



Sel kommune

KOMMUNEDELPLAN FOR OMSORGSTJENESTER I SEL KOMMUNE 2012 – 2020



Vedtatt av Sel kommunestyre 18. juni 2012

Innholdsfortegnelse

INNOLDSFORTEGNELSE	3
1 INNLEDNING	5
2 ORGANISERING AV PLANARBEIDET	5
2.1 STYRINGSGRUPPE	5
2.2 REFERANSEGRUPPE.....	6
2.3 ARBEIDSGRUPPE 1: FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID.....	6
2.4 ARBEIDSGRUPPE 2: STØTTETILTAK.....	6
2.5 ARBEIDSGRUPPE 3: DEMENSOMSORG	6
2.6 ARBEIDSGRUPPE 4: PSYKISK HELSE - REHABILITERING	7
2.7 ARBEIDSGRUPPE 5: HJEMMEBASERTE TJENESTER, BOLIG OG INSTITUSJONSPASSER.....	7
3 MANDAT FOR ARBEIDET MED OMSORGSPLAN.....	7
4 ANDRE STYRINGSOKUMENTER	8
4.1 LOV OM KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESTER NY FRA 1.1.2012	8
4.2 LOV OM FOLKEHELSEARBEID NY FRA 1.1.2012.....	8
4.3 STORTINGSMELDING NR. 25. MESTRING – MULIGHETER OG MENING.....	8
4.4 NASJONAL OMSORGSPLAN 2015	8
4.5 SAMHANDLINGSREFORMEN: ” RETT BEHANDLING – PÅ RETT STED – TIL RETT TID”	9
4.6 KOMMUNEPLAN FOR SEL 2005 – 2017.....	9
4.7 AVGRENSING MOT ANDRE KOMMUNALE PLANER.....	9
5 LEON-PRINSIPPET OG BEON-PRINSIPPET	10
5.1 OMSORGSTRAPPA SOM GRUNNLAG FOR VURDERING AV TJENESTENE	11
6 DAGENS TJENESTETILBUD: KORT BESKRIVELSE	13
6.1 FOREBYGGENDE ARBEID.....	13
6.2 STØTTEKONTAKT.....	13
6.3 AVLASTNING	14
6.4 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE	14
6.5 BOVEILEDNING	14
6.6 DAGOPPHOLD	14
6.7 OMSORGLØNN.....	14
6.8 HJEMMEBASERTE TJENESTER.....	15
6.9 MATOMBRING	15
6.10 TRYGGHETSALARM.....	15
6.11 HUSFAR/VAKTMESTERTJENESTE/KOMMUNAL TRANSPORT	15
6.12 BOLIGTILTAK (OMSORGSBOLIG).....	15
6.13 BOLIGTILTAK MED SERVICEDEL (SELSRO, HEIDALSTUN).....	16
6.14 BOLIGER /BOFELLESSKAP FOR FUNKSJONSHEMMEDE.....	16
6.15 PLASSER I INSTITUSJON, KORTTIDSAVDELING LMS.....	16
6.16 PLASSER I INSTITUSJON, KORT / LANGTIDSAVDELING SEL SJUKEHEIM	16
6.17 PLASSER I INSTITUSJON, BOKOLLEKTIV FOR PERSONER MED DEMENS VED HEIDALSTUN.	17
7 SAKSBEHANDLING	17
7.1 KRITERIER FOR TILDELING.....	17
7.2 TILDELINGSKONTOR / TILDELINGSENHET.....	17
7.3 IPLOS KARTLEGGING.....	17
7.4 PROFIL	17
8 SAMARBEID MED SYKEHUSET INNLANDET	17
8.1 SAMARBEID	17
8.2 SYKDOMSBILDET	18
FIGUR 1 – ENDRINGER I SYKDOMSBILDET	18
9 NIVÅET PÅ TJENESTEOMFANG PÅ NOEN OMRÅDER I SEL KOMMUNE.....	19
9.1 NØKKELTALL FRA KOSTRA (FORELØPIGE KOSTRA TALL PER 15.3.2012).....	19

FIGUR 2 BEHOVSPROFIL OG PRIORITERING	19
FIGUR 3 BEHOV OG PRIORITERINGER PR INNBYGGER	20
FIGUR 4 BEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.....	21
FIGUR 5 BRUTTO DRIFTSUTGIFTER PR INNBYGGER	22
FIGUR 6 PRIORITERINGER.....	23
FIGUR 7 DEKNINGSGRAD.....	24
10 BEFOLKNINGSUTVIKLING.....	25
10.1 BEFOLKNINGSUTVIKLING	25
FIGUR 8 BEFOLKNINGSUTVIKLING	25
10.2 UTVIKLING INNEN DE ULIKE ALDERSGRUPPENE.....	26
11 SATSNINGSOMRÅDER I SEL KOMMUNE FRAM MOT 2020 / 2030.....	27
12 FOLKEHELSE OG FOREBYGGENDE ARBEID.	28
12.1 AKTIV OMSORG.....	28
12.2 FRIVILLIGHETSSENTRALEN	28
12.3 FRISKLIVSSENTRAL.....	28
12.4 TILTAK	28
13 STØTTETILTAK.....	29
13.1 NY OMSORGSTEKNOLOGI.....	29
13.2 STØTTEKONTAKT.....	29
13.3 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE.....	29
13.4 OMSORGLØNN.....	29
13.5 DAGTILBUD	30
14 BOLIGTILTAK	30
14.1 OMSORGSBOLIGER.....	30
14.2 OMSORGSBOLIGER FOR FUNKSJONSHEMMEDE.....	31
14.3 OMSORGSBOLIGER FOR PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER	31
14.4 UTLEIEBOLIGER FOR BOSTEDSLØSE	31
14.5 UTLEIEBOLIGER FOR FLYKTNINGER	31
14.6 BOLIGSOSIAL PLAN	31
15 HJEMMEBASERTE TJENESTER	31
16 INSTITUSJONSBASERTE TJENESTER.....	32
17 TILTAK FOR PERSONER MED DEMENS	33
17.1 OM DEMENSPLAN.....	33
17.2 DIAGNOSTISERING OG UTREDNING.	34
17.3 DEMENSTEAM.....	34
17.4 DAGTILBUD	34
17.5 AVLASTNING	35
17.6 BOKOLLEKTIV / INSTITUSJONSPLASSE	35
18 PERSONALTILTAK – REKRUTTERING - KOMPETANSE.....	35
19 HANDLINGSPLAN	36
19.1 INNLEDNING	36
19.2 FOREBYGGENDE ARBEID, STØTTETILTAK.....	37
19.3 BOLIGTILTAK.....	37
19.4 HJEMMEBASERTE TJENESTER.....	37
19.5 INSTITUSJONSBASERTE TJENESTER	37
19.6 DEMENSTEAM.....	37
19.7 DAGTILBUD FOR PERSONER MED DEMENS.....	37
19.8 AVLASTNING	38
VEDLEGG 1: UTGIFTSBEHOV OG JUSTERT INNBYGGERTALL	38

1 Innledning

Kommunen har ansvar for å planlegge, utforme og organisere tjenester til alle innbyggere med behov for helse og omsorgstjenester. Planforslaget beskriver i hovedsak utviklingen av tjenestetilbudet innen hjemmetjenestene og institusjonstjenestene da det er under arbeid egen plan for forebyggende arbeid og folkehelse, rullering av plan for rehabilitering og for psykisk helse og rus.

Planen beskriver i korte trekk tjenestene i dag og ser på behovene framover mot 2017 , men også med et blikk mot 2020 og 2030. Forslag på konkrete tiltak innen fire års perioden innarbeides i handlingsdelen.

Sel kommune har som mål at flest mulig skal bo i eget hjem så lenge som mulig eller få en tilrettelagt omsorgsbolig med tjenestetilbud etter behov. Sammenlignet med kommuner i samme kommunegruppe har Sel relativt få plasser i institusjon, - korttids og langtidsplasser, og det må vurderes om og evt. hvordan dette skal styrkes.

Samhandlingsreformen med ny Lov om helse og omsorgstjeneste og ny Lov om folkehelsearbeid som trådte i kraft fra 1.1.2012, stiller nye krav til kommunene. Det blir en omfordeling av oppgaver mellom sykehus og kommune der flere pasienter skal få et tilbud på kommunalt nivå. Pasienter blir raskere skrevet ut fra sykehuset og det blir større krav til kapasitet og kompetanse i kommunene. Gjennom etableringen av det Lokal medisinske senteret og felles legevakt står vi i Sel og i de samarbeidende kommuner i Nord-Gudbrandsdal bedre forberedt enn mange andre til å møte utfordringene. I tillegg viser framskriving av folketall og alderssammensetning at vi i Sel vil få relativt flere eldre og det vil ytterligere øke behovet for både institusjonsplasser, boligtiltak og hjemmetjenester.

Planen utarbeides som en kommunedelplan for omsorgstjenestene. Målet med planen er å forsøke å få fram hvilke utfordringer vi står overfor på omsorgssektoren i Sel kommune og hvilke tiltak som må iverksettes på kort og på lengre sikt for å møte utfordringene. Framtidens helse- og omsorgstjenester har som hovedmål å sikre helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorene.

2 Organisering av planarbeidet

Arbeidet med omsorgsplanen har vært prosjektorganisert med 5 arbeidsgrupper, styringsgruppe og med driftsutvalget som referansegruppe. Eldrerådet, som brukerrepresentant, er med i styringsgruppa og i arbeidsgruppe 5 som har sett på hjemmebaserte tjenester, boligtiltak og institusjonsplasser.

2.1 Styringsgruppe

- Anne Enkerud Lien, politisk representant, leder
- Kåre Eide, kommunalsjef, sekretær fra 1.8.2011
- Gunhild Lornstad, Eldrerådet t.o.m. 2011
- Svein Helge Synstnes, virksomhetsleder
- Anne Marie Bråtesveen, virksomhetsleder
- Åse Lundemo, virksomhetsleder
- Mona Hjellet, fra 20.1. 2011 Nina Grindstuen, fagforbundet
- Gretha Lian Halten, Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Kari E Berget, sekretær (til 1.8.2011)

Styringsgruppa har ledet planprosessen og oppnevnt arbeidsgrupper til å utarbeide planforslag for de ulike tjenestoområdene. Den har ivarettatt det helhetlige perspektivet og diskutert arbeidsgruppenes innspill med tanke på hvordan Sel kommune best kan møte framtidens utfordringer.

Anne E. Lien, Åse Lundemo og Kåre Eide har fra høsten 2011 fungert som en arbeidsgruppe som etter råd fra Ressurssenteret for Omsorgstjenester har bearbeidet alle innspill og skrevet en plan som ikke er alt for omfattende.

2.2 Referansegruppe

Driftsutvalget har vært og er referansegruppe. De har vært orientert i prosessen og fått aktuelle problemstillinger for drøfting. I tillegg har eldrerådet fått orienteringer om planarbeidet.

2.3 Arbeidsgruppe 1: Forebyggende og helsefremmende arbeid

Deltagere: Rigmor Høye, leder frem til 1.7.10, deretter Kjersti Sørhaugen, Kari Solberg, Anne Kjersti Sørhaugen, Eva Martinsen, Marie Barknæs, + 1 fra distrikt Heidal

- Sentrale anbefalinger og føringer
- Frivillig innsats, oppgaver administrering og organisering
- ”Helse i plan”
- Oppsøkende virksomhet blant eldre
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Anbefalinger for planperioden i Sel

2.4 Arbeidsgruppe 2: Støttetiltak

Deltagere: Rita Randen, leder, Anne Grethe Furuheim, Mette Siri, Kari Øihusom, Ola Romundgård

- Sentrale anbefalinger og føringer
- Trygghetsalarm
- Matombrining
- Dagtilbud, aktivitetssenter
- Omsorgslønn
- Avlastning
- Brukerstyrt personlig assistent – BPA
- Støttekontakt
- Anbefalinger for planperioden i Sel

2.5 Arbeidsgruppe 3: Demensomsorg

Deltagere: Marthe Bratlien, leder, Bettina H. Møller, Anne Ragnhild Kvarberg, Anna Lindsøe Eriksen, Olaug Aasgaard, Berit R. Haugstulen

- Sentrale anbefalinger og føringer
- Dagtilbud, aktivitetssenter
- Kompetanse
- Pårørendeskole
- Institusjon, bolig
- Samarbeid, utredning, diagnostisering
- Anbefalinger for planperioden i Sel

2.6 Arbeidsgruppe 4: Psykisk helse - Rehabilitering

Arbeidsgruppe 4, Psykisk helse – Rehabilitering har hatt ulike sammensetninger i arbeidet med rehabiliteringsplanen og psykiatriplanen. For psykiatriplanen har det vært følgende sammensetning:

Åse Lundemo, – leder, Rita Randen / Synnøve Tellefsen , Hanna Bøe , Synnøve Harerusten / Berit Rosten Haugstulen, Britt Slettmoen / Mona Lisa Skomakerstuen, Elvyra Podeniene , Arne Halvorsen (Eldrerådet), Brukerrepresentant fra psykisk helse.

- Rullering av eksisterende plan/ ny delplan psykisk helse
- Anbefalinger for planperioden i Sel

Deltagere i arbeidsgruppe for rehabiliteringsplan har vært

Åse Lundemo, leder, Synnøve Tellefsen, Hanna Bøe, Britt Slettmoen, Thale Lindstad, Elvyra Podeniene og Hilde B. Vik (brukerrepresentant).

- Rullering av eksisterende plan/ny delplan rehabilitering
- Tverrfaglig samarbeid
- Anbefalinger for planperioden i Sel

Det er tidligere utarbeidet egne planer for rehabilitering og for psykisk helsearbeid. Planene blir nå revidert og fremmes fortsatt som egne planer.

I tillegg arbeides det med en egen plan for folkehelsearbeidet i Sel.

2.7 Arbeidsgruppe 5: Hjemmebaserte tjenester, bolig og institusjonsplasser

Deltagere: Svein Helge Synstnes leder, Rannveig Steine, Marit Westerås, Gunhild Lornstad, Therese Renaa, Solveig Skreden

- Sentrale anbefalinger og føringer, jfr. samhandlingsreformen
- Omsorgsboliger
- Sykehjem, kortidsopphold, langtidsopphold
- Bokollektiv
- Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter
- Kapasitet, behov
- Hjemmesykepleie, praktisk bistand
- Anbefalinger for planperioden i Sel

3 Mandat for arbeidet med omsorgsplan

Planarbeidet skal ta utgangspunkt i:

- Stortingsmelding nr. 25; ”Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer”,
- Omsorgsplan 2015, Demensplan 2015, Kompetanseplan 2015
- Stortingsmelding nr. 47; ”Samhandlingsreformen”. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Kommuneplan for Sel 2005-2017 og vedtak i Driftsutvalget fra 27.04.09.
- LEON- og BEON-prinsippet, Laveste- og beste- effektive omsorgsnivå, og omhandle omfang, lokalisering og organisering av omsorgstjenester sett i forhold til befolkningsutvikling, alders sammensetning og sentrale føringer.
- Delplan for psykisk helsearbeid og rehabilitering er under rullering og behandles som egne saker.

- Planen skal gi begrunnede anbefalinger for utvikling av omsorgstjenestene i Sel frem mot 2030.
- Gjennomføring av tiltak i planen må evt. innarbeides i virksomhetsplaner og i investering og driftsbudsjett.

4 Andre styringsdokumenter

4.1 Lov om kommunale helse og omsorgstjenester ny fra 1.1.2012

Hovedtrekkene i den nye loven om helse- og omsorgstjenester er at skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves. Det etableres et felles regelverk, klage og tilsynsordning. Kommunen får et ”sørge for” ansvar, det vil si plikt til å: planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene slik at omfang og innhold er i samsvar med krav i lov og forskrift. Kommunens ansvar er tydeliggjort. Det er stilt krav til kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet. Kommunen skal organisere og legge til rette for nødvendige tjenester. Hvordan kommunen ønsker å organisere tilbudene er opp til den enkelte kommune.

4.2 Lov om folkehelsearbeid ny fra 1.1.2012

Lov om folkehelsearbeid skal fremme folkehelse, utjevne sosiale helseforskjeller og sikre at folkehelse prioriteres. Hovedtrekkene er at ansvaret legges til kommunen ved å sørge for ”helse i alt vi gjør”. Kommunen skal også sørge for en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke påvirkningsfaktorer som finnes. Felles koordinator i samfunnsmedisin for kommunene i regionen har utarbeidet en slik oversikt for alle 6 kommunene. Den presenteres særskilt eller sammen med plan for folkehelse.

4.3 Stortingsmelding nr. 25. Mestring – Muligheter og Mening

Utfordrer kommunene til å planlegge framtidens pleie- og omsorgstjeneste på en langt mer helhetlig måte enn tidligere. Den peker på svært mange områder som må planlegges for å møte de store demografiske endringene som kommer mot 2020 og videre. Den aktive omsorgen skal ha langt større fokus og ut fra den beregnede utvikling må kapasiteten på de fleste tjenestene økes. Samtidig må kvaliteten på tjenestene med samhandling om medisinsk oppfølging og om kompetanse både bli bedre og samordnes bedre.

4.4 Nasjonal omsorgsplan 2015

Regjeringens tiltak for å styrke omsorgstjenesten oppsummeres i omsorgsplan 2015 hvor det løftes fram tre hovedprosjekter:

- Nye omsorgsplasser
En langsiktig investeringsordning i Husbanken med målsetting om at det skal gis investeringstilskudd til 12.000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008 – 2015.
- Flere årsverk med økt kompetanse – Kompetanseløftet 2015
Anslått behov for ytterligere 12000 årsverk i omsorgstjenesten.
- Demensplan 2015.
Egen delplan med fokus på situasjonen for personer med demens og deres pårørende med utbygging av tilpassede botilbud, dagaktivitetstilbud og økt kunnskap som hovedsaker.

4.5 Samhandlingsreformen: ” Rett behandling – på rett sted – til rett tid”

- Bedre samhandling mellom tjenester og nivåer vil være et viktig utviklingsområde.
- Den demografiske utvikling med økning i antall eldre og endring i sykdomsbildet. Flere eldre med kroniske sykdommer som kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser.
- Veksten i den samlede helse og omsorgstjeneste må finne sin løsning i kommunene – ikke i sykehusene.
- For å forebygge sykdomsutvikling og bedre livskvalitet blir folkehelsearbeid vektlagt på bred basis.
- For å stimulere til at helseforetakene og kommunene gjennomfører reformen har Stortinget vedtatt økonomiske virkemidler som reduserer sykehusene rammer med 20% og etter visse kriterier overført midlene til kommunene. Kommunene skal ut fra fastlagte kriterier betale for pasienter som legges inn til behandling og for pasienter som er utskrivingsklare, men trenger et kommunalt pleie/omsorgstilbud, hvis kommunen ikke kan skaffe et slik tilbud.

4.6 Kommuneplan for Sel 2005 – 2017

Kommuneplanen har følgende visjon og mål som er førende for kommunens omsorgsplan:

Visjon:

”Sel kommune skal være en kommune der innbyggerne har gode levekår og opplever tilhørighet. Sel kommune skal være et samfunn for alle der åpenhet og toleranse står sentralt”.

Mål:

”Sel kommune skal være en så attraktiv kommune at folketallet opprettholdes og på sikt økes. Innbyggerne skal oppleve at de får dekket sine behov i alle livsfaser. Vi har som mål å ligge langt framme i kommune-Norge i vår tilrettelegging, service og tjenesteproduksjon. Graden av måloppnåelse skal dokumenteres gjennom ulike typer evalueringer, undersøkelser og ved bruk av offentlig statistikk”

Andre planer som har betydning for tiltak i omsorgsplanen for Sel:

- Regionplan for helsesamarbeid i Ngd. (under arbeid)
Målet med planarbeidet er å få fram på hvilke områder en ser det som hensiktsmessig å etablere ulike former for samarbeid om tjenester for å oppnå både effektiv drift og best kvalitet.
- Folkehelseplan for Oppland: ” Opplagt i Oppland”
- Samarbeidsavtaler med Sykehuset Innlandet

4.7 Avgrensning mot andre kommunale planer

Kommunestyret har tidligere behandlet og vedtatt **plan for Rehabilitering og plan for Psykisk helsearbeid**. Begge planene er under revisjon og vil bli lagt fram for politisk behandling nært opp til behandlingen av omsorgsplan.

Plan for folkehelsearbeid er under utarbeidelse i regi av folkehelsegruppa og er forventet ferdig løpet av sommeren./høsten.

Dette gjør at en ikke legger opp til at omsorgsplanen skal ha en omfattende behandling av de tema som blir tatt opp i egne planer.

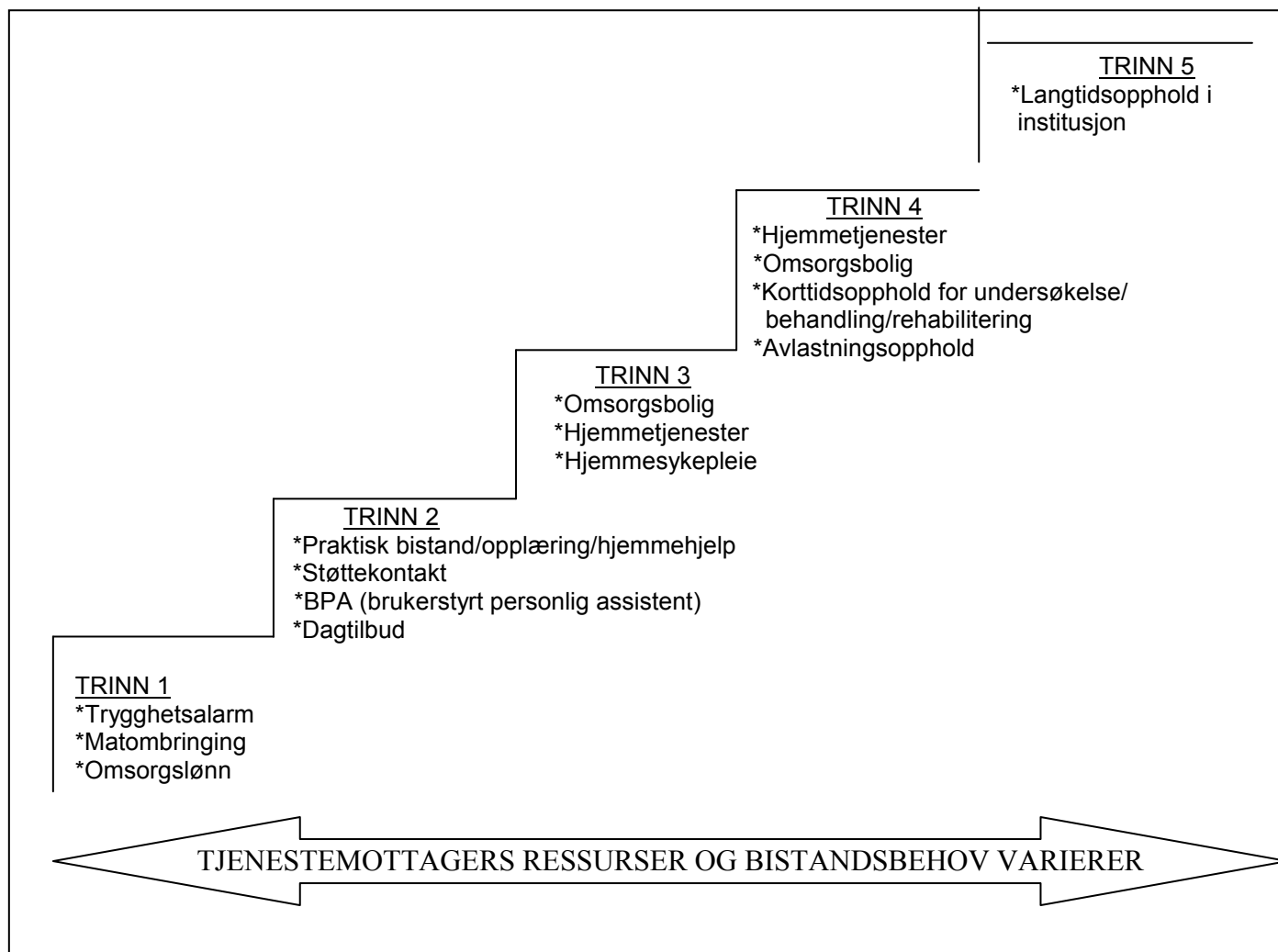
5 LEON-prinsippet og BEON-prinsippet

Pleie- og omsorgstjenester skal kartlegge og tilby tjenester etter LEON- prinsippet. LEON står for Lavest Effektive Omsorgs Nivå og vil si at man først skal kartlegge om tjenesten kan settes inn på laveste nivå, og senere bevege seg oppover ”tjeneste-trappen” etter hvert som behovet for omsorgstjenester øker. De laveste nivåer for omsorgstjenester skal alltid vurderes/utprøves først, da det vil bidra til at ressurser bevares/styrkes, samtidig som de høyeste tjenestenivå er mest kostnadskreven. LEON- prinsippet benyttes for at bruker skal få et best mulig tilpasset tjenestetilbud. Et nytt begrep som har kommet inn i forbindelse med Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen (s. 15) er ”BEON-prinsippet”, Beste Effektive Omsorgs Nivå. I dette ligger det at en i arbeidet med utviklingen av tjenestene fremover må ha oppmerksomhet mot spekteret av ulike fagprofesjoner for å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte faggruppe.

5.1 Omsorgstrappa som grunnlag for vurdering av tjenestene.

Omsorgsplanen skal beskrive fremtidig ønsket utvikling innen de ulike tjenestenivå, med tanke på forventet behov, innhold og omfang. De ulike tjenestenivå er illustrert gjennom "Omsorgstrappen", for å synliggjøre at ulike tjenester har ulike nivå. Forklaring til de ulike trinn følger etter "trappen".

Modellen er generell og et eksempel på ulike trinn i tjenestenivåene.



TRINN 0 – Et godt samfunn

- Kulturhus
- Brukermedvirkning
- Universell utforming
- Kulturell spaserstokk
- Sosiale møteplasser
- Godt naboskap
- Seniorsurf

Lag og foreningsarbeid
Seniortrim
Folkehelsefokus
Generelt forebyggende arbeid
Kosthold/sosiale måltider
Fallforebyggende arbeid
Kafeer

TRINN 0 – Et godt samfunn

Målet er at befolkningen i ulike aldersgrupper skal kunne velge selv (brukermedvirkning) for å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Målet er at denne fasen skal vare lengst mulig. Den dagen en person trenger hjelp, skal dette kunne velges av hver enkelt. Med kunnskap, holdningsendring og enkle tiltak er det mange som kan bo hjemme lenge. Å ha trygghet i livssituasjonen er viktig i alle aldersgrupper. Dette gjelder hele befolkningen, ikke bare de eldre.

Trinn 1.

Tjenester som ikke er knyttet til direkte tjenesteyting fra menneske til menneske. Det kan være tjenester som for eksempel trygghetsalarm, tilrettelegging av bolig, tekniske hjelpemidler og matombringing. Dette er tjenester som har "et standardisert preg" og som primært er tenkt å bidra til at den som har et bistandsbehov da kan bli helt eller delvis uavhengig av personlig bistand. I saker der trygghetsalarm og eller matombringing erstatter tjenesteyting/bistand fra personell i hjemmet gjelder reglene for inntektsskjerming.

Trinn 2.

Praktisk bistand og opplæring, hjemmehjelpstjeneste eller boveiledning. Tjenestene kan også organiseres som BPA der det er hensiktsmessig. Dette er personlig tjenesteyting knyttet til praktiske forhold. Det tenkes for eksempel på hjelp til matlaging, handling, rengjøring og andre praktiske forhold som den som har bistandsbehovet ikke kan ivareta selv, og der konsekvensen av manglende bistand vil være alvorlig for den det gjelder. Dette ytes i tjenestemottakerens hjem, uavhengig av om dette er en ordinær eller en tilrettelagt bolig. Tjenesteyter forflytter seg gjerne fra hjem til hjem og yter hjelp til flere i løpet av samme arbeidsdag. Tjenestetilbudet kan variere mye i omfang fra mottaker til mottaker, og over tid. Eksempelvis mellom en time annenhver uke og opp til flere timer per dag. På dette trinnet vil mange også plassere tjenester som primært støtter opp om tjenestemottakerens egenomsorg og privat omsorg fra familie og andre. Dette inkluderer avlastningstjenester rettet mot barn eller eldre, i institusjon (sykehjem/barnebolig) eller i tjenestemottakerens hjem. Omfanget av slike tjenester varierer mye. Tjenester som støttekontakt/fritidskontakt inkluderes også ofte på dette trinnet.

Trinn 3.

Hjemmesykepleie. Bistand til å ivareta medisinske behov. Det tenkes her på bistand til personlig stell, medisiner, gjennomføring av medisinske prosedyrer i forbindelse med ulike funksjonstap eller sykdom. Tjenesten organiseres som hjemmetjenester på samme måte som praktisk bistand/hjemmehjelpstjenesten, og omfanget varierer gjerne fra et besøk annenhver uke til flere ganger per dag evt. også på natt, 7 dager i uka.

Trinn 4.

Det er i mange kommuner vanlig å betrakte en kombinasjon av 2 og 3 (Praktisk bistand og hjemmesykepleie) som trinn 4. Det er også mulig å yte så omfattende hjemmetjenester at det i realiteten er snakk om heldøgns omsorg.

Trinn 5.

Heldøgns omsorg. Dette trinnet berører både spørsmål om hva som skal til for å kunne benevne noe som "heldøgns" (det foreligger ingen nasjonal eller allment akseptert definisjon), spørsmål om bolig/ulike boligtyper og spørsmål om heldøgns tjenester som ytes i institusjon. Dette trinnet vil i praksis inneholde tjenester for mennesker som har fra middels til de mest omfattende bistandsbehovene.

6 Dagens tjenestetilbud: kort beskrivelse

6.1 Forebyggende arbeid

Samhandlingsreformen og de nye lovene understreker at det forebyggende helsearbeidet for alle grupper skal styrkes. Økt samarbeid og faste samarbeidsrutiner mellom ulike tjenester er nødvendig for å sikre en helhetlig oppfølging. En av målsettingene er med andre ord å forebygge mer.

Målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller. Det gode samfunn, ”grunnmuren” skal være tilrettelagt og innrettet på en slik måte at det kan utsette/ redusere behovet for pleie og omsorgstjenester oppover i ”omsorgstrappen”.

Brukermedvirkning er sentralt i alt arbeid og svært grunnleggende i folkehelsearbeidet. Målet er at befolkningen i ulike aldersgrupper skal kunne velge selv å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Denne fasen skal vare lengst mulig.

Utfordringen knyttet til den demografiske utviklingen og stadig flere brukere av omsorgstjenester gjør det nødvendig å skifte fokus i synet på brukerne, fra brukere bare som passive mottagere av omsorgstjenester og storforbrukere av offentlige ressurser, til brukere som aktive bidragsytere og ressurser både for familiene og samfunnet og som ønsker å bo i egne hjem og klare seg selv så lenge som mulig. Med dette som utgangspunkt blir det viktig å spørre: ”Hva skal til for at vi i størst mulig grad skal aldres som sunne, aktive, deltagende, selvhjulpne og trygge individer.?”

Tiltak innen forebyggende arbeid / med forebyggende effekt i dag:

- Frivillige lag og foreninger, turgrupper, dans, sosiale møteplasser.
- Venneforeninger ved våre institusjoner og bo og servicesenter har sosiale arrangement, turer og aktiviteter.
- Frivillighetssentralen med kafe, arrangement, natteravner, følgetjeneste. Samarbeid med kulturkontoret og elderrådet om ”den kulturelle spaserstokken” Organisering av matombringning til eldre med frivillig personell. Ting og tøy butikken, møteplass og øvingslokale for seniordans, kor og maleklubb med mer.
- Rehabiliteringstjenesten v. fysioterapeutene driver frisklivssentralen i Sel og gir veiledning, treningsprogram og kostholdsveiledning for personer med behov for slike opplegg. Tar imot pasienter med henvisning fra lege og annet helsepersonell med ”grønn resept” Rehabiliteringstjenesten v. fysio- og ergoterapeutene har også tilbud innen fallforebyggende arbeid.
- Fysak prosjektet.
- Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.
- Trygghetsalarm. Det er i dag utplassert ca 120 trygghetsalarmer i Sel
- Branntilsyn i private hjem.
- Plan for arbeid mot vold i nære relasjoner. Vedtatt i 2011.
- Godt med gang og sykkelveger stimulerer til fysisk aktivitet

6.2 Støttekontakt

Tjenesten er lovpålagt og tildeles personer som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Tjenesten skal hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid. Det er ofte vanskelig å rekruttere støttekontakter.

I Sel er pr. i dag 44 brukere innen område funksjonshemmede, ca.10 innen psykisk helse og ca 10 innen barnevern.

Støttekontakt kan også organiseres som en treningskontakt, målet med kontakten er økt fysisk aktivitet. Det kreves kurs for å bli treningskontakt. Gjennomsnittlig timetall for støttekontakter er ca. 3 timer pr. uke, men noen få har et høyere antall timer.

6.3 Avlastning

Tilbud om avlastning gis både som avlastning i familie, i avlastningsbolig og i institusjo
Det er i dag 10 personer som får avlastning i familier, 3 i avlastningsboligen og noen få i institusjon (varierer)

6.4 Brukerstyrt Personlig Assistanse

BPA har som intensjon at tjenestemottaker selv skal påta seg arbeidslederrollen og selv definere innhold og organisering av de oppgaver som utføres. Dette betyr at BPA-ordningen er en alternativ organisering av tiltak som hjemmehjelp, praktisk bistand og støttekontakt for de som selv kan være arbeidsledere. Det er i dag 14 personer med BPA avtale og et gjennomsnitt timetall på 14 timer pr. uke.

6.5 Boveiledning

Boveiledning er mest benyttet for personer med behov for omfattende bistand. Det er i dag ca 30 aktive saker og brukerne er i hovedsak personer med psykisk utviklingshemming.

6.6 Dagopphold

På Sel sjukeheim er det et dagtilbud både for de som bor på institusjonen og for hjemmeboere. Mange av beboerne på sjukeheimen er så vidt dårlige at de i liten grad klarer å benytte dagtilbudet, men noen gjør det. I tillegg komme det inn noen dagpasienter. Det er varierende antall brukere, men pt. 5 hjemmeboere som benytter tilbudet.

Ved aktivitetssenteret på Elvebakken er det nå 20 brukere, antallet her er stabilt..

På Selsro er det egen aktivitetsavdeling og kafe med middagsservering. Aktivitetene er bl.a bridge klubb, veving og et sosialt møtested.

På Heidalstun er det lagt til rette med eget bygg (den tidligere barnehagen) med rom for veving og et rom for snekker arbeid. Det er kun veving som nå blir benyttet. Ellers er det mange aktiviteter i daglig stua, med bingo og underholdning.

Det er ikke et fast organisert dagtilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens, men ved bofellesskapet for aldersdemente på Heidalstun har det i perioder vært tatt imot inntil to personer på dagtilbud ved å benytte fellesarealet på avdelingen.

6.7 Omsorgslønn

Ordningen er lovpålagt å vurdere forpersoner som har omfattende omsorgsarbeid for familiemedlemmer eller andre nære personer. Omsorgslønn er ikke et rettighetskrav. Det er i dag 20 personer som mottar omsorgslønn.

6.8 Hjemmebaserte tjenester

I Sel er hjemmebaserte tjenester organisert i to virksomheter, distrikt Heidal med base i Heidalstun og distrikt Otta med base på Selsro. Hjemmetjenestens oppgaver i i første rekke hjemmesykepleie og hjemmehjelp (praktisk bistand) og er et tilbud til de som på grunn av helsesvikt trenger hjelp og pleie. Bistanden kan være kort- eller langvarig og omfatter også omsorg i livets siste fase. Hjemmesykepleie ytes også som nattjeneste for pasienter som må ha tilsyn på døgnbasis.

Distrikt	Hjemmesykepleie	Hjemmehjelp	Både hjemmesykepleie og hjemmehjelp
Otta	157	137	91
Heidal	58	39	27

6.9 Matombringing

Ved kjøkkenet på Sel sjukeheim og kjøkkenet på Heidalstun produseres middag som kjøres ut til hjemmeboende som har behov/ønske om det. Utkjøringen er det frivillige pensjonister som står for og frivillighetssentralen som organiserer.

Distrikt	Selsro/Heidalstun	Omsorgsbolig	Trygdebolig	Hjemmeboende	Totalt
Otta	36	11		25	72
Heidal	10	1	4	12	27

6.10 Trygghetsalarm

Det er ca 110 personer i Sel som nå har trygghetsalarm. Alarmen går inntil videre til vaksentralen i Lom som ved alarm varsler hjemmesykepleien. Lom kommune legger ned vaksentralen i løpet av sommeren 2012, og det arbeides nå med valg av andre løsninger. I tillegg kommer interne alarmer på Selsro og Heidalstun.

6.11 Husfar/vaktmestertjeneste/kommunal transport

Alle disse oppgavene er lagt til samme funksjon. Det er transport av beboere til/fra aktivitetssenteret, dagbrukere ved Sel sjukeheim, Selsro og Heidalstun og transport av varm middag fra Sel sjukeheim til Selsro og LMS på ukedager. Stillingen skal også kunne utføre noe husfar oppgaver overfor hjemmeboende.

6.12 Boligtiltak (omsorgsbolig)

Mange eldre og personer med psykiske lidelser eller med funksjonshemminger ønsker en godt tilrettelagt bolig der de i størst mulig grad kan klare seg selv. Det betyr også at de helst vil bo sentralt i nærheten av forretninger og ulike service tilbud. Det er også en fordel for hjemmetjenesten at omsorgsboliger har en sentral beliggenhet og med flere enheter samlet det betyr at de sparer reisetid og får en effektiv utnyttelse av sin tid. Lokalisering med flere boenheter sammen og gjerne med fellesareal bevirker at det også har positive sosiale sider. Etterspørselen har vært større enn det tjenesten har kunnet tilby.

Antall omsorgsboliger fordeler seg slik:

	Antall leil.	Adresse
Sel	6	Ullvoldsveien 2 – 6, 2670 Otta
Otta	7	Storgata 22, 2670 Otta
	7	Ottekreberget 2, 2670 Otta
	8	Nordigard 2, 2670 Otta
Sjoa	2	Kapellveien 8, 2670 Otta

6.13 Boligtiltak med servicedel (Selsro, Heidalstun)

Selsro har 37 leiligheter, Heidalstun har 14 leiligheter + 5 frittliggende eldre boliger.

Bo og service sentrene hvor beboere både kan kjøpe seg mat og delta i aktiviteter har vist seg å være et attraktivt tilbud. En årsak er at det oppleves trygt å ha bolig samme sted som hjemmetjenestene har sine baser.

6.14 Boliger /bofellesskap for funksjonshemmede

Elvebakken antall 5

Selsrogata. antall 6

Loftsgårdsbakken. antall 5

6.15 Plasser i institusjon, korttidsavdeling LMS

Korttidsavdelingen ved LMS var planlagt med 10 korttidspasser for pasienter fra Sel og i tillegg 5 intermediærplasser for bruk i samarbeid med øvrige 5 kommuner i regionen og med Sykehuset Innlandet. Ut fra samhandlingsreformen, forskrifter til Lov om helse og omsorgstjenester og avtale med de andre 5 kommunene i Nord-Gudbrandsdal er det justert slik at de 15 plassene nå, med en viss fleksibilitet, disponeres slik:

Korttidsplasser for personer fra Sel med 7 plasser (reduert til 5 når det blir 4 øyeblikkelig hjelp plasser) + en intermediær plass, evt. flere ved ledighet. To øyeblikkelig hjelp plasser som økes til 4 i 2013 og som skal benyttes av lege/legevakt. Plasser disponert til øyeblikkelig hjelp, og som derfor avlaster sykehuset, får vi betalt for fra Departementet og fra Helse Sør/Øst. De resterende 5 intermediærplasser kan benyttes av de øvrige 5 kommuner i regionen.

6.16 Plasser i institusjon, kort / langtidsavdeling Sel sjukeheim

Det er 45 plasser i enkeltrom ved Sel sjukeheim i dag. Av dette er 16 plasser fordelt på 2 avdelinger à 8 plasser spesielt tilrettelagt for pasienter med demens sykdom. De resterende 29 plasser er primært beregnet for pasienter med somatiske sykdommer og har en svært sammensatt gruppe. I forbindelse med kvalitetsreformen, da alle dobbeltrom ble omdisponert til enkeltrom, ble det slik at 12 rom deler 6 bad. Ved en videre utbygging bør det tas med nye bad slik at alle enkeltrom har sitt eget.

6.17 Plasser i institusjon, bokollektiv for personer med demens ved Heidalstun.

Ved Heidalstun er det et bokollektiv med 6 enkeltrom og fellesareal, spesielt tilrettelagt for personer med demens sykdom..

7 Saksbehandling

7.1 Kriterier for tildeling.

Det er utarbeidet et felles skjema for søknad om de ulike tjenestene og kommunestyret har vedtatt kriterier som skal legges til grunn ved vurdering av søknadene. Når det kommer inn en søknad blir denne vurdert av saksbehandler og det blir foretatt en Iplos kartlegging av søkerens situasjon. Søknaden blir deretter behandlet i tildelingsutvalget.

Tildelingsutvalget består av virksomhetslederne innen pleie og omsorg, rehabilitering, lege og avd.leder ved LMS sengeavdeling.

7.2 Tildelingskontor / tildelingsenhet.

Det utredes nå i tråd med politiske signal og etter forslag i rapporten fra RO senteret, en overgang til å bruke et fast tildelingskontor med egne ansatte med kompetanse både innen sykepleiefaget og helserett. Dette for å skille drift og forvaltning og frigjøre tid for lederne til å ivareta sine faglige og ledelsesmessige oppgaver. Tildelingskontoret vil overta tildelingsutvalgets oppgaver med mottak og registrering av søknad. Innhenting av alle nødvendige opplysninger for å få mest mulig lik behandling av søknader, saksbehandling og registreringer. Merkantil funksjon med bl.a vederlagsberegning for opphold i institusjon mv. legges også til kontoret. Det vurderes også å knytte koordinerende enhet hit.

7.3 Iplos kartlegging.

Individuell pleie og omsorgsstatistikk. Lovpålagt kartlegging av pasientenes funksjonsnivå som legges til grunn ved tildeling av tjenester. Kartlegging foretas av kvalifisert personell og legges til tildelingskontoret. Kartleggingen skal helst utføres tverrfaglig. Ved endring i pasientens behov benyttes Iplos kartlegging av tjenesteutøver som et daglig redskap for å vise brukerens funksjonsnivå.

7.4 Profil

Den elektroniske programvaren Profil benyttes for registrering av søknader, saksbehandling, pasientjournal og fakturering for pleie og omsorgstjenester.. Programmet er på ”lukket” side, dvs. bare personell med spesiell tilgang kommer inn på programmet.

8 Samarbeid med Sykehuset Innlandet

8.1 Samarbeid

Samhandlingsreformen og ny Lov om helse og omsorgstjenester legger klare føringer på at samarbeidet mellom sykehus og kommunenivå skal styrkes og utvides. Det skal utvikles et helhetlig og sammenhengende pasientforløp der det også er tydeliggjort at sykehuset skal utøve spesialist funksjoner mens noen oppgaver, spesielt for personer med kroniske lidelse, i større grad vil bli tillagt kommunene. Det vil også bety behov for styrket kompetanse på flere nivå i den kommunale helse og omsorgstjeneste. I Sel og de andre 5 kommunene i Nord-Gudbrandsdal er vi i den gode situasjon at vi i lang tid har forberedt oss på at dette ville komme og har bygd opp det Lokal Medisinske Senteret, med felles stasjonær legevakt ved

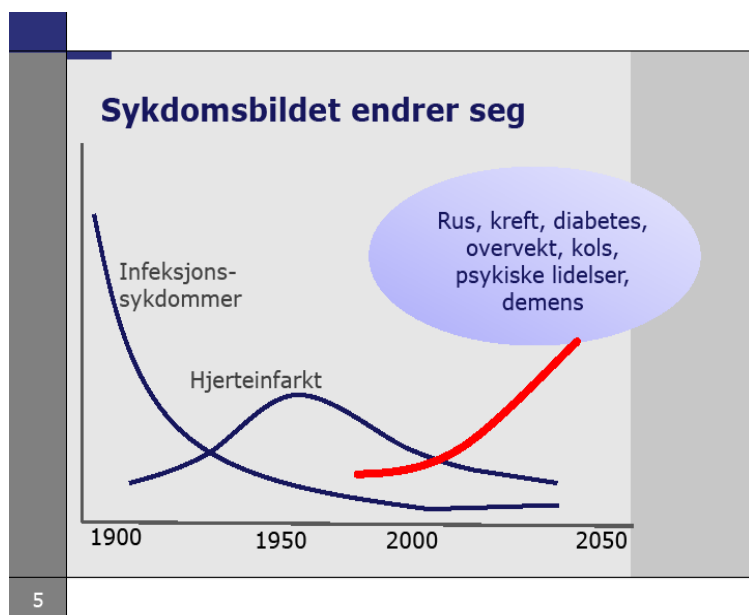
Otta legekontor, intermediære senger, plasser for øyeblikkelig hjelp i tillegg til korttidsplasser for Sel kommune. Digitalisert røntgenstasjon med tilknytning til radiologisk avdeling på Lillehammer og en dialyseenhet med 5 plasser som nå også har startet opp med cellegift-behandling av kreftpasienter. Ambulerende spesialister på flere fagområder er ved LMS i et varierende antall dager pr. md.

Det er inngått vertskommuneavtale med de 5 kommunene i regionen om driften av de intermediære sengeplassene, og det er opprettet en felles stilling for koordinator i samfunnsmedisin. Det er under arbeid en plan for videre helsesamarbeid i regionen og med Sykehuset innlandet.

De første samarbeidsavtalene med Sykehuset Innlandet er undertegnet og virksomme.

Det er etter kort tids drift vår erfaring at trykket fra sykehuset på å ta imot utskrivingsklare pasienter har økt siden samarbeidsavtalen trådte i kraft fra 1.1.2012. og det er en utfordring å skaffe tilrettelagte tilbud for alle pasientene i tide. Det påløper kostnader med pasienter som blir liggende på sykehuset etter at de er vurdert som utskrivingsklare med kr. 4000.- pr døgn. «SAM-AKS» prosjektet er en samarbeidsavtale mellom Sel kommune og Sykehuset Innlandet, avdeling for alderspsykiatri. Gjennom samhandlingsprosjektet er målet å øke kvaliteten på behandling og omsorgstilbud til eldre pasienter med sykdommer som demens, depresjon, angst og delir. Flere kommuner i regionen er tilsluttet samme prosjekt. Hovedmålet er å komme fram til bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem og utvikle modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem.

8.2 Sykdomsbildet



Figur 1 – Endringer i sykdomsbildet

I tiden fremover vil vi stå overfor et endret sykdomsbilde som følge av at det blir stadig flere eldre. Den medisinske utviklingen bidrar til at flere overlever akutt sykdom og derfor vil trenge forebyggende bruk av medikamenter, kontroller og gjentatte behandlinger.

Fra 2004 til 2020 er det anslått at antallet krefttilfeller vil øke med 30%. Stadig flere får kols, og usunt kosthold og fysisk inaktivitet fører til at flere får Type 2-diabetes. Kroniske lidelser og demens øker i forekomst når det blir flere eldre. Andelen kronisk syke vil øke siden

grunnlaget for fremtidens kroniske lidelser allerede er lagt. Dette gir store utfordringer både for sykehusnivået og den kommunale helse og omsorgstjeneste og er en av hovedbegrunnelsene bak samhandlingsreformen.

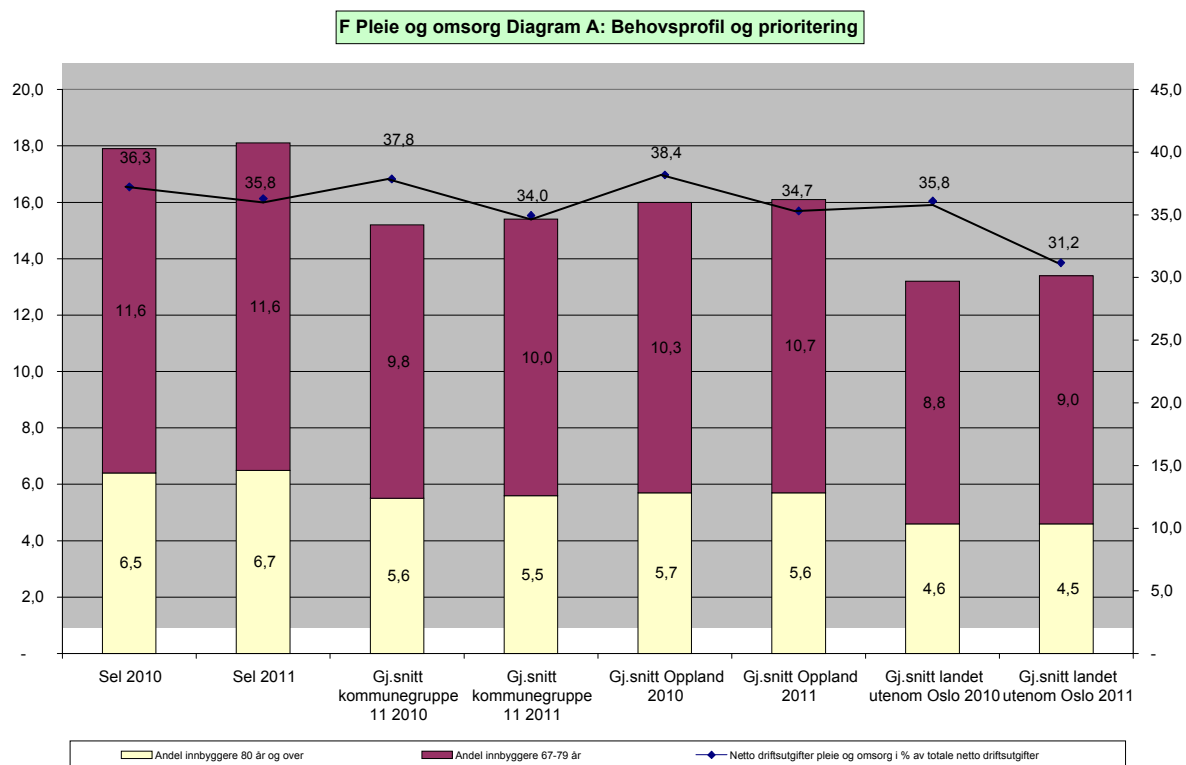
9 Nivået på tjenesteomfang på noen områder i Sel kommune

Nedenfor vises til noen nøkkeltall og tabeller som tilsammen vil gi et inntrykk av nivået på tjenesteomfang på noen områder i Sel kommune sammenlignet med kommunegruppe 11, snitt i Oppland og landet utenom Oslo .

9.1 Nøkkeltall fra Kostra (foreløpige KOSTRA tall per 15.3.2012)

Utvikling fra 2010 til 2011, sammenlignet med snitt i kommunegruppe 11, snitt i Oppland, og landet utenom Oslo.

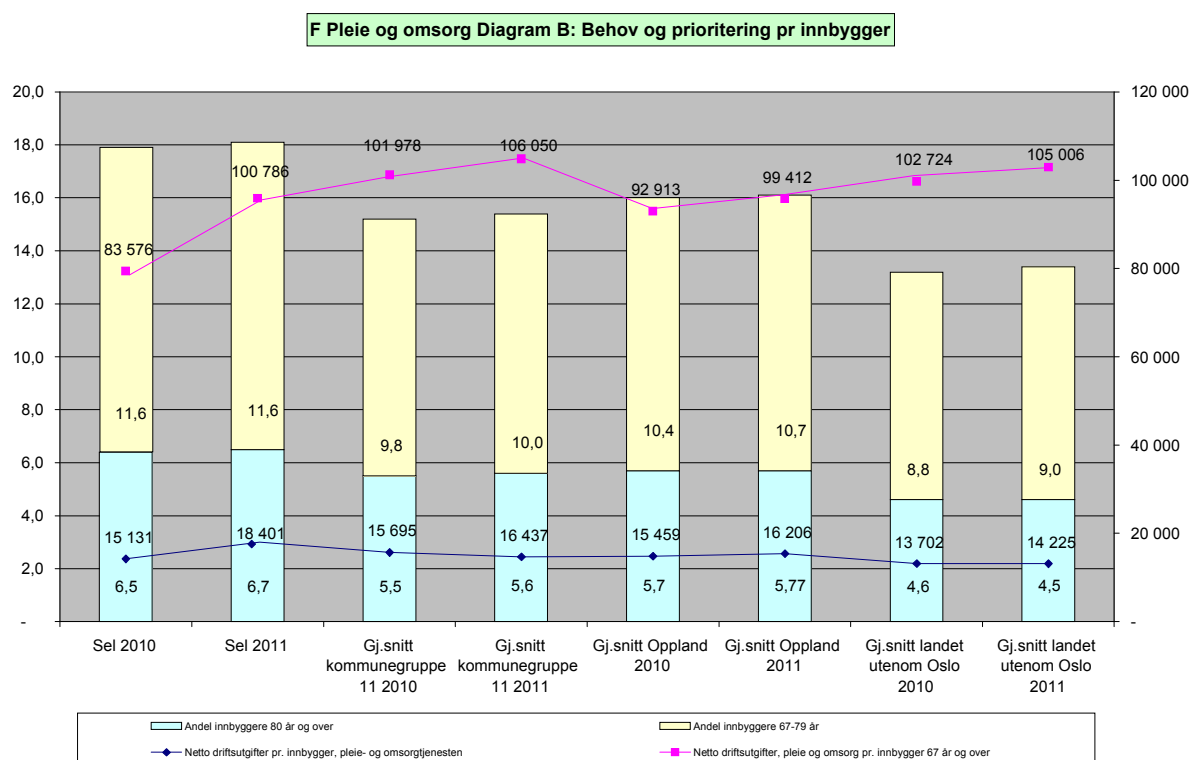
Figur 2 Behovsprofil og prioritering



Indikatoren viser driftskostnadene til pleie og omsorg i prosent av kommunens totale driftskostnader.

Figuren viser andel innbyggere mellom 67 og 79 år, andel innbyggere over 80 år, og netto driftsutgifter til pleie- og omsorg i årene 2010 og 2011. Vi ser at Sel har høyere andel eldre i begge aldersgrupper, og hadde i 2011 lavere netto driftsutgifter sammenlignet med 2010.

Figur 3 Behov og prioriteringer pr innbygger

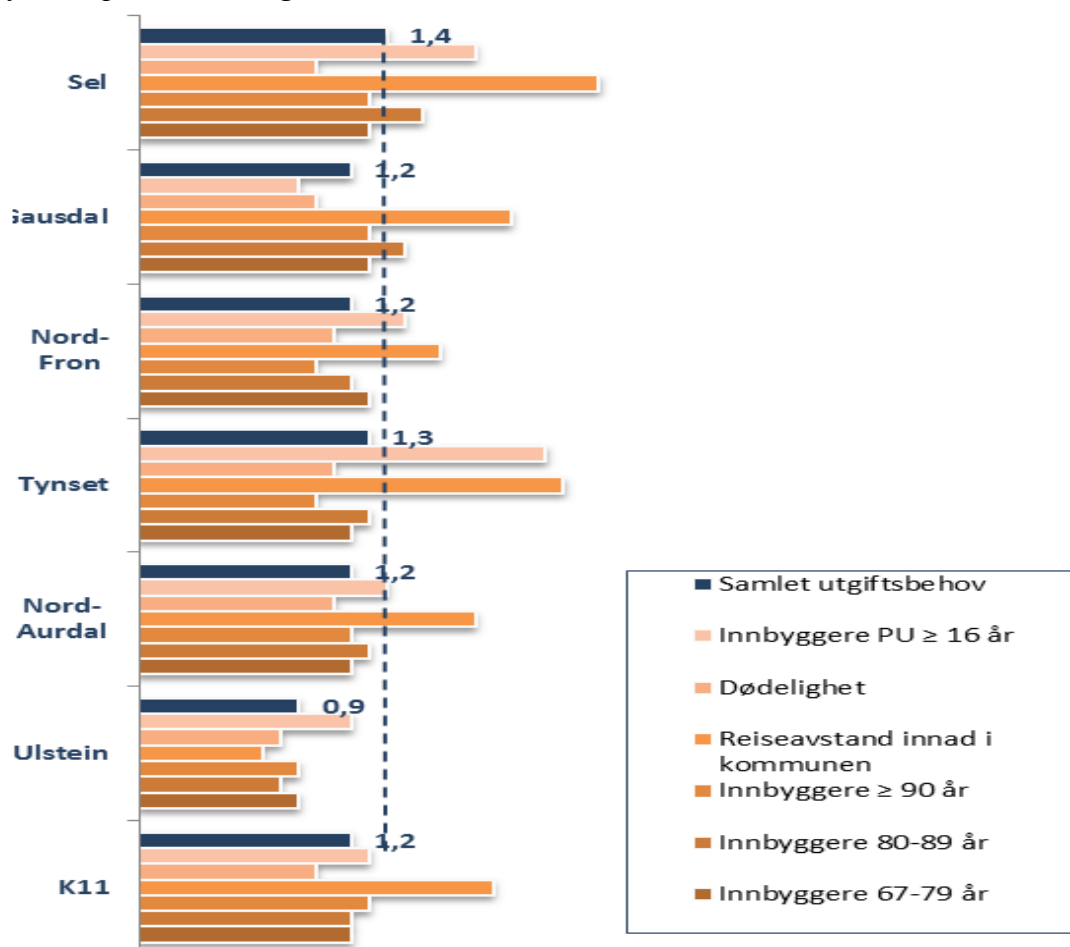


Indikatoren viser driftskostnadene til pleie og omsorg målt i kroner pr innbygger, og pr. innbygger over 67 år i kommunen etter at egenbetaling for tjenestene og øremerkete tilskudd fra staten og evt. andre direkte inntekter er trukket fra. De resterende utgiftene må dekkes av kommunens skatteinntekter, rammeoverføringer fra staten mv. (Kostra, forklaring til tallene)

Denne viser at Sel i 2011 hadde en tilnærma lik / lavere netto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenesten pr innbygger over 67 år sammenlignet med de andre det sammenlignes med. Sammenligner vi vår egen utvikling fra 2010 til 2011 ser vi en økning.

Figur 4 Behov for pleie- og omsorgstjenester

Beregnet utgiftsbehov for pleie- og omsorgstjenester i prosent av landets utgiftsbehov, samlet og fordelt på noen utvalgte behovskriterier.



FIGUR 4 BEREGNET BEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER | En sammenligning av kommunene Sel, Gausdal, Nord-Fron, Tynset, Nord-Aurdal, Ulstein og kostragruppe 11 (K11), tall hentet fra Beregningsteknisk dokumentasjon (Grønt hefte, 2012)

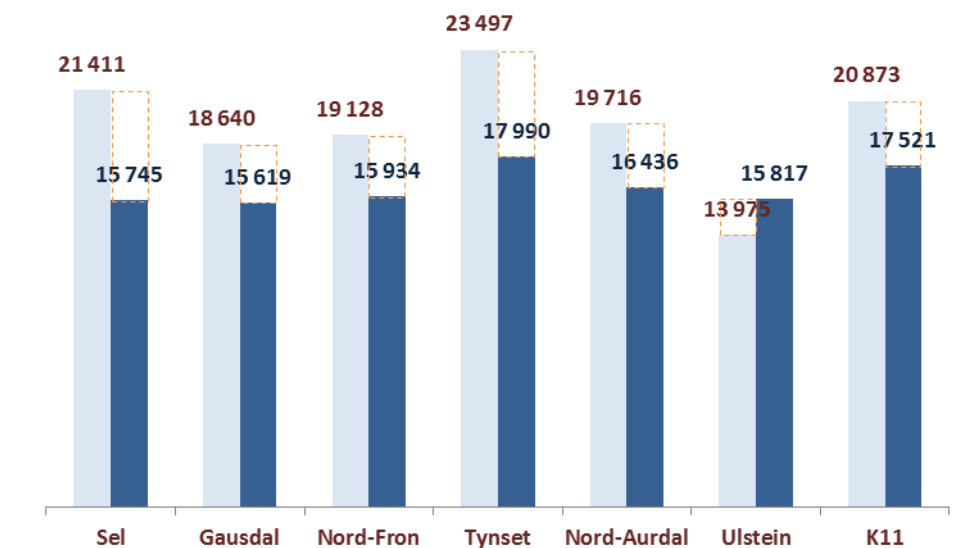
Beregnet utgiftsbehov til pleie- og omsorgstjenester i Sel kommune tilsvarer 140 prosent av landets behov. I sammenligningen har Sel kommune det høyeste beregnede behovet for pleie- og omsorgstjenester, mens Ulstein ligger klart under både Sel og de andre kommunene. I forhold til kommunegruppene har Sel et behov som ligger om lag 20 prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet av alle kommunene i kommunegruppen.

Av behovskriteriene som inngår i beregningen av det totale behovet for pleie og omsorg, har gruppen psykisk utviklingshemmet (16 år eller eldre) relativt størst innvirkning etterfulgt av gruppen 80-90 år.

Sel kommune har om lag like store netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester som gjennomsnittet i kommunegruppen når vi ser på netto driftsutgifter pr. innbygger. I 2011 brukte Sel kommune 18 401 kr pr. innbygger på netto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren. Når vi justerer for behovet for pleie og omsorg ser vi at Sel brukte 13 531 kr pr. innbygger (justert), noe som er lavere enn gjennomsnittet for kommunegruppen (kr 13 945,-) og de andre kommunene i sammenligningen.

Figur 5 Brutto driftsutgifter pr innbygger.

Brutto driftsutgifter i kroner pr innbygger og pr justert innbygger.

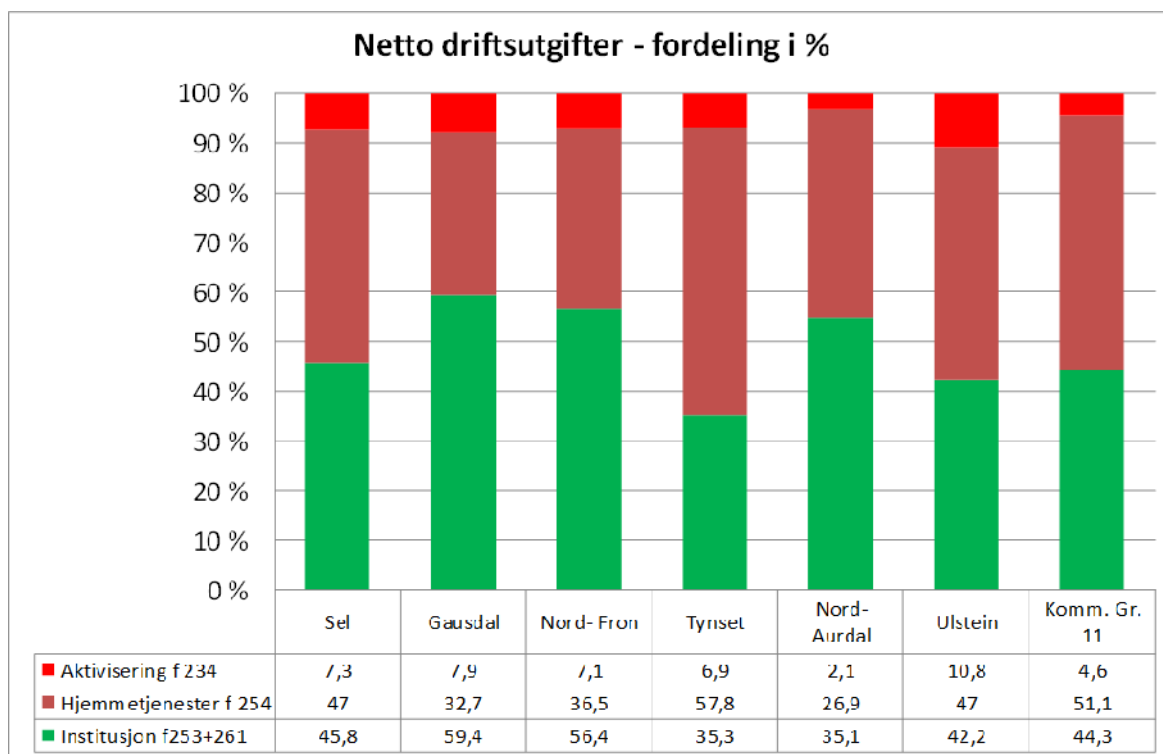


FIGUR 5 PENHETSKOSTNADER/PRODUKTIVITET INNEN PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE |
Sammenligning av hhv. brutto driftsutgifter pr. innbygger og pr. justert innbygger til pleie og omsorg i kommunene Sel, Gausdal, Nord-Fron, Tynset, Nord-Aurdal, Ulstein og kostragruppe 11 (K11)

Av samtlige kommuner i sammenligningen er det kun Tynset som bruker mer. Sel kommune hadde i 2011 en brutto driftsutgift til pleie og omsorg i forhold til hver innbygger i kommunen på kr. 21 411. Når vi korrejerer for justerte innbyggertall (dvs. tar høyde for beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester) blir imidlertid forskjellen mellom utgiftsnivået i Sel og kommunegruppen klart mindre. Sel har brutto driftsutgifter pr. justert innbygger på kr. 15 745 mens gjennomsnittet for kommunegruppen er 17 521 kr.

Figur 6 Prioriteringer.

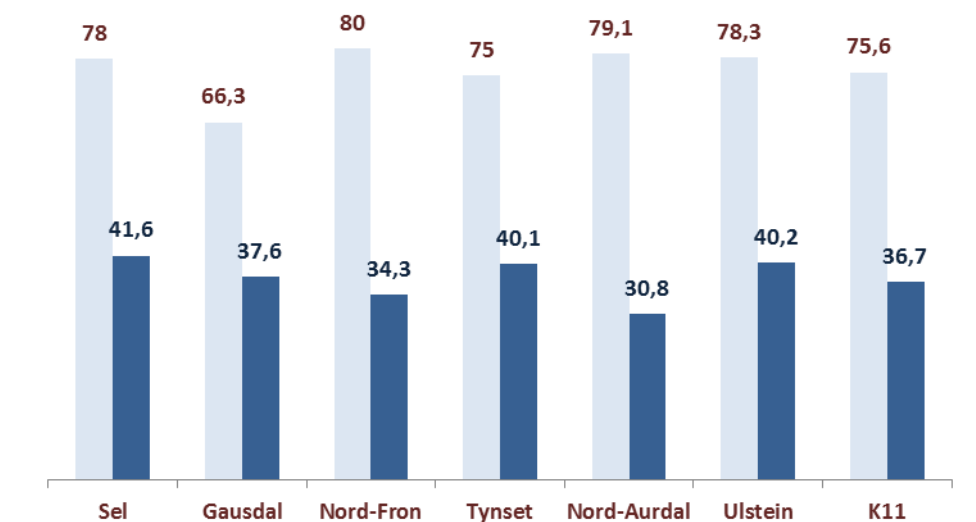
Netto driftsutgifter i prosent fordelt på pleie- og omsorgstjenestens tre hovedområder.



Ser vi på fordelingen av andelen av netto driftsutgifter innen omsorgstjenesten som går til institusjonsdrift, bruker Sel 45,8 %. Det er kun Gausdal og Nord-Fron som bruker mer på institusjonsdrift. Når det gjelder hjemmetjenester viser tallene at Tynset og snittet i kommunegruppa er høyere. I forhold til aktivisering er det kun Gausdal og Ulstein som har en høyere andel av netto driftsutgifter enn Sel kommune. Sel bruker om lag 2,7 prosentpoeng mer på aktivisering enn gjennomsnittet i kommunegruppen.

Figur 7 Dekningsgrad.

Fordeling mellom plass i institusjon og hjemmetjenester for mottakere 80 år eller eldre, i prosent.



FIGUR 7 DEKNINGSGRADER I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN | Sammenligning av andel beboere 80 år og over i institusjon (lyseblå stolpe) og andel mottakere av hjemmetjenester 80 år og over (mørkeblå stolpe) i kommunene Sel, Gausdal, Nord-Fron, Tynset, Nord-Aurdal, Ulstein og kostragruppe 11 (K11)

I Sel kommune er 78 prosent av beboere i institusjon 80 år eller eldre, mot 41,6 prosent i hjemmetjenesten. I forhold til kommunegruppen har Sel et noe høyere gjennomsnitt innenfor institusjon. Sel er den kommunen som har prosentvis flest mottakere av hjemmetjenester som er 80 år og eldre.

Tabellene viser at det i Sel har vært prioritert å satse mere på hjemmetjenester, omsorgsboliger og bo og servicesenter enn på et stort antall sykehjemsplasser. Kostra tallene viser en endring fra 2010 til 2011 i retning av større andel som går med til institusjonsdrift og mindre til hjemmetjenester og aktivisering. Dette har en direkte sammenheng med at sengeavdelingen ved LMS ble tatt i bruk i 2011.

Tabellene i figur 4 og 5 viser også at vi har lavere driftsutgifter til pleie og omsorg pr. innbygger over 67 år enn de kommunene som det sammenlignes med. Lavere driftskostnader kommer først og fremst av at vi har få sykehjemsplasser, som er det mest kostbare tilbudet, men det kan også bety at vi har en ganske kostnadseffektiv tjeneste. Dette bildet vil sannsynlig vis endre seg ytterligere når driften ved sengeavdelingen på LMS blir fullt ut med i oversikten.

Tilbakemeldingen fra virksomhetsledere og fra inntaksteamet som behandler alle søknader om tjenestetildeling er entydig:

Behovet for plasser i institusjon både på korttids- og langtidsavdelingene er økende og vår kapasitet gjør det vanskelig å dekke behovet. Med full bemanning på LMS sengeavdeling vil det avhjelpe noe på behovet for korttidsopphold og rehabiliteringsopphold, men det viser seg ofte at pasienter som kommer inn for et korttidsopphold må bli liggende i påvente av et fast langtidsopphold.

Selv om Sel har et relativt høyt antall plasser spesielt tilrettelagt for personer med demens sykdom (22), så viser det seg at vi har behov for å øke kapasiteten. Det er med tilslutning fra pårørende aktuelt å kjøpe plasser i andre kommuner når en ikke finner alternative tilbud som fungerer her.

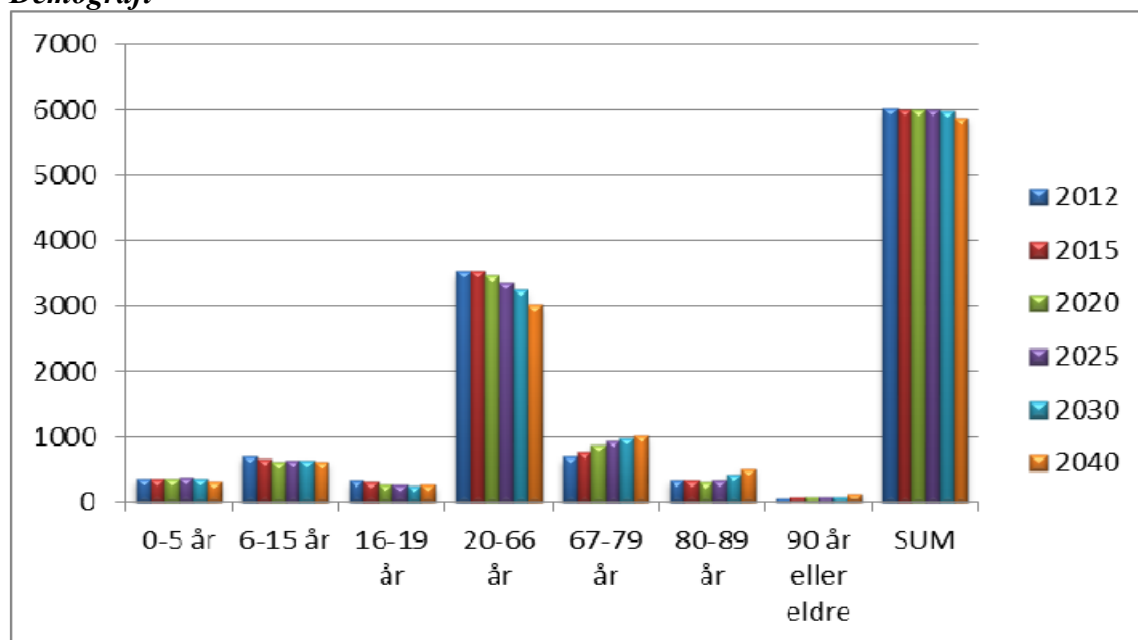
Et dagtilbud for personer med demens vil kunne avhjelpe noe der de pårørende kan ta hånd om pasienten resten av døgnet.

Ut fra samarbeidsavtalen med Sykehuset innlandet må vi betale for pasienter som er utskrivingsklare og som vi ikke klarer å skaffe et kommunalt tilbud til. Det kan bli en kostbar løsning.

10 Befolkningsutvikling

10.1 Befolkningsutvikling

Demografi



Figur 8 Befolkningsutvikling

Med forbehold om usikkerheten ved slike befolkningsprognoser viser figuren over at antall innbyggere vil holde seg jevnt fram mot 2030, deretter en liten reduksjon. Grafen viser utviklingen fram mot 2040, RO har imidlertid kun kommentert utviklingen fram til 2030.

For aldersgruppa 0-5 år viser prognosen at antallet vil holde seg rundt dagens nivå. Fra 365 i 2012 til 361 i 2020. Deretter en liten reduksjon fram mot 2030. For aldersgruppa 6-15 år viser prognosen en reduksjon fram mot 2020, fra 707 i 2012 til 619 i 2020. Deretter en liten økning fram mot 2030. For aldersgruppa 16-19 år viser prognosen en jevn reduksjon, fra 331 i 2012 til 273 i 2020. Og en ytterligere reduksjon fram mot 2030.

For aldersgruppen 20-66 år som utgjør arbeidsstyrken viser prognosen en liten reduksjon fram mot 2020, fra 3526 i 2012 til 3473 i 2020. Deretter en ytterligere reduksjon fram mot 2030. I 2030 vil antall personer i aldersgruppen utgjøre 3243 innbyggere, dvs. en reduksjon fra 2012

på vel 8,7 prosent, eller 283 personer. Mens for aldersgruppen 67-79 år vil antall innbyggere øke fra 691 i 2012 til 882 i 2020 dvs. en økning på 27,6 prosent, eller 191 personer. Deretter en ytterligere vekst fram mot 2030. I 2030 vil antall personer i denne aldersgruppen utgjøre 979 personer dvs. en vekst på 41,6 prosent, eller 288 personer sammenlignet med 2012.

Andelen innbyggere i aldersgruppen 80-89 år vil reduseres fra 342 i 2012 til 303 i 2020. Deretter vil antallet øke jevnt fram mot 2030. I 2030 viser prognosen at antall innbyggere i aldersgruppen vil utgjøre 427 innbyggere. Dvs. en økning på 24,8 prosent eller 85 personer fra 2012 til 2030. For aldersgruppen 90 år og eldre vil antallet øke fra 57 i 2012 til 76 i 2020. Antallet vil så holde seg jevnt på dette nivået fram mot 2030.

Tabell 1: Demografisk utvikling 2012-2040

For oversiktens del er figuren over også presentert i tabellform.

År Aldersgruppe	2012	2015	2020	2025	2030	2040
0-5 år	365	348	361	369	359	317
6-15 år	707	655	619	633	642	621
16-19 år	331	320	273	259	256	266
20-66 år	3526	3527	3473	3369	3243	3006
67-79 år	691	757	882	949	979	1022
80-89 år	342	330	303	342	427	514
90 år og eldre	57	66	76	76	77	122
Sum	6019	6003	5987	5997	5983	5868

Den demografiske utviklingen kan oppsummeres på følgende måte:

- Et stabilt innbyggertall
- En reduksjon i antall innbyggere under 20 år
- En reduksjon i antall innbyggere i yrkesaktiv alder
- En økning i antall innbyggere over 67 år

10.2 Utvikling innen de ulike aldersgruppene

I de første årene som kommer vil antall innbyggere i Sel kommune, ut fra framskrivingen, holde seg på dagens nivå. Imidlertid vil alderssammensetningen endre seg ved at det blir færre i de yngste aldersgruppene (0-19 år) og flere i de eldste aldersgruppene (67 år og eldre). I den aldersgruppen som utgjør arbeidsstyrken vil det statistisk sett skje en jevn reduksjon. En reduksjon i de yngste aldersgruppene vil blant annet kunne utfordre dagens skolestruktur på småtrinnet. Når det gjelder de eldste aldersgruppene viser trenden en motsatt utvikling. Noe som vil utfordre dagens innretning på tjenestene og da spesielt hvordan omsorgstrappa innrettes.

Med en antatt reduksjon i aldersgruppa 20-66 år vil kommunen kunne påregne at det blir en utfordring å få dekt rekrutterings- og kompetansebehovet i årene som kommer.

Selv om den demografiske utvikling viser at det vil være en relativt stabil situasjon mht antall personer over 80 år i Sel fram til 2020 så vil antall over 90 år øke betydelig fra 57 – 76, og det er i de øverste aldersgrupper det er størst behov for plass i sykehjem.

Ser vi lengre fram, og det må vi gjøre når vi skal tegne ”kartet” for omsorgstjenestene, så må vi ta med at en del av gruppa fra 67 år og oppover pga grunn av livsstils relaterte sykdommer antagelig vil ha behov for tilpassede omsorgs tilbud, og at det fra 2025 til 2040 vil være en stor økning i aldersgruppa fra 80 år og oppover.

For å ha mulighet til å imøtekomme de rettigheter som innbyggerne har ut fra Lov om helse og omsorgstjenester, Folkehelseloven og Lov om pasientrettigheter mv, vil det være helt nødvendig å utvikle videre helse og omsorgstilbudene i Sel kommune. For å redusere og utsette behov for de meste omfattende omsorgstilbudene bør det satses på forebyggende tiltak og støttetiltak som gjør at den enkelte kan bo i eget hjem eller i en omsorgsbolig så lenge som mulig. Hjemmetjenestene må tilpasses et økende behov både i omfang og kompetansemessig. Det vil likevel være nødvendig å øke kapasiteten på plasser i sykehjem, tilpasset både somatiske pasienter og pasienter med demenssykdom. Hvor mange nye plasser det vil være nødvendig å bygge vil også avhenge av om alle plassene ved LMS etter hvert vil bli driftet som intermediære senger.

Rekruttering av personell med rett kompetanse vil bli en stor utfordring, og det må legges opp til gode muligheter for videreutdanning av eget personell. (Kompetanseplan / regionale tiltak.)

11 Satsningsområder i Sel kommune fram mot 2020 / 2030

Omsorgsplanen tar utgangspunkt i dagens situasjon og det vurderes hvilke tiltak som er viktige å forsterke eller nye tiltak som bør iverksettes for utforming av tjenestene fram mot 2020 / 2025.

I tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om en målrettet satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid legges det opp til at det i Sel kommune skal tilbys et helhetlig pasientforløp, aktiv omsorg, trygghet, samarbeid med frivillige og familie og med spesialisthelsetjenesten. Tjenestene skal innrettes slik at mottakerens behov for koordinerte tjenester blir ivaretatt der det er nødvendig. Alle med behov for en individuell plan skal få det, og tjenestene må ivareta hensynet til brukermedvirkning.

Med flere oppgaver som legges til kommunenivået innen helse og omsorgstjenestene vil det bli en utfordring å rekruttere nok personell med riktig kompetanse. I samarbeid med andre vil tiltak for å styrke kompetansen til det personellet vi har derfor bli særlig viktig. Det må stimuleres til at våre egne ungdommer velger å utdanne seg innen helse og omsorgsfagene.

I tråd med beskrivelsen i Omsorgstrappa skal det settes inn tiltak på lavt nivå som forebygger og utsetter tiltak som er mer ressurskrevende. Dette ut fra en erkjennelse av at de fleste ønsker å klare seg selv og bo hjemme så lenge som mulig, men også ut fra en nøktern vurdering av at det er nødvendig å holde kostnadsnivået så lavt som råd selv om innbyggerne skal få oppfylt sine rettigheter.

I og med at det i tilnærmet samme tidsrom som Omsorgsplanen behandles også vil bli lagt fram til behandling både en revidert plan for Rehabilitering, plan for Psykisk helsearbeid og ny plan for Folkehelsearbeid, så velges det her å bare beskrive forebyggende tiltak som er spesielt rettet mot de gruppene som mottar ulike omsorgstjenester.

12 Folkehelse og forebyggende arbeid.

Arbeidsgruppe 1 vektlegger at kommunen skal ha fokus på forebygging og god dialog med innbyggerne. God helse skapes ikke først og fremst i helse og omsorgstjenesten, men gjennom levekår, livsbetingelser og livsstil. Folkehelsearbeid er kommunens totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å redusere faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse. Forebygging må skje allerede fra graviditet og opp gjennom hele livet.

12.1 Aktiv omsorg

Aktiv omsorg vil fordre tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter, måltider og matombringing, et bredt spekter av aktivitetstilbud i regi av lag og foreninger.

12.2 Frivillighetssentralen

Frivillighetssentralen er en viktig tilrettelegger for en rekke tiltak i Sel. Organisering av frivillige til matombringing til hjemmeboende eldre, følgetjeneste til sykehus, mange sosiale aktiviteter og samarbeid med Eldrerådet og kulturkontoret om arrangement i regi av ”Den kulturelle spaserstokken”.

12.3 Frisklivssentral

Frisklivssentral er etablert i Sel og er et svært godt tilbud for grupper som trenger et ”puff” for å komme i gang med treningsaktiviteter og endring av livsstil. Dette er tiltak i vekst og vil måtte styrkes framover.

12.4 Tiltak

- Holdningsskapende arbeid i forhold til livsstil og fysisk aktivitet i form av kampanjer og tiltak på individ og gruppenivå. Tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- Holdningsskapende arbeid for å forebygge rus problem.
- Kostholdsveiledning spesielt til eldre.
- Helsestasjon for eldre bør utredes som et aktuelt forebyggende tiltak med råd og veiledning og f. eks med oppsøkende virksomhet til alle over 75 år. Fallforebyggende arbeid sammen med hjemmetjenesten
- Matombringing videreføres. Ta godt vare på den frivillige innsatsen. Det vil bli nødvendig å vurdere på nytt en overgang til kok og kjøll prinsippet for middagslevering. Det vil spare ressurser og forenkle matombringingen. Det kan bli vanskelig å ha nok frivillige til enhver tid. Det vil også kunne bety omlegging av middagsproduksjonen til ett kjøkken i kommunen.
- Fortsatt kommunal støtte til ”Den kulturelle spaserstokken”
- Videreføring av frivillighetssentralen.
- Fallforebyggende tiltak i hjemmene hos eldre.
- God brøyting og strøing av veger og fortau (gårdeier)
- Utbygging av flere gang og sykkelveger.
- Universell utforming av ute miljøet og i off. bygg stimulerer til økt aktivitet.
- Branntilsyn som forebyggende tiltak hos eldre er svært viktig. Systematiseres sammen med hjemmetjenesten.

- Transporttjenesten for forflytningshemmede styrkes. Viktig tiltak for deltagelse i sosiale aktiviteter.
 - Utvidet vaktmestertjeneste til hjelpetrengende som bor hjemme, etter vedtak.
- For å følge opp tiltakene vil det være nødvendig å styrke bemanningen med fysio- og ergoterapeuter, folkehelsekoordinator og leder av frisklivstilbud.

Plan for folkehelsearbeid utreder tema mer omfattende.

13 Støttetiltak

Støttetiltak omfatter oppgaver som kan legges både til området forebyggende arbeid, tiltak for personer med demens og generell støtte for andre brukergrupper.

Arbeidsgruppe 2 har beskrevet viktigheten av å ha et mangfold av tiltak.

Både for hjemmeboende og i omsorgsboliger vil nye hjelpemidler innen omsorgsteknologi øke muligheten for at mange kan klare seg lengre i egen bolig. Det må følges opp med både kompetanse på området og avsatte midler til investering i aktuelt teknisk utstyr.

13.1 Ny omsorgsteknologi.

Ny omsorgsteknologi må tas i bruk som et tillegg til menneskelige ressurser. Det vil kunne styrke både trygghets- og mestringfølelse hos bruker. Det skjer i dag en rivende utvikling innen smarthusteknologien / trygghetsalarmer, med mulighet for ulike sikkerhetsfunksjoner som vindusovervåking, styring av hvitevarer, romtemperatur og bevegelsesdeteksjon. Det kan også etableres robotteknologi, kroppssensorer, fallsensor, røykdetektor og sporingsteknologi. Ulike løsninger kan innarbeides både ved bygging av omsorgsboliger og for bruk i private hjem. Det kan forlenge tiden en person kan bo i sin egen bolig eller i en omsorgsbolig.

13.2 Støttekontakt

Videreføres i tråd med tidligere men må kvalitetssikres.

Rekruttering av støttekontakter er vanskelig. Som støttekontakt er du som regel alene om oppgaven og det er derfor viktig med skoling og veiledning fra oppdragsgiver for å få mest mulig målrettede og virkningsfulle tiltak. Tiltakets status bør heves ved å tilføre mer kompetanse, veiledning og bedre økonomiske vilkår.

13.3 Brukerstyrt Personlig Assistanse

Videreføres for personer der det vurderes som et egnet hjelpetiltak. Nye retningslinjer i forhold til statlig tilskudd er innført. Erfaringen viser at tildeling må vurderes strengere i hht. vedtatte retningslinjer, spesielt mht kravet til bruker om å kunne ivareta arbeidslederansvaret.

13.4 Omsorgslønn

Videreføres.

Det er lovpålagt å vurdere for personer med omfattende omsorgsarbeid, men ikke et rettighetskrav. Det vises til vedtatte kriterier for ordningen.

13.5 Dagtilbud

Videreføre eksisterende dagtilbud ved Selsro, Heidalstun, Sel sjukeheim og ved Aktivitetssenteret. Det vil være et mål å øke stillingen for aktivitør.

Mer produksjonsrettede tiltak kjøper kommunen innenfor ordningen VTA (varig tilrettelagt arbeid) i regi av GIAX. Med 10 plasser. Behovet er større og noen plasser er tilrettelagt i private bedrifter. Det bør vurderes om aktiviteter skal organiseres sammen med rehabiliteringstjenesten.

Spesielt tilrettelagt dagtilbud for personer med demens er tatt inn under pkt 16.2

14 Boligtiltak

Arbeidsgruppe 5 har vurdert utviklingen i behovet for omsorgsboliger og plasser i sykehjem. Etterspørselen på omsorgsboliger har over tid vært stor og kriteriene for tildeling ikke nok avklarende. Helsen situasjon både fysisk og psykisk vil være av betydning for behovsvurderingen, men også sosial situasjon, avstand til servicefunksjoner og mulighet for å klare seg selv best mulig vil være viktige faktorer. Det er likevel slik at de som bor alene i en enebolig og ikke lenger makter stell av hus og hage også har mulighet for å selge eneboligen for å kjøpe en sentralt beliggende og leilighet, hvis tilbudet finnes.

14.1 Omsorgsboliger

Omsorgsboligene skal være et godt alternativ for de som ikke kan bli boende i opprinnelig bolig på grunn av nedsatt helse, sosial isolasjon eller for bedre å kunne ta imot nødvendige hjelpetiltak. Kommunens omsorgsboliger skal være et alternativ livet ut, så lenge de som bor i en slik bolig ønsker det eller at det ikke er tungtveiende faglige grunner for å flytte. De som bor i en omsorgsbolig har de samme rettigheter og plikter som om de bodde i opprinnelig bolig. Det betyr også at de skal ha mulighet for ulike korttidsopphold ved et sykehjem når situasjonen tilsier det.

Arbeidsgruppe 5 som har vurdert behovet for hjemmetjenester, boliger og institusjonsplasser foreslår at det bygges 16 nye omsorgsboliger i Otta området og 4 ved Heidalstun.

Det arbeides med tre ulike skisseprosjekter for flere omsorgsboliger sentralt på Otta:

- På Elvebakken er det laget en skisseløsning med en 2. etg som vil gi plass til 15. leiligheter og tre fellesareal + heis og evt. rom for helse og omsorgspersonell. Her kan behov for vaktordning evt. kombineres med den bemanning som allerede er på plass i 1. etg. Solrikt område med fint uteareal.
- I samarbeid med private utbyggere utredes det et forslag i kvartal 37 – Møbelhuset og området bak. Der er det så langt lagt inn 8 leiligheter i det som nå er 2. etg .på Møbelhuset, og med front / utsikt / veranda mot Johan Nygårdsgt / Otta Amfi. Heis og full tilgjengelighet planlegges. Forretningsbygg og leiligheter for salg kommer bak eksisterende bygg. Det er mulighet for å utvide antall omsorgsboliger ved å redusere antall leiligheter for salg.
- I Mullersgt. (tidl. Skeidar) planlegger eier å bygge om til leiligheter i 2. og 3. etg.. Det er bedt om en skisse på hvordan dette evt. kan tilpasses behovene ved bruk som omsorgsboliger. Det er beregnet plass til ca 14 enheter + fellesareal og heis mv. Noe garasjeplass kan etableres i 1. etg. Ute området vil her i stor grad bli fortau og gatemiljøet, men det er beregnet en større terrasse på taket.

- I tilknytning til Heidalstun vil det relativt enkelt kunne utvides med minst 2 omsorgsboliger ved å bygge i forlengelsen av eksisterende fløy mot sør/vest. Det må samtidig bygges om tidligere tannlegekontor til bolig og rehabiliteres en leilighet som nå står tom.

14.2 Omsorgsboliger for funksjonshemmede

Bofellesskapene ved Elvebakken, Selsrogata og Loftsgårdsbakken er bemannede boliger. Ved evt. utbygging av Elvebakken vil det kunne oppnås en rasjonaliseringseffekt hvis beboere i disse boligene flyttes over til Elvebakken. Det blir mindre behov for vakt på grunn av samordning, mindre transport til og fra aktivitetssenter mv. Det bør beregnes nærmere.

14.3 Omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser

Av de eksisterende omsorgsboligene er 10 enheter bygd med tilskudd etter opptrappingsplan for psykisk helse og disponert for brukergruppa, men ikke knyttet opp mot bestemte boliger.

Med en omlegging av Sykehuset Innlandet sin politikk i forholdet mellom døgn og dagtilbud for pasienter med psykiske lidelser, der vesentlig færre døgnplasser vil bli tilgjengelig både ved sentralinstitusjonene på Sanderud og Reinsvoll og ved Bredebygden distriktspsykiatriske senter, vil det sannsynligvis bli større behov for boligtiltak i kommunene og med oppfølging fra den lokale psykiske helsetjeneste. Det vil påvirke behovet for antall omsorgsboliger.

14.4 Utleieboliger for bostedsløse

Gjennom søknad til Husbanken er det innvilget 40% tilskudd til bygging av 4 leiligheter for bostedsløse. Prosjektet er ferdig planlagt og lyst ut på anbud. Lokaliseres i området ved jernbaneboligene. Beboere må følges opp gjennom prosjektet boligsosialt arbeid ved NAV.

14.5 Utleieboliger for flyktninger

Det er ofte vanskelig å skaffe egnede boliger ved mottak av nye flyktninger eller ved familiegjennforening.

Privat utbygger er i gang med 3 utleie enheter beregnet for flyktninger. Kommunen har samarbeidet om prosjektet og bistått med søknad om tilskudd fra Husbanken.

Det bør i større grad legges til rette for at flyktninger gis mulighet til å kjøpe sine boliger i stedet for å leie. En forutsetning for å få det til er at ordningen med Startlån utvides. Til nå har det nesten ikke vært tap på denne type utlån.

14.6 Boligsosial plan

For å skaffe klarhet over de ulike og spesielle boligbehov som enkelte grupper i befolkningen har, vil det være behov for å få utarbeidet en egen boligsosial plan. Det er også et krav fra Husbanken for å få benytte en del av de spesielle finansieringsordningene som er tilgjengelige.

15 Hjemmebaserte tjenester

Arbeidsgruppe 5 legger til grunn at de fleste i utgangspunktet ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig, selv om de på grunn av alder, sykdom eller nedsatt funksjonsevne har reduserte

muligheter til å klare alle oppgaver på egen hånd. Hjemmetjenesten skal innrettes slik at innbyggerne er trygge på at de kan få bistand om behovet oppstår. Det er derfor viktig å ha et differensiert tilbud som både ivaretar brukernes behov og kommunens ressurser på en god måte. Tjenesten har som mål å bidra til trygghet, fremme selvstendighet og mestring. Hjemmesykepleie skal være et tilbud gjennom hele døgnet for den som har slik behov. Hjemmehjelp (praktisk bistand) innvilges etter vurdering enten som eget tiltak eller i tillegg til hjemmesykepleie, 2/3 av alle mottakere av hjemmetjenester har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

For å satse på en framtidsrettet tjeneste kan det være hensiktsmessig å satse systematisk på hverdagsrehabilitering. Det betyr at tjenesten må skolere seg på en slik måte å arbeide på. Hverdagsrehabilitering er rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. Innsatsen er tverrfaglig og foregår gjennom hele uka. Den er dermed mer omfattende enn den rehabilitering som kommunen har i dag og skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukeren har fått en tverrfaglig vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Stikkord er fra passivisering til aktivisering og fra hjemmehjelp til hjemmetrening.

- Det er i dag bra balanse mellom etterspørsel - innvilget hjelp og bemanning i distrikt Otta.
- I distrikt Heidal er grunnbemanningen generelt lav og det har over tid ikke vært mulig å rekruttere nok sykepleiere. Det mangler 2 x 50 % stilling, men de forsøkes nå justert opp til min. 75 % ved intern omdisponering for at de skal bli mer attraktive.

Hjemmetjenestene må følges opp og justeres avhengig av summen av brukere og oppgaver til enhver tid.

Det må tildeles mer spesifikke hjelpetiltak, og ses på større variasjon i timetildeling. Det er også viktig å ha en rett sammensetning av kompetanse. Brukergruppa er svært sammensatt og med ulike problemer og behov. Også blant de eldre er det psykiske problem, angst og noe rus. Samarbeid med psykisk helsearbeid er viktig og det må vurderes om personell med spesiell kompetanse i noen grad bør inngå i hjemmesykepleien eller at det innføres forskjøvet arbeidstid for personell innen psykisk helsearbeid. Det er på kveldstid behovet for noen å samtale med om sine vansker ofte kommer fram. Samarbeidet mellom tjenesteområdene vil være avgjørende for å få til en ordning som fungerer godt for brukergruppa.

En fleksibel disponering av fagpersonell mellom virksomhetsområder, hjemmetjenester og institusjoner må kunne praktiseres i kortere perioder for på en best mulig måte å utnytte både kompetanse og tilgjengelige personellressurser.

En fortsatt satsing på at hjemmetjenestene skal dekke opp en vesentlig andel av behovet for pleie og omsorgstjenester i kommunen vil være riktig bruk av ressurser og i tråd med hva de fleste brukere av tjenesten ønsker. Vi må fortsatt arbeide for å ha en faglig sterk tjeneste i et riktig omfang.

16 Institusjonsbaserte tjenester

Alle kommuner er ut fra Lov om helse og omsorgstjenester pålagt å kunne tilby plass i sykehjem eller boform med heldøgns- omsorg og pleie der andre tilbud ikke er tilstrekkelige:

- I Sel kommune har vi i dag sykehjemstilbud på tre steder, Sel sjukeheim med 45 plasser av disse er 16 spesielt tilrettelagt for pasienter med demens sykdom.

Avdelinger som er tilrettelagt for så mange som 8 pasienter med demenssykdom, ser vi i noen tilfeller fungerer dårlig. Vi opplever i demensomsorgen av og til svært utfordrende adferd. Pasienter med spesielle behov for skjerming (ofte yngre pasienter) bør kunne tilbys mindre enheter. Det kan være aktuelt å vurdere samarbeid med andre kommuner om et slik tilbud. Det viluansett bli kostbart og behovet er ikke stabilt.

- De fleste pasientene også på somatisk avdeling er på langtidsopphold, men det tilbys også kortidsopphold, rehabiliteringsopphold og avlastning. Beleggsprosenten ved Sel sjukeheim var i 2011 på 106 %. Det betyr at det var 2 -3 pasienter i overbelegg store deler av året.
- Bofellesskap for pasienter med demens ved Heidalstun., 6 plasser. Ved avdelingen har det i perioder vært tatt inn 1 -2 pasienter på dagopphold. Det har fungert bra for de som har familie hjemme på kved og helg, men er ikke optimalt da fellesarealet er lite og ikke gir mulighet for kvile i løpet av dagen.
- Sengeavdelingen ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter der Sel kommune disponerer 7 korttids og rehabiliteringsplasser og en fast plass ved avdelingen for intermediære senger. I tillegg vil pasienter fra Sel på linje med pasienter fra de andre kommunene i regionen benytte plasser avsatt til øyeblikkelig hjelp, foreløpig 2 plasser. Samlet har Sel ut fra dette 59 plasser spesielt beregnet for egne pasienter, sammenlignet med andre kommuner på samme størrelse er dette et lavt antall. Et relativt stort antall boenheter ved bo og servicesentrene, som også er base for hjemmetjenestene, avhjelper i noen grad mangelen på sykehjemsplasser, men boligtiltak med service fyller likevel ikke kravene til en fullverdig sykehjemsplass.
- Samarbeidsavtalen med Sykehuset Innlandet om betaling for utskrivingsklare pasienter som kommunen ikke kan ta imot til rett tid har økt presset på både hjemmetjenestene og sengeavdelingen.
- Behovet for plasser for personer med demens lidelse er økende og i de fleste tilfeller er det behov for langtidsplass. Ved sengeavdelingen på LMS er det ikke fysisk lagt til rette for denne type pasienter. Det har vært aktuelt å kjøpe plass i annen kommune når vi ikke har klart å etablere et egnet tilbud i egne avdelinger.
- Arbeidsgruppe 5 som har vurdert behovet for nye sykehjemsplasser anbefaler at det startes planlegging av 16 nye sykehjemsplasser i tilknytning til Sel sjukeheim i 2013 og at det planlegges ytterligere 10 plasser mot 2020.
- Hvis behovet for intermediære sengeplasser ved LMS viser seg å bli økende og vi i tillegg får godkjent 4 plasser for øyeblikkelig hjelp, så kan det bli nødvendig å erstatte alle de plassene Sel disponerer ved LMS i dag med nye sykehjemsplasser, selv om Sel ut fra folketall antagelig vil benytte ca 30 % av plassene ved LMS fortsatt.
- Plassene ved LMS er beregnet for korttids- og rehabiliteringsplasser, men det viser seg at noen av pasientene som blir lagt inn har behov for en langtidsplass. Når det er fullt på Sel sjukeheim, vil det også redusere sirkulasjonen av pasienter ved LMS.
- Det er viktig å opprettholde muligheten for korttidsplasser også ved Sel sjukeheim, de har alltid hatt en høy kvalitet på pasientbehandlingen og det er viktig å stimulere til at de fortsatt har faglig stimulerende utfordringer.

17 Tiltak for personer med demens

17.1 Om demensplan

Arbeidsgruppe 3, som har sett på aktuelle tiltak for personer med demenslidelse i ulike faser, har lagt fram et eget utkast til Demensplan. Planen legges på saken for omsorgsplan og kan benyttes i det videre arbeid med detaljering av de forskjellige tiltak.

Arbeidsgruppa tar utgangspunkt i at mennesker med demens ikke er noen ensartet gruppe. Som alle andre har de ulike behov og interesser. God demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykehistorie. Formålet med tiltakene er at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, til tross for sykdom og funksjonssvikt. I følge alderspsykiatrisk forskningssenter vil kommuner som takler demensproblematikken lykkes i sin eldreomsorg.

Personer med demens og deres pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet. Ved å vektlegge tiltak tidlig i sykdomsutviklingen av demens vil en kunne utsette behov for institusjonsplass og gi et bedre liv hjemme sammen med sine pårørende.

17.2 Diagnostisering og utredning.

Gode samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for utredning og diagnostikk er prioriterte tiltak i Demensplan 2015. Demens skal skilles fra intellektuell svikt som kan oppstå ved normal aldring, somatisk eller psykiatrisk sykdom. Årsak til demens skal kartlegges slik at pasienten får tilpasset behandling.

Arbeidsgruppa anbefaler at spesialist tilknyttes NGLMS, og at alle pasienter der det er mistanke om demens får utført MR eller CT scanning av hjernen.

17.3 Dementsteam

Det anbefales at det oppnevnes et nytt dementsteam i kommunen. Der må personer med ulike fagbakgrunn og spesiell interesse for feltet bli en viktig kompetansebase i kommunen. De kan koordinere utredning, kartlegge situasjoner og følge opp pasient og pårørende med hensyn til aktuelle hjelpetiltak. Fastlegen må ha en sentral rolle. Dementsteamet skal kunne tilby opplæring og veiledning til personer med demens, til pårørende og til andre ansatte.

Samtalegrupper og kurs/pårørendeskoler vil være viktige oppgaver. Det har vist seg at pårørende som får mye informasjon om sykdommen og om hvordan man skal takle vanskelige situasjoner, klarer omsorgen bedre..

17.4 Dagtilbud

Dagtilbud og hjemmetjenester er viktige deler til demensomsorgen. Det vil være nødvendig med endringer både i forhold til omsorgstjenestens kompetanse, organisering og fysiske utforming. Regjeringens Demensplan 2015 forutsetter at planer skal vektlegge tiltak som kan settes inn før det blir aktuelt med et heldøgnsstilbud og som kan lette pårørendes omsorgsbyrde. Fra 2013 vil kommunene være pålagt å etablere dagtilbud for personer med demens. Ut fra antallet aktuelle brukere av et slik spesielt tilrettelagt dagtilbud må det utarbeides konkret plan for hvordan dette skal etableres. Det vil bli stilt krav til drift og innhold. Dagaktivitetstilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det vil avlaste de nærmeste på dagtid.

Det er i statsbudsjettet for 2012 innført en ny tilskuddsordning til etablering av nye dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Satsen er satt til kr. 65.000.- pr. år pr. plass og avregnes ut fra antall måneder. Tilskuddet skal dekke utgifter knyttet til oppbygging og drift av dagaktivitetstilbudet unntatt personalkostnader. Personalkostnader er forutsatt finansiert over rammetilskuddet som er en del av Omsorgsplan 2015 sin målsetting om 12000 nye årsverk fram til 2015.

Grønn omsorg / Inn på tunet tiltak utredes til bruk for pasienter med demens.

Det er foreløpig drøftet to alternative forslag til aktuelle lokaliseringer:

1. Ta i bruk den tidligere barnehagen som nå er knyttet sammen med Heidalstun. Der er det i dag noe aktivitet med veving, mens ”snekker rommet” står ubrukt.
2. Dersom Sykehuset Innlandet legger ned driften ved aktivitetsbygget ved Bredebygden distriktpsikiatriske senter, kan det tas opp spørsmål om å overta bygget til bruk som dagtilbud for personer med demens.
3. Andre bygg kan være aktuelle.
4. Bemanning av dagtilbudet må nærmere beregnes. Antall aktuelle brukere vil variere over tid og det må derfor finnes fleksible ordninger. Fleksible løsninger kan også innebære at ansatte arbeider med bruker i hans egen nærmiljø.

17.5 Avlastning

I tillegg til dagtilbud er det behov for avlastning i perioder. Å ha omsorg for en person som lider av demens er for de fleste en stor belastning psykisk så vel som fysisk. Derfor er det viktig at pårørende får mulighet for avlastning i perioder, også i tidlige faser av sykdommen. Det kan føre til at pårørende kan klare å ta seg av den syke hjemme lengre.

Vi har ikke faste avlastningsplasser knytt opp mot demensavdelingene i dag, men det blir av og til benyttet forskjellige rom ved Heidalstun, Selsro og Sel sjukeheim til avlastning også for pasienter med demens. Med stort trykk på de faste plassene er mulighetene mindre. Ved en videreutbygging må avlastningsplasser også planlegges. En leilighet inntil bokollektivet på Heidalstun kan bygges om til 2 korttids avlastningsplasser. Det bør være et mål å øremerke minst 1 plass for fast rullering for f.eks 3 personer.

17.6 Bokollektiv / institusjonsplasser

Fremtidig omfang på dagtilbud, avlastning og korttidsopphold vil påvirke hvor mange døgnplasser i bokollektiv det vil bli behov for framover. Men ut fra framskriving av befolkningsutviklingen og antall personer over 80 år i Sel, vil det i 2030 være ca 20 flere personer med demens i denne aldersgruppa enn nå. Allerede i dag er det ofte vanskelig å skaffe plass i avdeling for personer med demenssykdom.

Ved utbygging av flere sykehjemsplasser vil det være riktig å planlegge små enheter på ned til 4 plasser pr avdeling. De kan benyttes både for pasienter med demens og pasienter med somatisk sykdom.

18 Personaltiltak – rekruttering - kompetanse

Helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren i kommunens omsorgstjeneste. Omsorgstjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass med utviklingsmuligheter og gode arbeidsvilkår og et godt arbeidsmiljø. Sel kommune er IA bedrift og det skal arbeides kontinuerlig med å forebygge og redusere sykefravær. De ansatte skal bli sett og hørt og det skal stimuleres til god ledelse. Arbeidet med å redusere ufrivillig deltid skal fortsette, slik at målet om minst 40% stilling for alle ansatte som ønsker det skal bli nådd.

Rekruttering av helsepersonell vil bli en av de største utfordringene for at kommunene skal klare å ta hånd om omsorgsoppgavene. Det blir større konkurranse mellom kommunene og bare den som legger til rette for personalet vil lykkes.

Regjeringen har som mål å etablere 12.000 nye årsverk i omsorgstjenestene i perioden 2008 – 2015. Gjennom samhandlingsreformen ser vi at kommunene får nye oppgaver inne flere fagområder. Med raskere utskriving fra sykehus og større ansvar for kommunene vil personell med spesialkompetanse på ulike områder bli etterspurt.

Nye oppgaver og brukergrupper vil kreve kontinuerlig kompetanseutvikling. Det må legges vekt på gode muligheter for både å kunne ta grunnutdanning, videreutdanning og kortere kurs på spesielle tema. Det må legges til rette for utdanningspermisjoner og stipendordninger. Endringskompetanse synes å bli viktig å ha i et samfunn som stadig er i endring og omstilling. Samarbeid på tvers av fag og tjenesteområder vil være nødvendig for å sikre et tilbud til personer med sammensatte behov for tiltak. Samarbeid over kommunegrenser og med sykehusnivå vil i større grad kunne bli nødvendig.

Nye befolkningsgrupper som innvandrere og flyktninger med en annen kulturell bakgrunn vil også skape nye behov for kompetanse.

Personer med demens sykdom og psykiske lidelser forventes å øke i antall og kunnskap innen fagfeltet kan måtte styrkes. Det gjennomføres intern skolering i Demensomsorgens ABC og det er et mål å få i gang «pårørende skole».

Det vises også til Plan for helsesamarbeid i Nord-Gudbrandsdal og til Sel kommunes egen kompetanseplan.

19 Handlingsplan

19.1 Innledning

Utfordringene innenfor framtidens omsorgstjeneste er stor både med utgangspunkt i sentrale myndigheters krav i lov og forskrift og i kommunens befolkningsutvikling med en stadig større andel eldre og dermed i behov for kommunale tjenester på et bredt spekter.

I Sel kommune har det gjennom flere år vært vektlagt å satse på en godt utbygd hjemmetjeneste, støttetiltak av ulike slag og boligtiltak i form av omsorgsboliger og bo og servicesenter. Det er en både ønsket og ressurseffektiv tjeneste. Med flere innbyggere i de eldste aldersgrupper, særlig de over 90 år som øker mye framover, vil likevel behovet for flere plasser i sykehjem være tydelig.

Forebyggende arbeid har i første rekke et langsiktig perspektiv, men også tiltak rettet mot gruppa eldre for å unngå fallskader, feil ernæring, sosial isolasjon mv er svært viktig for å redusere behovet for andre hjelpetiltak og institusjonsplass.

Denne profilen på tjenestetilbudet bør opprettholdes, men slik det beskrives under satsningsområder framover mot 2020 og videre, - må det på flere områder komme nye og supplerende tiltak.

Like viktig som omfang og kapasitet i tjenestene er det å ha fokus på tjenestenes innhold og faglige kvalitet. Kvalitetsforskriften, Verdighetsgarantien og lov om helsepersonell legger føringer for utøvelsen av arbeidet og må følges opp både ved rett tildeling av tjenestenivå og med faglig forsvarlige tjenester.

19.2 Forebyggende arbeid, støttetiltak

I hovedsak vil eksisterende tilbud videreføres, men må tilpasses brukernes behov og slik at de legger til rette for at brukeren i størst mulig grad skal klare seg selv og ha et godt liv.

Holdningsskapende arbeid og tilrettelegging for aktiv omsorg og sosialfungering.

Det utarbeides en egen plan for folkehelsearbeid i Sel som nærmere beskriver tiltak.

- Det foreslås styrking av stilling for fysioterapeut og ergoterapeut og for arbeid med folkehelse og frisklivstilbud.
- Veiledning og oppfølging av støttekontakter og assistenter bedres.
- Helsestasjon for eldre / tilbud om oppsøkende virksomhet til eldre.
- Stilling for aktivitør foreslås utvidet.

19.3 Boligtiltak

- Så snart det foreligger ferdige skisser for de tre beskrevne utbyggingsalternativene for omsorgsboliger i Otta sentrum, så fremmes det sak for kommunestyret om valg av alternativ. Søknad til Husbanken om godkjenning og tilskudd må fremmes i 2012 og bygging igangsettes våren 2013.
- Det gjennomføres planlegging av videre utbygging og rehabilitering av omsorgsboliger i tilnytning til Heidalstun høst /vinter 2012/2013. Søknad til husbanken i 2013 og evt. oppstart høsten 2013.

19.4 Hjemmebaserte tjenester

- Hjemmebaserte tjenester må tilpasses behovet til enhver tid. Tildeling av tidsressurs for den enkelte bruker kan i større grad variere avhengig av situasjon. Ny omsorgsteknologi må tas i bruk der det vurderes som nyttig.. Arbeid med å rekruttere kvalifisert personell må fortsette og nært samarbeid og stor fleksibilitet mellom tjenesteområdene både ute og inne må etableres. Vurdering av stillingsbehov fremmes i forbindelse med budsjett og etter en bevisst plan.
- Styrking av grunnbemanningen i pleie og omsorgstjenesten.
- Hverdagsrehabilitering bør vurderes igangsatt.

19.5 Institusjonsbaserte tjenester

- Planlegging av flere plasser i tilknytning til Sel sjukeheim igangsettes. Det foreslås avsatt midler i budsjettet for 2013 til å engasjere arkitekt. Prosjektet må planlegges slik at det tar hensyn til behovet både for plasser for somatiske pasienter og for pasienter med demens.
- Antall plasser bør i første byggetrinn økes med 16. Det må legges til rette for en videre utbygging ut fra behov fram mot 2030 og 2040. Nødvendig opptrapping av bemanningen etter hvert.

19.6 Dementsteam

- Nytt dementsteam oppnevnes 2012.

19.7 Dagtilbud for personer med demens

- Arbeidet med å etablere et eget dagtilbud for personer med demens settes i gang når omsorgsplanen er vedtatt. Det er naturlig at dementsteamet får en sentral rolle i arbeidet.

19.8 Avlastning

- Kapasitet på dag og døgnplasser må bli så god at det kan tilbys avlastning som et avtalt tilbud. Det er et mål at minst en plass innen somatisk avdeling og en plass for demente øremerkes for fast rulling for eksempelvis 3 personer. Det reduserer presset på faste døgnplasser.

Alle forslag til nye tiltak må utredes og kostnadsregnes både for investerings- og driftskostnader og deretter innarbeides i kommunens økonomiplan og årsbudsjett.

Arbeidsgruppenes grunnlagsarbeid er samlet på saken og kan skaffes for videre detaljarbeid på enkelte områder.

Vedlegg 1: Utgiftsbehov og justert innbyggertall

For å beregne en kommunes *justerte* innbyggertall, bruker vi tall fra statens inntektssystem for kommunene. I denne sammenhengen skal vi ikke redegjøre for kommunenes inntektssystem fullt ut, men bare kort forklare de delene av inntektssystemet som gjør det mulig å forstå hvordan vi kommer fram til det justerte innbyggertallet.

Driftsforutsetningene for norske kommuner varierer betydelig – noen kommuner har lange avstander og få innbyggere, andre har mange innbyggere konsentrert på et lite areal, noen kommuner har mange eldre og få barn, andre har mange unge og få eldre, de sosiale utfordringene varierer, osv. To kommuner med samme innbyggertall trenger ulik sum penger for å drive kommunen fordi driftsforutsetningene er så forskjellige.

Når vi beregner det justerte innbyggertallet, tas det hensyn til disse driftsvariasjonene. Vi justerer kommunens innbyggertall slik at vi kan ha som forutsetning at alle kommuner har samme mulighet for å gi hver justert innbygger like mye tjenester med samme kvalitet for samme sum penger. En kommune som har ”tunge” driftsforutsetninger (eksempelvis tynt befolket over lange avstander og mange eldre innbyggere) får flere ”justerte innbyggere” enn det reelle innbyggertallet. En kommune som har ”lette” driftsforutsetninger (få eldre, korte avstander) får færre ”justerte innbyggere” enn det reelle innbyggertallet.

I sitt årlige budsjettvedtak bevilger Stortinget en sum penger som skal dekke kommunenes utgiftsbehov – der utgiftsbehovet er å betrakte som de pengene kommunene trenger for å ”drive” kommunene. Ved å dele det samlede utgiftsbehovet på antall innbyggere i riket, får vi det gjennomsnittlige utgiftsbehovet per innbygger. I 2010 vedtok (beregnet) Stortinget at det samlede utgiftsbehovet til norske kommuner var 158,5 milliarder kroner. Dette tilsvarer et gjennomsnittlig utgiftsbehov på kr 32.843 per innbygger

Inntektssystemet for kommunene i Norge forutsetter at det skal være (full) utgiftsutjevning ut fra utgiftsbehovet. Det betyr at de kommunene som hadde mindre utgiftsbehov fikk mindre enn 32 843 kr per innbygger i statlig overføring i 2010, kommunene som hadde større utgiftsbehov fikk mer. Utgiftsbehovet beregnes gjennom indekser. Indeks 1 betyr at en kommune har et utgiftsbehov som tilsvarer det gjennomsnittlige utgiftsbehovet for landet, og denne kommunen fikk overført 32 843 kr per innbygger. En kommune som eksempelvis

hadde en behovsindeks på 1,1 eller på 0,9, har et beregnet utgiftsbehov som er henholdsvis 10 prosent over og 10 prosent under landsgjennomsnittet. De statlige overføringene varierer tilsvarende.

Utgiftsbehovet beregnes gjennom 25 kriterier, og hvert kriterium har ulik vektning.

Transportutfordringene (reisetid og avstander) internt i kommunen beregnes gjennom 3 ulike kriterier. Aldersgrupper, antall arbeidsledige osv. er eksempler på andre kriterier. Ved hjelp av de 25 kriteriene kan det beregnes et samlet utgiftsbehov for hele kommunen og det bergenes et utgiftsbehov for 7 ulike sektorer: pleie og omsorg, helse, skole, barnehage (ny fra 2011), barnevern, sosialtjenester og administrasjon (med landbruk).

Det *justerte* innbyggertallet framkommer ved å multiplisere innbyggertallet i en kommune med kommunens behovsindeks. Hvis en kommune eksempelvis har 5200 innbyggere og et utgiftsbehov på 1,24, blir det justerte innbyggertallet 6448 ($5200 \times 1,24 = 6448$). Er kommunens indeks for utgiftsbehov mindre enn 1 blir altså det justerte innbyggertallet mindre enn kommunens reelle innbyggertall.

Tilsvarende kan en beregne justert innbyggertall når en skal analysere sektorer.

Når vi ser på KOSTRA-tall og sammenligner eksempelvis både netto driftsutgifter per innbygger og netto driftsutgifter per justert innbygger. Kan det hevdes at en sammenligning av utgifter per justert innbygger er "riktigere" fordi vi da kan forutsette at hver enkelt justert innbygger genererer samme utgiftsbehovet for kommunen. Ved å beregne det justerte innbyggertallet, øker eller minker vi den enkelte innbyggers betydning for utgiftsbehovet tilsvarende den prosentandelen som behovsindeksen ligger over eller under landsgjennomsnittet. Innbyggertallet justeres med andre ord slik at hver innbygger genererer samme utgiftsbehov.

Behovsindeksene blir for den enkelte kommune dokumentert årlig i forbindelse med statsbudsjettet: "Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2011. Grønt hefte".

Kunnskapsgrunnlaget for beslutningen om hvilke kriterier som skal inngå i beregningen av utgiftsbehovet med hvilken vektning, er meget komplekst, og er i stor grad basert på forskning som kan vise hvilke kriterier som har betydning for utgiftsbehovet. En diskusjon av dette grunnlaget, se NOU 2005:18 "Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner".

Staten har i 2010 endret kriteriene og kostnadsnøklerne (Grønt hefte), dette vil gi konsekvenser for rammeoverføringene til kommunene i 2011 og i årene framover.