommunen**
 - Redusere opplæring, seminarer eller møtevirksomhet utenfor kommunen.
 - Redusere aktivitet som medfører bortreise, hotellovernatting og flyreiser mm.
 - Digital deltakelse/digitale løsninger er kommunens førstevalg når det gjelder ekstern møtevirksomhet, kurs og seminarer.



Asker
kommune

Foreløpig årsresultat for 2022

Foreløpig årsresultat for 2022

- **Skatteinntektene** – 140 mill. kroner høyere enn budsjett.
- **Finansforvaltningen** – negativ avkastning på 206 mill. kroner.
- **Netto driftsresultat** – minus 0,7 prosent
- **Merforbruk i tjenesteområdene** – 93 mill. kroner (ordinær drift)

Tjenesteområdene	Avvik knyttet til ordinær drift	Avvik knyttet til koronapandemien	Sum avvik 2022
Adm. og ledelse*	+11	-7	+4
Oppvekst	+7	-37	-30
Velferd	-53	-178	-231
Samfunnstjenester*	-41	-5	-46
Samfunnsutvikling	-7	-2	-9
Medborgerskap	-10	-3	-13
Sum	-93	-232	-325

Skatteveksten i 2022 - et resultat av avregninger for inntektsåret 2021

Kommunenes og fylkeskommunenes skatteinntekter økte med over 12 prosent eller snaut 30 mrd. kroner fra 2021 til 2022. Dette står i sterk kontrast til opprinnelig skatteanslag for 2022 som la til grunn en nedgang på 2,5 prosent eller om lag 6 mrd. kroner.



Årsaker til merforbruket i tjenesteområdene

- Negativt resultat innenfor vann og avløp
- Merforbruk energiutgifter
- Kjøp av heldøgns omsorgsplasser Velferd
- Plan og bygg
- Inntektssvikt svømmehallene
- Høyere prisvekst enn det som er kompensert i statsbudsjett

*avviket på Samfunnstjenester og Administrasjon og ledelse er oppdatert etter foreløpig presentasjon i FSK 28.02.23.



Asker
kommune

Handlingsprogram 2024-2027

Store skatteinntekter vil forsvinne

- Utflyttinger fra kommunen 60 mill. kroner
- Nytt inntektssystem 51,1 mill. kroner

Endringer av dette er **ikke innarbeidet i Handlingsprogram 2023-2026**

KOSTRA-tall viser at Asker har et handlingsrom for effektivisering

Tjeneste	3005 Drammen	3024 Bærum	3030 Lillestrøm	ASSS	EAK Landet	EKG12 KOSTRA-gruppe 12
Administrasjon	54,3	-2,0	87,7	82,7	63,5	81,1
Barnehage	-61,2	-43,2	-54,5	-89,5	-87,8	-48,7
Barnevern	-11,4	35,2	-32,5	1,9	-19,2	-7,4
Bolig	-31,5	-31,8	-3,1	-36,6	-16,2	-13,4
Brann	12,1	6,4	9,6	11,7	-7,6	7,5
Grunnskole	120,9	39,0	43,0	-136,1	-60,3	5,7
Helse	-39,2	-37,9	32,6	-34,0	30,6	20,8
Kirke	1,2	-12,3	9,2	3,1	-9,0	-4,5
Kultur	92,2	29,4	104,0	0,8	55,3	48,3
Landbruk	1,3	-5,7	1,8	1,3	2,5	1,2
Næring	-6,5	-8,3	-47,0	9,1	24,9	0,1
Plan- og byggesak	-8,8	11,3	43,1	11,0	26,2	16,5
Pleie og omsorg	303,6	-196,5	280,1	80,4	146,8	122,3
Samferdsel	4,0	22,8	-1,3	41,6	0,4	26,3
Sosial	5,8	-45,7	11,6	-83,8	-34,0	-49,4
Totalt	436,9	-239,3	484,4	-136,2	116,2	206,5



Asker
kommune

Omstillings- og effektiviseringsarbeidet i tjenesteområdene



Asker
kommune

Velferd



Effektiviseringstiltak

- Redusere bemanningen og lønnsutgiftene i virksomhetene
- Redusere administrative og merkantile støttefunksjoner, skjerme pasientrettet virksomhet.
- Redusert bruk av private vikarbyråer og overtidsbruk mm.
- Effektivisere innkjøp av medisinsk og annet forbruksmateriell.
- Effektivisere og forbedre pasientforløpet for utskrivningsklare pasienter.
- Markedstilpasning av prisene på servering i kantiner/kafeer mm.
- Økt digitalisering av manuelle administrative rutiner og prosesser.

**Velferd sin andel av
effektiviseringen**

9,6 mill. kroner



Endret tjenestetilbud for å redusere merforbruket i 2022

- **Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)**
 - Gjennomgå tildelingspraksis og standard
 - Prosjekt for å vurdere bedre utnyttelse av personalressurser
- **Utenbygdplasser psykisk helse og rus**
 - Gjennomføre plan for tilbakeføring av utenbygdplasser til nytt bo- og aktivitetssenter på Klokkarstua.
- **Dag-, aktivitets-, arbeids- og avlastningstilbud for ulike grupper**
 - Prioritere og bruke ressursene bedre.
 - Noe endret standard og omfang.





Asker
kommune

Administrasjon og ledelse

Effektiviseringstiltak

- Redusere bemanningen og lønnsutgiftene i seksjonene.
- Redusere administrasjonens budsjettreserve.
- Avvikle design og trykking av handlingsprogram og årsrapport mm.
- Redusere noe på omfanget av Askermagasinet.
- *Administrasjon og ledelse effektiviserer for 0,8 prosent av brutto budsjetttramme. De øvrige tjenesteområdene effektiviserer for 0,4 prosent av brutto budsjetttramme.*

Administrasjon og ledelse sin andel av effektiviseringen

3,4 mill. kroner



Endret tjenestetilbud for å redusere merforbruket i 2022

- **Utsette opptrappingsplanen for lærlinger**
 - Måltall om 1 lærling per 1000 innbyggere.
 - Opptrappingsplan vedtatt i 2022 – ytterligere øke med 10 lærlinger i løpet av 2022.
 - Det er krevende å nå måltallet, da vi ikke får nok kandidater til plassene. Foreslår å utsette opptrappingsplanen i ett år.
- **Redusere formannskapetets disposisjonskonto**
 - Det har vært benyttet mindre enn budsjettet de siste årene.





Asker
kommune

Oppvekst



Effektiviseringstiltak

- Redusere bemanningen og lønnsutgiftene i virksomhetene
- Tilpasse bemanningen på mellomtrinnet til lærernormen.
- Tilpasse bemanningen i kommunale barnehager til bemanningsnormen.

**Oppvekst sin andel av
effektiviseringen**

11,2 mill. kroner





Asker
kommune

Samfunnsutvikling



Effektiviseringstiltak

- Redusere bemanningen og lønnsutgiftene i virksomhetene.
- Sørge for at nytt saksbehandlersystem er etablert, noe som vil forenkle og effektivisere saksbehandlingen i byggesak.
- Mer effektiv utnyttelse av personell og kompetanse med sikte på å øke effektivitet og brukeropplevelse.

Samfunnsutvikling sin andel av effektiviseringen

0,5 mill. kroner



Endret tjenestetilbud for å redusere merforbruket i 2022

- Redusere grunnbemanningen
- Øke produktiviteten gjennom fokus på tjenesteutvikling
- Kvalitet og fristkrav skal opprettholdes
- Iverksette eget program for omstilling, effektivisering og tjenesteutvikling.
- Det vurderes ekstern bistand for å gjennomføre et omstillingsprogram i tjenesteområdet.





Asker
kommune

Samfunnstjenester



Effektiviseringstiltak

- Redusere bemanningen og lønnsutgiftene i virksomhetene
- Redusere energibruken og iverksette energitiltak i kommunale bygg i tråd med vedtatt energispareprogram.
- Redusere driftsutgifter innenfor kommunens eiendomsmasse og båthavner.
- Økt arealeffektivitet i administrasjonsbygg.
- Redusere antallet innleide parkeringsplasser for ansattparkering i tråd med mobilitetsplanen.

Samfunnstjenester sin andel av effektiviseringen

3,8 mill. kroner



Allerede vedtatte omstillingstiltak

Investeringer

- Utsettelse av investeringsprosjekter i 2-3 år
- Halvering av ulike investeringspotter

Drift

- Vedlikeholdsmidlene er redusert
- Strømtiltak i henhold til egen plan





Asker
kommune

Medborgerskap



Effektiviseringstiltak

- Redusere bemanningen og lønnsutgiftene i virksomhetene.
- Redusere driftskostnader, for eksempel knyttet til leasingavtaler, husleie og vurdering av digitale applikasjoner.
- Økt bruk av gruppeundervisning ved kulturskolen der dette ansees som hensiktsmessig, samt omdisponering av ressurser for å styrke tilbudet til barn og unge.
- Markedstilpasning av prisene på servering ved innbyggertorgene.
- Reduksjon av tilskudd til kirken tilsvarende kommunens øvrige virksomhet.

Medborgerskap sin andel av effektiviseringen

1,5 mill. kroner



Endret tjenestetilbud for å redusere merforbruket i 2022

- **Endring av gebyrer for kommunale svømmehaller**
 - Endre gebyrene i tråd med nivået i sammenlignbare kommuner.
 - Dette må utredes nærmere, og det legges frem egen sak.
 - Det legges opp til at nye gebyrer kan iverksettes fra august 2023.
- **Ikke prisjustere aktivitets- og tilskuddspottene i Medborgerskap i 2023**
 - Tilskuddspottene har en samlet ramme på 24 mill. kroner.

