

GAUSDAL KOMMUNE

-offensiv og spennende!



Gausdal Kommune
2651 Østre Gausdal
Servicetorget tlf: 61 22 45 92
Sentralbord tlf: 61 22 44 00
Faks: 61 22 09 54

OMSORG 2020

OMSORG – TRYGGHET – ANSVARLIGGJØRING – MESTRING

Strategisk plan for omsorgstjenestene

Utarbeidet av Komité 1
2008 – 2009

Vedtatt av kommunestyret
26. november 2009

INNHOLDSFORTEGNELSE

0.	SAMMENDRAG	2
0.1	Oversikt over utfordringer og strategier	3
1.	INNLEDNING	4
1.1	Mandatet	4
1.2	Lovgrunnlag og statlige føringer	5
1.3	Kommunale planer	8
1.4	Andre rapporter og nylig gjennomført forskning på området.....	10
2.	STATUS FOR OMSORGSTJENESTENE	11
2.1	Organisering	11
2.2	Gausdal sammenliknet med andre.....	12
3.	HVA ER GOD OMSORG?	17
3.1	RO's vurdering av omsorgen i Gausdal	17
3.2	Politisk styring av omsorgstjenesten	17
3.3	Verdigrunnlaget for omsorgstjenesten	18
4.	UTFORDRINGER OG STRATEGISKE VALG	19
4.1	Nye brukergrupper.....	19
4.2	Medisinsk oppfølging	21
4.3	Aldring og demens.....	26
4.4	Knapphet på omsorgsytere	28
4.5	Aktiv omsorg	34
5.	OPPSUMMERING.....	36
5.1	Nye brukergrupper og endret sykdomsbilde	36
5.2	Medisinsk oppfølging	36
5.3	Aldring og demens.....	37
5.4	Befolkningsutviklingen og knappheten på omsorgsytere	37
5.5	Aktiv omsorg	38

0. SAMMENDRAG

- Kapittel 1 gir bakgrunnen for planen og er en kort oppsummering av statlige og kommunale dokumenter som er styrende for omsorgstjenestene.
- Kapittel 2 gir status for omsorgstjenestene i Gausdal. Dagens løsninger og tjenesteyting sammenlignes med løsninger som er valgt i andre kommuner og med statlige føringer.
- Kapittel 3 gjennomgår verdiene som legges til grunn for omsorgstjenesten.
- Kapittel 4 er en gjennomgang av utfordringene kommunen står overfor på kort og lang sikt og hvilke strategier som vil være styrende for de neste 10-20 årene.
- Kapittel 5 er en oppsummering av hovedstrategiene i planen.

STRATEGISKE VALG: Omsorg 2020 er en overordnet og strategisk plan. Det er en rammeplan som angir retning. Planen skal være et verktøy for utvikling av omsorgssektoren i kommunen ved å legge føringene for utviklingen av tjenestene de neste 10-20 årene. Det har ikke vært komiteens ambisjon å legge fram en liste med tiltak. Derimot skal det med denne planen som grunnlag, utarbeides handlingsplaner som beskriver konkrete mål og tiltak og økonomiske konsekvenser. De konkrete planene legges inn i kommende handlingsprogram og vedtas av kommunestyret. Formålet med planen er å sikre TRYGGHET for innbyggerne ved at alle tiltaksplanene innenfor omsorgssektoren er basert på langsiktig tenkning og innrettet mot å nå felles mål.

YNGREBØLGEN: Planen beskriver kort status for omsorgstjenestene i Gausdal basert på en analyse gjennomført av Ressurscenteret for omstilling i kommunene (RO) i 2008. Utfordringene vi står overfor er i hovedsak lik utfordringene som de fleste kommunene har i dag – og vil stå overfor om 10 til 20 år. På kort sikt ser vi at de fleste kommunene nå øker ressursinnsatsen til brukere som kommer inn under det vi populært kaller "Yngrebølgen". Den omfatter brukere under 67 år med f.eks. nevrologiske lidelser og ruskader. Vi ser et sterkt voksende behov ift. barn og ungdom som har behov for både tilpasset bolig og tjenestetilbud på døgnbasis. Yngre brukere står nå for over 50 % av ressursbruken i hjemmetjenesten og den andelen ser bare ut til å øke.

ELDREBØLGEN: "Eldrebølgen" kommer om 10-15 år. Det er da de store barnekullene etter 2. verdenskrig nærmer seg 80 år. Samtidig hadde vi lave fødselstall på 70-, 80- og 90-tallet noe som gir færre innbyggere i yrkesaktiv alder ift. antall personer som trenger tilsyn og pleie. Når vi også vet at vi er yrkesaktive i en kortere periode av livet enn tidligere (mange på trygd gir nå en reell pensjonsalder på 56 år) – får vi et misforhold mellom de som trenger hjelp og de som skal gi hjelp.

KAPASITETSVEKST: Et særtrekk for Gausdal er at vi har svært høy dekning av sykehjemsplasser samtidig som vi mangler omsorgsboliger med tilbud om heldøgns pleie og omsorg (HDO). De to tilbudene dekker forskjellige behov. Sykehjemmet skal gi aktiv behandling og pleie til akutt syke mennesker. Sykehjemmet, slik det er utformet i dag, er ikke ment å være bolig og egner seg dårlig til det. Personer med demens blir ekstra forvirret i korridorene i et tradisjonelt sykehjem. Vi har mange langtidspasienter som ikke er så syke at de har behov for sykehjem, men heller burde fått tilbud om omsorgsbolig med heldøgns omsorg. Det er et mål å øke tilbudet av plasser med heldøgnstjenester. I dag er det kun 76 plasser med HDO, og dette er kun sykehjemsplasser. Når vi legger til grunn at 25 % av kommunens innbyggere over 80 år har behov for heldøgns omsorg, bør vi ha 100 plasser med HDO. Med andre ord må kapasiteten på dette området økes.

Komité 1

Gausdal kommune
8. september 2009

Jan Toft V
- *Komitéleder*

Hege Rundsveen ... Ap
- *Saksordfører*

Andreas Smith-Erichsen ... H

Jon Arild Sagheim Sp

Helge Kleiven BL

0.1 Oversikt over utfordringer og strategier

UTFORDRINGER	STRATEGIER
<p>NYE BRUKERGRUPPER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yngrebølgen • Endret sykdomsbilde 	<p>SAMORDNING OG BRUKERTILPASNING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapasitetsvekst / tilpasning av boliger • Kompetanseheving og spesialisering innenfor nye områder • Tverrfaglig samarbeid og samordning av ressursene • Heldøgns helse- og sosialtjenester
<p>MEDISINSK OPPFØLGING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidligere utskrivning fra sykehus • Mer behandling overlates til kommunene • <u>YNGRE</u>: "Nye" diagnoser / økning av bestemte diagnoser • Unge brukere – livslang omsorg / boligtilpasning • Yngre med livsstilssykdommer • <u>ELDRE</u>: Økt levelader gir flere med sammensatte diagnoser 	<p>FOREBYGGINGSFOKUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bo lengst mulig i eget hjem • Tilrettelagte tjenester og boliger for yngre funksjonshemmede • Rehabiliteringsfokus i sykehjemmene • Oppfølging av Folkehelseplanen – "Ansvar for egen helse" <p>SPECIALISERING OG SAMHANDLING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseheving og spesialisering innenfor somatikk <ul style="list-style-type: none"> ◦ Follebutunet som kompetansesenter • Kompetanseoverføring fra spesialist-htj. til kommunen • Kommunale intermedisæringer i sykehuset – KomUt-senger • Regionalt samarbeid – TRUST-prosjektet
<p>ALDRING OG DEMENS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eldrebølgen – stor økning av de eldste eldre (fra 2025) • Demens – økende antall personer med demens 	<p>KAPASITETSVEKST</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseheving og spesialisering innenfor aldring/demens <ul style="list-style-type: none"> ◦ Forsettunet som kompetansesenter • Bedre balanse mellom sykehjem / omsorgsboliger / hjemmebaserte tjenester (omsorgstrappen, LEON-prinsippet) • Opprette omsorgsboliger tilrettelagt for demente <ul style="list-style-type: none"> ◦ Etablere heldøgns omsorg i omsorgsboligene (HDO)
<p>KNAPPHEIT PÅ OMSORGSYTERE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere pleietrengende både yngre og eldre • Færre omsorgsytere pga. relativ nedgang av personer i yrkesaktiv alder • Organisatorisk har vi gårsdagens løsninger på morgendagens problemer 	<p>KOMPETANSEHEVING OG REKRUTTERING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utdanning / spesialisering / tverrfaglig kompetanseheving • Rekruttering – med særlig vekt på sykepleierdekningen • Skape attraktive arbeidsplasser • Kontinuerlig fokus på turnus og rutiner (bl.a. uønsket deltid) <p>PLANLEGGING OG ORGANISERING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisasjonsutvikling (bl.a. forhold mellom forvaltning og drift, forholdet mellom hjemmetjenester og institusjon) • Lederutvikling • IKT / effektivisering ved bruk av datasystemer <p>FORSKNING OG KVALITETSUTVIKLING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematisk internkontroll og kvalitetsutvikling • Forskningsprosjekter som gir kunnskapsgrunnlag for utvikling av tjenestetilbudet • Ny teknologi for brukerne
<p>AKTIV OMSORG</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>YNGRE</u>: forventer å delta i samfunnet til tross for sykdom / redusert funksjon • <u>ELDRE</u>: er funksjonsfriske lengre, har god økonomi og er vant med å leve et aktivt liv 	<p>PARTNERSKAP OG ANSVARLIGGJØRING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarliggjøring og mestring som overordna strategi • Partnerskap med familie og lokalsamfunn • Frivillige / Frivilligsentralen • Flere yrkesgrupper inn i omsorgssektoren • Grønn omsorg / "Inn på tunet"

1. INNLEDNING

1.1 Mandatet

1.1.1 Komité 1

Komité 1 er ansvarlig for utarbeidelsen av omsorgsplanen, Omsorg 2020. Arbeidet har pågått dels i 2008 og i 2009. Flere råd og utvalg har kommet med innspill til planen. Det er arrangert folkemøte for å sikre at saken har fått tilstrekkelig omtale og at folk flest har fått mulighet til å komme med forslag og meninger. Komiteen har brukt ekstern rådgiver til å lage en statusrapport for tjenesten. En arbeidsgruppe bestående av ledere, fagfolk og tillitsvalgte har arbeidet med de faglige delene av planen. Administrasjonens saksbehandler har vært prosjektleder for gruppa.

1.1.2 Mandat

Kommunestyret vedtok i Handlingsprogrammet for 2008-11 at det skulle utarbeides en ny "Helhetlig pleie- og omsorgsplan". I tråd med føringer fra overordna myndigheter og samfunnsutviklingen generelt, har komiteen laget en plan som ikke bare favner tradisjonell eldreomsorg, men som tar opp i seg alle forhold som omsorgstjenesten i dag jobber med. Planen omfatter heller ikke bare de områdene som tradisjonelt oppfattes som sykepleiefaglige, men legger føringer for samarbeid og samhandling mellom alle yrkesgruppene og fagområdene innenfor helse- og sosialsektoren. I tråd med denne tenkningen har komiteen valgt å bruke et slagord for å beskrive den nye omsorgsplanen:

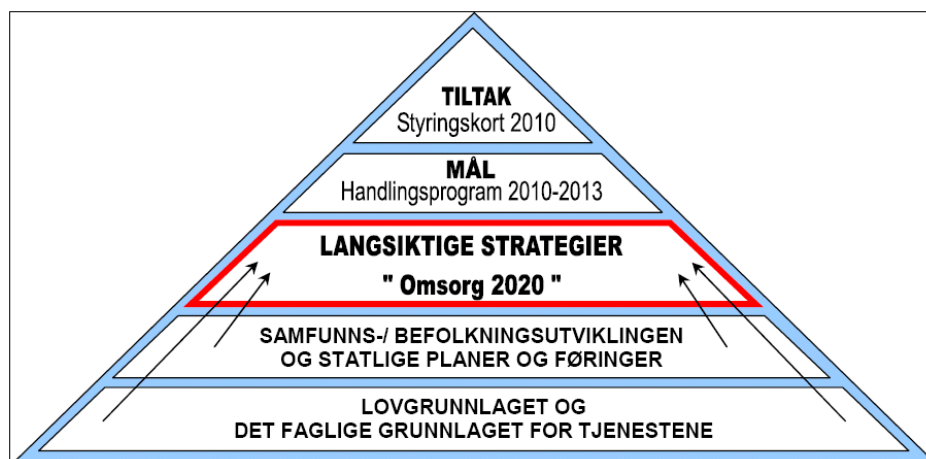
- **Den moderne omsorgstjenesten dekker hele livsløpet.**

I kommunestyrets mandat er det underforstått at planen skal gjelde for en handlingsprogramperiode på fire år. Med den kunnskapen vi har i dag, særlig ift. framskriving av bl.a. den demografiske utviklingen (eldrebølgen), ser vi at kommunen i de kommende årene må planlegge og forberede tjenesten på den store behovsøkningen som vil komme om 10 – 20 år, særlig innenfor eldreomsorgen.

1.1.3 Strategisk plan

Omsorg 2020 er en overordnet og strategisk plan. Det er en rammeplan som gir retning for det videre arbeidet. Den legger føringene for utviklingen av omsorgstjenestene i Gausdal de neste 10 – 20 årene, basert på den kunnskapen vi har i dag.

- Med denne planen som grunnlag skal det utarbeides handlingsplaner med beskrivelser av konkrete mål og tiltak og økonomiske konsekvenser.
- De konkrete planene legges inn i kommende handlingsprogram og vedtas av kommunestyret.
- Omsorgsplanen legger føringer for hvilke saksområder det bør lages handlingsplaner for.
- Kommunens økonomiske situasjon må hensyntas og kan komme til å forskyve kostnadskrevende endringer (ombygginger, nybygg) lenger ut i tid enn det som faglig og politisk sett er ønskelig.



Figuren viser at den strategiske planen må ta opp i seg de samfunnsforhold som har betydning for fagområdet og stake ut kursen for framtidige handlingsprogram og tiltaksplaner.

1.1.4 Forkortelser og forklaringer

Faglige begreper:

HDO	Heldøgns omsorg, er boliger med heldøgns tilbud til eldre. Kriteriet for heldøgns er nattevakt/alarm og hjelp på natt tilgjengelig innen 5-10 minutter.
HDU	Boliger med heldøgns tilbud til utviklingshemmede. Ofte organisert som bofellesskap.
PB	Forkortelse for praktisk bistand (hjemmehjelp, etc.)
Effektivitet	Måler grad av hensiktsmessighet i forhold til krav om at omsorgstrappa skal være utbygd og brukt på en slik måte at det best mulig tjener befolkningens behov for omsorgstjenester.
LEON	LEON-prinsippet: Helsetjenester/omsorg skal ytes på Lavest Effektive OmsorgsNivå. Dvs. at man tilstreber at tjenesten ytes på et lavere nivå i behandlingsskjeden eller omsorgstrappen – altså med mindre ressursbruk – forutsatt at tjenesten som ytes likevel er optimal eller tilfredsstillende for pasienten/brukeren.
Produktivitet	Måler i hvilken grad tjenesteproduksjonen, ansikt til ansikt med brukeren, tilfredsstillende krav til bruk av riktig ressursmengde for å produsere vedtatte tjenester til brukerne.

Institusjoner / organisasjoner som utarbeider rapporter og/eller legger føringer for omsorgstjenesten:

KS	Kommunenes sentralforbund. Arbeidsgiverorganisasjonen KS er oppdragsgiver for mye av forskningen på kommunesektoren.
RO	Ressurssenter for omstilling i kommunene. Har gjennomført forskjellige analyser, spesielt innenfor omsorgssektoren, i 80 % av de norske kommunene.
FAFO	FAFO – Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning. Har i mange år forsket mye på arbeidsforhold innenfor kommunesektoren. Har laget mange rapporter for KS.
SINTEF	SINTEF Teknologi og samfunn / Helsetjenesteforskning. Har oppdrag for bl.a. KS.
SSB/KOSTRA	Statistisk sentralbyrå. Tall som kommunene rapporterer inn til statlige instanser finnes igjen her bl.a. som KOSTRA-tall (Kommune-stat-rapportering).
HDIR	Helsedirektoratet utgir rapporter, veiledere, faktahefter, etc. som Styrings- og informasjonshjulet – Sammenligningstall for kommunene.

1.2 Lovgrunnlag og statlige føringer

1.2.1 Lovgrunnlaget

Til grunn for omsorgstjenesten ligger i hovedsak: Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven, Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven. Med hjemmel i disse lovene er det laget en mengde forskrifter som styrer tjenesten til dels ganske detaljert. To av de mest sentrale er Kvalitetsforskriften og Internkontrollforskriften.

LOVENES INTENSJON: Intensjonen i lovene er at kommunen skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Kommunen skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen. Kommunen skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, forebygge sosiale problemer, bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

FAGLIGE KRAV: Kvalitetsforskriften stiller krav til den faglige utførelsen av omsorgsoppgavene: Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

DOKUMENTASJONSKRAV: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten ("Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten") stiller krav til dokumentasjonen og sikrer at lover og forskrifter overholdes: Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester, og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

HMS: Omsorgssektoren er arbeidsintensiv og utsatt for helseskader. Derfor vektlegges Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter ("Internkontrollforskriften"): Internkontroll er systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

1.2.2 Stortingsmelding 50 (1997) Handlingsplan for eldreomsorgen

Stortingsmelding 50 vektla omsorgsboliger som alternativ til sykehjem når det gjelder heldøgns tilbud. Vitenskapelige analyser og faglige vurderinger pekte på det faktum at ikke alle pasientene i sykehjem hadde behov for den behandlingen som sykehjemmet er ment å skulle gi. Mange bare bodde der fordi de var blitt skrøpelige og ikke kunne bo hjemme. Og mange sykehjem som tradisjonelt er utformet etter sykehusmodellen, egner seg dårlig som bolig.

TOMMELFINGERREGEL: Professor Tor Inge Romøren (Senter for omsorgsforskning) kom fram til at:

- omkring 25 % alle innbyggerne over 80 år har behov for heldøgns pleie og omsorg (HDO)
- men bare 10 % av innbyggerne over 80 år har behov for aktiv behandling i sykehjem.

Det betyr at en andel av innbyggerne, tilsvarende omkring 15 % av alle over 80 år, med fordel kan bo i omsorgsboliger med heldøgns tilbud i stedet for sykehjem. Altså i en bolig på et lavere omsorgsnivå, men i en bolig som er bedre å **bo** i. Forutsetningen for at disse prosentatsene skal gi tilstrekkelig dimensjonering av HDO, er at hjemmetjenestene er godt utbygd.

1.2.3 Stortingsmelding 25 (2006) Mestring, muligheter og mening

Stortingsmelding nr. 25 har et tidsperspektiv på 40 år – helt fram mot 2050. Strategiene som legges og de tiltakene som foreslås, er konsentrert om de nærmeste årene, hvor vi har mulighet for å planlegge og legge til rette for den store økningen i antall eldre som kommer om 15-20 år. Stortingsmeldingen kan kort oppsummeres slik:

UTFORDRINGER	STRATEGIER
<ul style="list-style-type: none"> • Nye brukergrupper • Medisinsk oppfølging • Aldring • Knapphet på omsorgsytere • Aktivitet, sosiale og kulturelle forhold 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging • Bedre samhandling og medisinsk oppfølging • Kapasitetsvekst og kompetanseheving • Partnerskap med familie og lokalsamfunn • Aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold

TILTAK. Departementet foreslår en rekke tiltak som stikkordsmessig kan settes opp slik:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Langsiktig planlegging • Styrke lederfunksjonen og bedre organiseringen • Optimal balanse mellom sykehjem og hjemmetjenester • Sammenhengende tiltakskjede = samhandling • Kvalitetsavtale: Regjeringen og KS • Kvalitetskrav til politisk behandling • Økt forskning • Sterkere brukerinnflytelse • Kompetanseløftet 2015 • 10 000 nye årsverk i helse- og sosial • Videreføre høy utdanningskapasitet ved landets høgskoler | <ul style="list-style-type: none"> • Investeringstilskudd til sykehjem / omsorgsboliger • Styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre • Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem • Demensplan 2015 • Styrke faglig bredde i omsorgstjenesten • Klarere kommunalt ansvar for aktivitet/sosiale tiltak • Fokus på mat og måltider • Den kulturelle spaserstokken • Styrke rammevilkårene for frivillig omsorgsarbeid • Videreutvikle permisjonsordninger • Fortsette opptrappingen av antall frivilligsentraler • Styrke eldresentra og dagtilbud med nye årsverk • Håndbok for helse- og sosialtjenestene i kommunene • Ny kontaktelefon for eldre utsatt for vold |
|---|---|

Når det gjelder eldreomsorgen spesielt, må bl.a. følgende sitater fra planen vektlegges:

- Demens: "All planlegging for omsorgssektoren må ta utgangspunkt i at demens er en vesentlig og sterkt voksende årsak til behovet for slike tjenester, og vil bli én av omsorgstjenestens største utfordringer i årene som kommer."

- Brukerbetaling: "Høyere bostandard, universell utforming av boliger og omgivelser og bedre økonomi hos alderspensjonistene, vil gi brukerne større mulighet til å finansiere tilrettelegging av egen bolig, eller betale høyere husleie, innskudd og vederlag ved opphold i sykehjem."
- Streng prioritering: "Det legges til grunn at det offentlige først og fremst skal sikre botilbud for personer som har behov for omfattende omsorgstjenester / døgntjeneste."
- Ansvar for egen helse: "Morgendagens eldre vil ikke nødvendigvis kreve mer hjelp og service, men bestrebe seg for å ta ansvar for egen helse og egne omsorgsbehov."

1.2.4 Stortingsmelding 47 (2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldingen ble lagt fram den 19. juni 2009. Samhandlingsreformen kommer fordi vi ser at kostnadene innenfor enkelte deler av helsevesenet, spesielt sykehusene, øker så mye at utviklingen ikke er bærekraftig. Budsjettene til helseforetakene er doblet på 7 år og legeårsverkene i spesialisthelsetjenesten har økt mer enn dobbelt så mye som i primærhelsetjenesten. Det må til en omfordeling av oppgaver og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Samhandling defineres som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Samhandlingsreformen skal sikre en klar oppgavefordeling og et helhetlig pasientforløp gjennom forpliktende avtaler og koordinert planlegging.

UTFORDRINGER	HOVEDGREP
<ul style="list-style-type: none"> • Fragmenterte tjenester • Liten innsats for å forebygge, redusere og mestre kronisk sykdomsutvikling • Demografisk utvikling med forskyvning fra yrkesaktive til ikke-yrkesaktive og endret sykdomsbilde til flere behandlings- og pleietrengende, gir ikke en bærekraftig samfunnsutvikling 	<ul style="list-style-type: none"> • Helhetlig pasientforløp, klarere pasientrolle • Ny kommunerolle • Omfordeling til kommunene, sammen med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjen. • Spesialisthelsetjenesten skal i større grad jobbe med spesialiserte oppgaver • Tydelige prioriteringer: Beslutninger skal rettes inn mot helheten og ikke mot deltjenester

Ut over de hovedgrepene som nevnes over, legger stortingsmeldingen opp til:

- utvikling av IKT-systemer, med det mål for øyet at all dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk (etter hvert: online konsultasjoner, telemedisin, etc.)
- å bidra til et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten, gjennom satsning på utdanning som gir tilpasset kompetanse i riktig omfang
- samhandling med andre sektorer, særlig med tanke på dimensjonen helse – arbeid, for å få brukere i yrkesaktiv alder raskere tilbake i arbeid.

Hvis Samhandlingsreformen vedtas av Stortinget endres finansieringsordningen:

FINANSIERING	Innsatsstyrt finansiering		Rammefinansiering
Helseforetakene i dag:	40 %		60 %
Foreslått endring:	30 %		70 %
Fra 2012:	KOMMUNENE 20 %	SYKEHUS 10 %	70 %

Kommunene får full betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra den dagen de defineres som utskrivningsklare fra sykehuset. Med det som bakteppe, vil det bli slik at midlene som overføres fra helseforetakene, vil kommunene kunne bruke "som de vil":

- enten bygge ut spesialiserte tilbud selv
- eller bygge ut i samarbeid med andre kommuner
- eller kjøpe tjenestene av sykehusene

Siden sykehussenger er dyrere enn kommunale senger, vil det på sikt lønne seg å bygge ut et tilbud som ligger i mellom spesialistnivået på sykehus og det tradisjonelle sykehjemsnivået – såkalte intermediærsenger.

SAMHANDLINGSPROSJEKT I LILLEHAMMERREGIONEN – "TRUST"

Stortingsmeldingen oppfordrer kommuner til å samarbeide for å lage større enheter som gjør samarbeidet med sykehusene mer rasjonelt. Det ligger ingen anbefaling om hvordan det interkommunale samarbeidet skal gjennomføres, men regjeringen oppfordrer kommunene til selv å finne egnede samarbeidsmodeller.

Det er startet et samhandlingsprosjekt mellom kommunene Lillehammer, Øyer og Gausdal og Sykehuset Innlandet. Prosjektet har fått arbeidstittelen TRUST – Tiltak for regional utvikling av samhandlingstjenester. Hovedmålet er å utvikle et system for lokal og regional bestilling av spesialistkompetanse ved tidlig intervensjon i et pasientforløp. Ved at pasienten tilbys spesialistkompetanse før han blir så dårlig at han må akuttinnlegges, sparer man liggedøgn i sykehuset. Dette er bedre helsemessig for pasienten og bedre ressursbruk for kommunen. En sykehusseng koster omtrent 2000 kroner mer i døgnet enn en sykehjemsseng. Kommunene blir på denne måten i større grad premissleverandører for spesialisthelsetjenesten. Resultatet av dette prosjektet vil ha innvirkning på måten både Gausdal og de samarbeidende kommunene organiserer sine tjenester på. Prosjektet har fått midler fra departementet.

1.3 Kommunale planer

1.3.1 Kommuneplanen og kommunens overordna verdier

Kommuneplanen for 2002-2013 vektlegger at vi skal tilby innbyggerne gode kommunale tjenester, gjennom omstilling av den kommunale virksomheten. Stikkord er: mer effektiv drift, samarbeid med organisasjoner, prioritering av tjenesteproduksjonen og gi innbyggerne en opplevelse av god service.

Kommunens overordnede mål for tjenesteytingen er:

- **Vi yter riktige tjenester med høy kvalitet, med utgangspunkt i innbyggernes behov.**

1.3.2 Handlingsplan for demensomsorgen i Gausdal

Det ble laget en kommunal plan i 2007 basert på Helse- og omsorgsdepartementets delplan (Demensplan 2015 – Den gode dagen): Handlingsplan for demensomsorgen i Gausdal 2007-2015. Siden mer enn tre av fire sykehjemspasienter har en demenslidelse, er tiltakene som skisseres i demensplanen i aller høyeste grad aktuelle også for den overordna omsorgsplanen. Et hovedtrekk i planen er prinsippet: "Smått er godt – tjenester som en kjede av tiltak", med fokus på tilrettelagte plasser ut fra funksjonsnivå. Tiltakene iverksettes smått om senn, men framdriften forsinkes av at det ikke er blitt satt av så mye midler som opprinnelig forutsatt.

Forslag til tiltak i planen er:

<ul style="list-style-type: none"> • Koordineringsteam • Dagsenter for demente i Follebu og Forset • Grønn omsorg / inn på tunet • Avlastningstilbud for pårørende og pårørendearbeid • Ambulerende uteteam 	<ul style="list-style-type: none"> • Bofellesskap for personer med demens i Follebu og Forset • Funksjonsinndelte sykehjemsavdelinger i Follebu og Forset • Skjermet enhet i Forset (som nå) • Kompetanseheving av personell
--	--

Gausdals demensplan er veldig god. Landets fremste eksperter på området står faglig bak planen og mange andre kommuner bruker den som modell for sitt arbeid med tilrettelegging for mennesker med demenssykdom. Selv om demensplanen ble skrevet før omsorgsplanen, understøtter den de strategiske valgene som beskrives i denne planen. Kun på ett område legger nå Komité 1 andre føringer: Omsorgsplanen legger opp til funksjonsfordeling mellom de to sykehjemmene slik at ett av sykehjemmene spesialisere seg på somatikk mens det andre spesialisere seg på demensproblematikk. Dette vil være riktig og nødvendig på sikt. Men en kan tenke seg at en på kort sikt, og som en mindre kostbar løsning ift. investeringer, velger å ha både somatikk og demensproblematikk på begge sykehjemmene. Det som betyr noe er at personer med demens slipper å bo på et tradisjonelt sykehjem, men i stedet får en tilrettelagt plass i sykehjemmet eller en omsorgsbolig/bofellesskap med heldøgns tilsyn.

1.3.3 Strategiplan for folkehelse

- Prinsipp: Forebygging framfor å reparere
 - Livsstilssykdommer er det samfunnsmessig stor økonomisk gevinst i å forebygge framfor å drive kostbare reparasjoner i spesialisthelsetjenesten.
- Det er viktig å satse på metoder som er utprøvde og som har vist effekt.
- En må søke å møte de utsatte gruppene som er sårbare for livsstilssykdommer.
 - Utsatte grupper har bl.a. lavt utdanningsnivå, lav lønn, etc. Selv om statlige mål i årevis har vært å minimere de sosioøkonomiske forskjellene, viser statistikken at de øker.
 - Ideelt sett kan man se for seg en ordning med et tverrfaglig team som driver oppsøkende virksomhet med kartlegging av risikogrupper. Disse vil så få tilbud om oppfølging og hjelp.

1.3.4 Plan for psykisk helse

Planen har følgende delmål:

- Styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike tjenesteområder
- Utvikling av tiltak for nye brukergrupper (eks. rus og blandingsproblematikken rus/psykiatri)
- Kompetanseheving – ikke bare innenfor selve tjenesten, men også drive kompetansehevende tiltak overfor innbyggerne
- Arbeide for reell brukerdeltakelse både gjennom brukerundersøkelser og medvirkning i planprosesser
- Styrke det forebyggende arbeidet blant barn og unge

1.3.5 Plan for helhetlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester

St.meld. 40 (2003) "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer", definerer funksjonshemming som gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Planen understreker at man ikke nødvendigvis er "funksjonshemmet" om man har nedsatt funksjonsevne, men målet med rehabilitering/habilitering er å gi økte muligheter for deltakelse og mestring.

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommunene å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Denne enheten skal ha oversikt over kommunens rehabiliteringstilbud og sikre tverrfaglig vurdering av behov. I Samhandlingsreformen (2009) understrekes også behovet for koordinering på alle nivå.

Internt i kommunen vektlegges at samordningsansvaret hviler på enhetslederne. Når enheten får en bruker med sammensatte behov, har enhetslederen plikt til å påse at det utarbeides en individuell plan (IP). Alle faggrupper og instanser som er involvert i brukeren skal ha sine bidrag ift. brukeren beskrevet i planen. Spesielt viktige er overgangssituasjonene mellom barnehage → barneskole → ungdomsskole → videregående skole. Planmessig arbeid skal starte minst to år før overgangen skjer. Jo tidligere innsatsen settes inn, desto bedre går det med eleven i ungdomsårene.

1.3.6 Boligsosial handlingsplan

Formålet med handlingsplanen er å bistå vanskeligstilte husstander og unge med å etablere seg og beholde bolig. Planen skal gi økt kunnskap om statlige virkemidler, mer målretta og effektiv bruk av virkemidlene og samordna boligpolitikk mellom kommunale enheter, for å oppnå mer effektiv utnyttelse av kommunens boligmasse. Kommunen har i underkant av 60 boliger til dette formålet. Sosialtjenesteloven legger de juridiske føringene for kommunenes boligpolitikk.

Grupper som får tildelt en kommunal bolig er hovedsakelig:

- Økonomisk/sosialt vanskeligstilte: Behov for ordinære boliger med nøktern standard og lave bokostnader, men med noe oppfølging fra hjelpeapparatet og boveiledning.
- Fysisk/psykisk funksjonshemmede: Samlokalisert i boenhet, flere med behov for døgnbemanning.
- Psykiatriske langtidspasienter: Bofellesskap/omsorgsboliger knytta til omsorgsbasene Follebu/Forset.
- Rusmisbrukere: Samlokaliserte boenheter gir fellesskap og enklere oppfølging. Personer som har skader pga. rusmisbruk er en utfordring både for boligmassen og sosial- og omsorgstjenesten.

- Førstegangs etablerte flyktninger: Har behov for å bo sentralt i tilknytning til tettstedene. Noen store familier krever store boliger.
- Barn og ungdommer med behov for døgnbemanning og heldøgns tilsyn: Dette er en økende gruppe i Gausdal. I 2009 er det kartlagt i underkant av 20 personer med varierte behov, hvorav noen har behov for både bolig, heldøgns omsorg og tilbud om og hjelp til aktiviteter.
- Personer som bor hos nære pårørende, men hvor dette er en dårlig løsning for alle parter.

Gjennom Husbankens låne- og tilskuddsordninger kan kommunen (fra 2009: NAV) gi økonomisk hjelp til bl.a.: Startlån/toppfinansiering ved kjøp, utbedringer av boligen for å ivareta spesielle behov (funksjonshemming), etterisolering, nybygg/påbygg, etc. De siste årene har gjennomsnittlig ca. 140 personer/familier fått innvilget bostøtte her i kommunen.

1.4 Andre rapporter og nylig gjennomført forskning på området

1.4.1 SINTEF-rapport, mai 2009: Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?

SINTEF Helsetjenesteforskning har gjennom denne rapporten vist at den foretrukne omsorgsformen er egen bolig eller tilrettelagt bolig med offentlig hjelp. Den viser også at nordmenn ligger på bekymringstoppen ift. land vi sammenlikner oss med, men er til gjengjeld svært fornøyde med den omsorgen vi får fra det offentlige. Hovedpunktene i rapporten tas med fordi den er helt fersk og gir forskningsbasert bekreftelse på den oppfatningen ansatte i omsorgssektoren har: De som får omsorgstjenester er fornøyde med tjenestene, men "alle andre" er misfornøyde med eldreomsorgen – og det er som regel de siste som får oppmerksomhet i media.

Hovedpunkter i rapporten:

- Nordmenn er mer bekymret for det å bli gammel og hjelpetrengende enn folk i land det er naturlig å sammenligne seg med
- Den foretrukne omsorgsformen er egen bolig eller tilrettelagt bolig med offentlig hjelp
- Brukerne har stor tiltro til personalet som jobber i omsorgen
- Brukerne er tilfredse med ivaretagelsen av basale funksjoner i omsorgen
- Brukerne er ikke så fornøyde med muligheten for selvbestemmelse, innflytelsen på tilbudet og muligheten til å være aktiv
- Norge bruker mer penger på eldreomsorg enn andre europeiske land
- Det er stor variasjon kommunene imellom når det gjelder tilgjengelighet og dekningsgrad

1.4.2 RO's statusrapport mai 2008

Planens beskrivelse av status for omsorgstjenestene i Gausdal er i stor grad basert på rapporten fra RO. Rapporten er en gjennomgang av det tallmaterialet som er relevant (KOSTRA), en sammenligning med andre kommuner, befaring og intervju i kommunen og anbefalinger basert på RO's erfaringer og statlige føringer. (Se kap. 2.)

2. STATUS FOR OMSORGSTJENESTENE

2.1 Organisering

Fysisk organisering

Omsorgstjenesten er en stor og omfattende del av den kommunale organisasjonen. Tjenesten er i endring ved at den etter hvert får ansvaret for nye brukergrupper, men hovedtyngden av ressursene går fortsatt til eldreomsorg. Eldreomsorgen i Gausdal er organisert etter en integrert modell. Det vil si at hjemmetjenestene og institusjonsomsorgen er integrert i hverandre slik at samme personellgruppe yter tjenester både inne i sykehjemmet og ute i hjemmetjenesten. Tjenesten er delt i fire geografiske soner hvor hver sone styres fra hver sin sykehjemsavdeling. De fire organisatoriske enhetene utgjør i dag hver sin selvstendige virksomhet (iht. to-nivå-modellen). Kommunen har to sykehjem med to enheter i hvert. En regner med at det å drifte to sykehjem fordyrer virksomheten noe. Mennesker med utviklingshemming bor i to bofellesskap; Bjørkvinn og Flatland.

TJENESTER: For å få oversikt kan omsorgstjenestene deles inn i fire hovedgrupper:

Hjemmebaserte tjenester	Institusjonsbaserte tjenester	Tjenester i bofellesskap (PU)	Aktivitetsbaserte tjenester
Hjemmesykepleie	Langtidsplass	Bofellesskap	Støttekontakt
Praktisk bistand hjemmehjelp	Korttidsplass	Boveiledning	Fysiske aktiviteter
Praktisk bistand boveiledning	Avlastningsplass	Hjemmebaserte tjenester	Sosiale aktiviteter
Brukerstyrt personlig assistent	Dagplass		
Omsorgslønn			
Matombringing			
Trygghetsalarm			
Saksbehandling og tildeling av tjenester			

Enheter:

- **Legetjenester:** Det er fire fastleger i kommunen. To av disse er ansatt som tilsynsleger, en dag i uka, ved hvert sitt sykehjem. Kommunen har lav legedekning ved sykehjemmene både ift. andre kommuner og ift. Legeforeningens anbefalinger.
- **Pleie og omsorg:** Er organisert i fire enheter, to ved hvert sykehjem. Integrert tjeneste betyr at hver enhet har ansvar for både institusjonsbaserte tjenester (sykehjem) og hjemmebaserte tjenester.
- **Rehabiliteringsenheten:** Har fysioterapi- og ergoterapitjenester, tekniske hjelpemidler, dagsenter (rehabilitering og sosial deltakelse), fysioterapi for barn og unge, psykiatri, dagsenter psykiatri.
- **Habiliteringstjenesten:** Som består av to bofellesskap for personer med utviklingshemming.
- **Barn og familie:** Helsestasjon, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevern.
- **NAV – sosial:** Sosialtjenesten er fortsatt en kommunal tjeneste selv om den administrativt ligger under NAV-kontoret.
- **Kjøkkenenheten:** Leverer mat til begge sykehjemmene. Det er en begrenset cateringtjeneste og fast matombringing til (hovedsakelig eldre) personer i bygda i samarbeid med Frivilligsentralen.

Enhetslederne har egne budsjetter med fullt driftsansvar for sin enhet og rapporterer direkte til rådmannen. Det er merkantile ressurser på de to sykehjemmene. Hvert av sykehjemmene har eget vaskeri. Renholdspersonalet på sykehjemmene er knyttet til hver sin enhet, slik at de også utfører andre oppgaver enn renhold. (Hjelpe til ved måltider, etc.)

Kvalitetssikring, internkontroll og informasjon

Metodebeskrivelser og avvik: Tjenesten har skriftliggjorte prosedyrer på de fleste områder. De fleste ble laget som et kvalitetsprosjekt for flere år siden, så noen er i behov for oppdatering. Kommunen (3-1-samarbeidet v/ Ikomm) har anskaffet et dataprogram for systematisering av styringsdokumenter, prosedyrer og for avviks kontroll. For å kunne ha et tilfredsstillende internkontrollsystem må det være lett å finne prosedyrene og enkelt både å registrere, rapportere og systematisere avvik for å kunne lære av dem.

Serviceerklæringer: Tjenesten har i flere år hatt skriftlige beskrivelser av tjenesteytingen i form av serviceerklæringer. I tillegg til å beskrive hva som ytes, gir de også en oversikt over hva som *ikke* ytes

(for å unngå urealistiske forventninger) og hva brukeren må gjøre for å få tjenesten. Serviceerklæringer er informasjon som personalet tar med på første hjemmebesøk hos de som har søkt om tjenester. Ulempen med slike dokumenter er at det er ganske ressurskrevende å holde dem à jour.

Tjenestebeskrivelser: Kommunen har derfor inngått abonnementsavtale med Kommuneforlaget (KF) som har over 200 standard tjenestebeskrivelser for godt som alle kommunale tjenester. Beskrivelsene er som navnet sier enklere og standardiserte beskrivelser av tjenestene. Men KF's beskrivelser oppdateres sentralt og er alltid à jour med linker til korrekte lover, etc. I løpet av 2009 blir disse lagt ut på kommunens hjemmeside.

2.2 Gausdal sammenliknet med andre

I RO's rapport sammenliknes to andre kommuner med Gausdal (foruten kommunegruppen og landsgjennomsnittet). Det er Stjørdal kommune i Nord-Trøndelag (20 000 innb.) hvor RO's kontorer ligger, og det er Re kommune i Vestfold (8 500 innb.) som er interessant å sammenlikne seg med fordi de har gått svært langt i å bygge ned institusjonstjenestene til fordel for hjemmebaserte tjenester.

Hva påvirker etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester?

Den demografiske utviklingen, og spesielt i denne sammenheng utviklingen i de eldste aldersgruppene, er sentral når en skal anslå etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester. Imidlertid vil faktorer som levealder, helsetilstand, forventninger/krav, boforhold, samlivsmønster og uformell omsorg kunne bidra til at utviklingen vil avvike fra hva den demografiske utviklingen alene skulle tilsi.

Generelt viser erfaringer at det er antallet av de eldste eldre som er hovedutfordringen når det gjelder omsorg i årene framover. Dette vil påvirke behovet for:

- utvikling av bo- og tjenestetilbud med heldøgns trygghet (HDO)
- utvikling av spesielt tilrettelagte tilbud til brukere med demens (bl.a. bokollektiv)

Selv om erfaringer så langt viser at det er de aller eldste som er hovedutfordringen, viser senere tids forskning at det er en betydelig vekst av pleie- og omsorgsbehov blant personer under 67 år. I flere kommuner meldes at mottakere av omsorgstjenester under 67 år står for over 50 prosent av den totale ressursbruken i hjemmetjenesten. I perioden fra 1992 til 2004 økte andelen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester under 67 år fra 17 prosent til 29 prosent av totale mottakere. Vi ser en tilsvarende utvikling i Gausdal.

Uførepensjonister og familier med funksjonshemmede barn vil ofte ha større behov for hjelp enn den funksjonsfriske del av befolkningen. Ikke alle funksjonshemmede har behov for pleie- og omsorgstjenester, enten fordi funksjonshemmingen ikke er så omfattende, eller fordi de bor hjemme med voksne familiemedlemmer som ivaretar mange av hjelpefunksjonene. Andelen aleneboende blant eldre kan påvirke behovet for hjelp, grunnet blant annet angst og ensomhet. En økning i antall eldre som bor alene kan føre til at eldres behov for tjenester kan øke mer enn det økningen i antall eldre skulle tilsi.

Fordelingen av tjenestene

Fordelingen av netto driftsutgifter mellom institusjon, hjemmetjenester og aktivisering i prosent viser at Gausdal bruker mer penger til institusjonsdrift enn hjemmebaserte tjenester. Landsgjennomsnittet viser at kommunene jevnt over bruker like mye penger til hjemmetjenester som til institusjonsdrift. I Re kommune (8500 innb.) brukes hele 85 prosent av netto driftsutgifter til hjemmebaserte tjenester. Årsaken til at Re kommune framstår med en slik tjenesteprofil er at kommunen har innrettet tjenesten i tråd med statlige føringer. Det innebærer blant annet at kommunen har bygd ut hjemmetjenesten, satset på omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg (HDO), redusert antall "tradisjonelle" institusjonsplasser og spesialisert sykehjemstilbudet. Det betyr at sykehjemmet kun har aktive sykehjemssenger som er korttidsplasser brukt til behandling, rehabilitering og pleie ved livets slutt. Re sykehjem har bare 20 aktive senger, men har 200 utskrivninger i året. Gausdal kommune mangler helt tilbudet med heldøgns pleie og omsorg til eldre med store bistandsbehov i omsorgsbolig med fellesareal og trygghet for tjenester hele døgnet. Derfor har vi ingen "mellomstasjon" mellom sykehjemmet og hjemmet noe som også vanskeliggjør utskrivninger fra sykehjemmet. Med våre 76 plasser ligger vi an til å klare ca. 60 utskrivninger i år.

Sammenlignet med andre kommuner, gir Gausdal kommune et lite omfang av ordinære hjemmetjenester til relativt mange personer. En annen måte å si det samme på er at Gausdal kommunes prioriteringsprofil medfører at relativt mange personer får et relativt beskjedent tjenestevolum, og at denne prioriteringen er noe forskjellig fra gjennomsnittskommunene i sammenligningslinjen, hvor tendensen er at kommunene i større grad konsentrerer større hjelpeinnsats til de som mottar hjemmetjeneste og har store bistandsbehov. Kommuner med slik tjenesteprofil kompenserer dette ved at en har en relativt høy institusjonsdekning. Årsakene til dette er at en hjemmetjeneste som prioriterer stor dekningsgrad framfor å konsentrere ressursene overfor et mindre antall personer, makter i liten grad å bygge opp et tilfredsstillende tilbud overfor hjemmeboende med større hjelpebehov. En slik hjemmetjeneste kan gi et faglig godt og tilfredsstillende tilbud overfor personer med mindre hjelpebehov, men evner i mindre grad å gi et tilfredsstillende tilbud til personer med omfattende funksjonstap. Terskelen for overføring til sykehjem blir med andre ord lavere.

Dekningsgrad av heldøgns pleie og omsorg

I Handlingsplan for eldreomsorgen, St.meld. nr. 50, legges det opp til at kommunene bør ha en dekning av plasser beregnet på heldøgns pleie og omsorg, tilsvarende 25 prosent målt i forhold til antall personer 80 år og eldre. Det framgår flere steder i Stortingsmeldingen at det ikke er det samme som sykehjemsdekning, men innbefatter både sykehjems plasser og omsorgsboliger hvor det gis tilstrekkelig heldøgns pleie og omsorg. En forutsetning for at 25 prosent er tilstrekkelig, er at hjemmebasert omsorg er godt utbygd. Gausdal har 19 % dekning, men det innbefatter bare de 76 sykehjems plassene, siden kommunen ikke har omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg. I og med at Gausdal har lav hjemmetjenestedeckning bør en muligens vurdere om 25 % er tilstrekkelig. Gausdal har også en forholdsvis høy andel eldre i institusjon. Rent faglig (slik både tilsynslegene og sykepleierlederne vurderer det) er det flere av pasientene i sykehjemmene som med fordel kunne bodd i omsorgsbolig med heldøgns tilsyn. Det ville vært både en bedre boform for beboerne og en mindre ressurskrevende tjenesteyting for kommunen.

En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede og fysisk tilrettelagt slik at beboerne etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg. Boligene er øremerket til pleie- og omsorgsformål og kommunen har tidelingsrett til omsorgsboligene. Personen(e) som bor i boligen, betaler husleie og mottar hjemmetjenester etter behov og er omfattet av fastleigeordningen. Omsorgsboligen er den enkeltes private hjem. Beboeren har råderett over boligen innenfor husleielovens bestemmelser og kan ikke flyttes til et annet bosted mot sin vilje. Personer som bor i omsorgsboliger har samme rettigheter i henhold til Folketryktdloven som alle andre som ikke bor i institusjon.

Det er forskjellig hvordan kommunene organiserer tjenestetilbudet i de ulike enhetene med omsorgsboliger. I noen omsorgsboligkompleks er det stasjonær bemanning. Dette er spesielt omsorgsboliger med fellesskapsløsninger og som er tilrettelagte for personer med demens. Uavhengig av type organisering skal kommunen yte tjenester ut fra en individuell vurdering av den enkelte beboers behov. Målet er at omsorgsboliger og en styrking av den hjemmebaserte tjenesten, skal kunne bidra til å tilby differensierte tjenester. Omsorgsboligen er tenkt som et tilbud til personer med pleie- og omsorgsbehov som kan bo i egen tilrettelagte bolig og motta hjelp i hjemmet. Ikke minst er omsorgsboliger et viktig tilbud til yngre mennesker med omfattende pleie- og omsorgsbehov.

Selv om det etter hvert bor mange yngre i omsorgsboliger, brukes fortsatt tommelfingerregelen med prosentvis behov i forhold til antall innbyggere over 80 år.

HAR I DAG	
Har plasser totalt	134
Bruker sykehjems plasser i dag = 19 % av antall innbyggere over 80 år	76
Bruker omsorgsbolig med HDO i dag	0
Bruker totalt plasser med HDO (19 %)	76
<i>Overbelegg (varierer mellom 10 – 20)</i>	15
<i>Oms.boliger kun med hjemmetjenester</i>	58

UTREGNET BEHOV	
Har plasser totalt	134
Behov for <u>aktive</u> sykehjems plasser = 10 % av antall innbyggere over 80 år	40
Behov for omsorgsbolig med HDO	60
Behov totalt plasser med HDO (25 %)	100
<i>Overbelegg</i>	0
<i>Behov: Oms.boliger med hjemmetjen.</i>	34

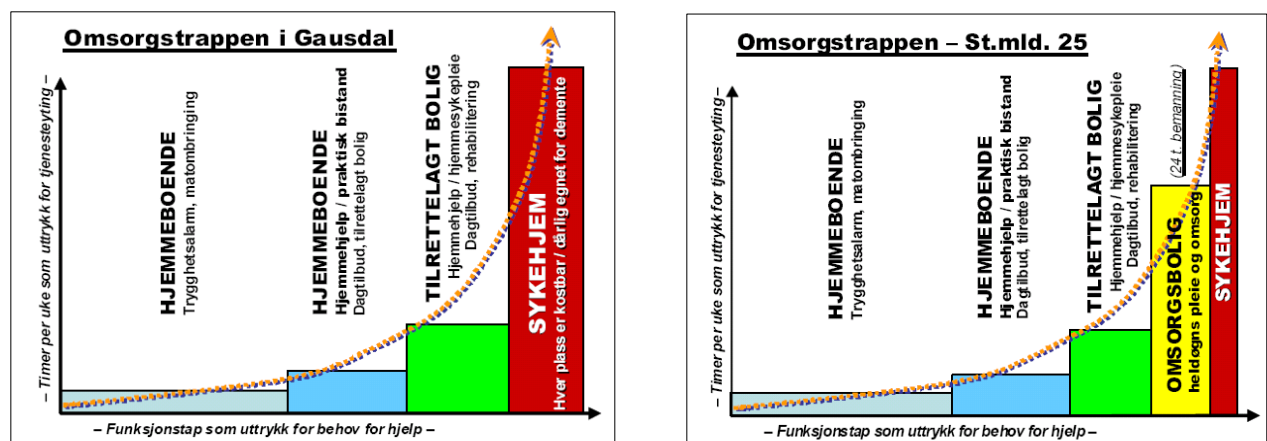
- Aktive sykehjemssenger betyr at det er korttidsplasser brukt til behandling, rehabilitering og palliasjon.
- Bjørkvin og Flatland er ikke medregnet i tallet på omsorgsboliger/bofellesskap

Tabellen viser at vi har 34 plasser ut over de plassene vi har behov for til HDO. Disse plassene kan da brukes av personer som ikke har behov for heldøgns omsorg, men som kun har behov for en tilrettelagt bolig og hjemmetjenester. I dag brukes alle omsorgsboligene våre kun til denne gruppen.

En må regne med at noen langtidspasienter må være i sykehjem selv om de ikke får aktiv behandling. I tillegg regner vi med at noen plasser går tapt når man skal tilpasse boliger/plasser til omsorgsboligstandard. Etter Husbankens standard skal omsorgsboliger ha fellesareal og det må være kontor/hvilerom for personalet. Dermed vil det totale antall plasser reduseres. Selv om St.meld. 25 legger opp til at det offentlige først og fremst skal sikre botilbud for personer som har behov for omfattende omsorgstjenester/døgn tjeneste, må det vurderes å bygge ut kapasiteten på omsorgsboliger i kommunen. Når en ser bort fra boligbehovet for barn og ungdom, så er det boliger tilpasset personer med demens det på sikt vil være størst behov for. Derfor bør tiltakene i demensplanen vektlegges.

Gausdal har en relativt lavt andel beboere i tidsbegrenset opphold (korttidsopphold) i institusjon, bare 6,3 prosent (aktive sykehjemssenger). For kommunegruppen er tilsvarende tall 15,6 % og for landet 19 %. Re kommune bruker alle sine institusjonsplasser (100 %) til korttidsopphold. Det betyr altså at når pasientene er ferdig behandlet/rehabiliteret utskrives de til annen boform.

Omsorgstrappen i Gausdal mangler et trinn: Omsorgsbolig med HDO.



Når Omsorgstrappen også inneholder trinnet "Omsorgsbolig med heldøgns pleie og omsorg", blir det færre personer som trenger å ha sykehjemmet som bolig. Det vil frie plasser så vi unngår overbelegg i sykehjemmene. Faglige anbefalinger oppsummeres slik:

Sykehjemmet bør:

- være et tilbud til personer som i et avgrenset tidsrom har behov for døgntilbud helse-/pleie-/rehabiliteringstilbud
- være et aktivt behandlingssted:
 - Derfor må det skilles mellom tidsavgrensede behandlingstilbud og varige botilbud.
 - Personer med demens har andre bygningsmessige behov og andre pleiemessige utfordringer enn somatisk syke. En del sykehjemsplasser bør tilrettelegges for personer med demens.
- ha kompetanse til å være et alternativ til innleggelse i sykehus for enkelte pasientgrupper og være i stand til å ta imot overflyttingsklare pasienter fra sykehusene
- være et senter for kompetanseheving og tverrfaglig utvikling
- Sykehjem, slik de tradisjonelt er bygd, eger seg ikke som bolig.

Det er relativt liten bygningsmessig forskjell mellom nye, moderne sykehjem og omsorgsboliger. Mange sykehjem og omsorgsboliger ligger i samme senter med felles servicefasiliteter. Tradisjonelt har sykehjemmene hatt mindre romløsninger, mens omsorgsboligene er bygd som frittstående leiligheter, men i svært mange kommuner også som bofellesskap.

Husbanken gir anbefalinger både om utformingen av boformene og hvilke funksjoner de skal fylle i Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem, 2009:

<p>Sykehjem / institusjonsplasser brukes til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitering og overgangspleie etter sykehusbehandling. • Avlastning. • Langtidssyke eldre, stort pleiebehov. • Pleie ved livets slutt / lindrende behandling. • Skjermede enheter for personer med demens. 	<p>Omsorgsboliger i bokollektiv med fast tilsatt personale (HDO) kan brukes til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skjermede botilbud for personer med demens. • Botilbud for langtidssyke som trenger mye pleie. <hr/> <p>Selvstendige omsorgsboliger med fellesrom kan brukes til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Botilbud for langtidssyke (ikke demens) som trenger mye pleie.
---	--

Særtrekk ved kommunen

- En relativt stor andel av befolkningen er 80 år og eldre (6,6 % i 2009).
- Kommunen har relativt mange enslige personer 80 og eldre.
- Det er relativt få personer med utviklingshemming bosatt i kommunen.
- Korrigerte brutto driftsutgifter per tjenestemottaker i hjemmetjenesten, er relativt lave.
- Relativt lav andel beboere på korttidsopphold.
- Høy sykehjemsdekning.
- Ingen omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg.

Erfaringer viser at kommuner som ikke greier å opprettholde en relativt høy prosentandel av institusjonsplassene til korttidsopphold, vil skape usikkerhet. Dette kan føre til at både politikere og ansatte ser behov for flere langtidsplasser i institusjon. Der de ulike tjenestetilbudene ikke er avpasset til hverandre og dimensjonert riktig får en ofte "kork i systemet". En riktig dimensjonering av korttidstilbudet i en kommune er en viktig faktor for få til en hensiktsmessig flyt i omsorgstrappa.

Utfordringer på sikt

Dersom en ser på landet under ett vil det i 2020 være over 30 prosent flere innbyggere over 67 år og hele 44 prosent flere innbyggere over 90 år, enn antallet var i 2004. I perioden 1992 til 2004 økte antallet mottakere under 67 år av kommunale pleie- og omsorgstjenester fra 17 prosent til 29 prosent av totalt antall mottakere. I flere kommuner meldes at mottakere av omsorgstjenester under 67 år står for over 50 prosent av den totale ressursbruken. Antall mennesker med psykisk utviklingshemming er relativt konstant – ca. 4 promille av befolkningen. Det er usikkert om utbredelsen av psykiske lidelser øker, men det hevdes fra faglig hold at psykiske lidelser knyttet til ensomhet øker.

I Gausdal ser en at antallet brukere under 67 år øker. Dette er en sammensatt gruppe fra ressurskrevende trafikkskader, via livsstilssykdommer til rusrelaterte skader. Noen brukere er utagerende og støyende og er derfor utfordrende å plassere i boliger hvor det ellers bor gamle og engstelige personer. Dette må en også ha i tankene når det planlegges nye boliger eller ombygging av eksisterende boligmasse.

Formaliteter

Den prinsipielle forskjellen mellom sykehjem og omsorgsboliger ligger i de formelle forskjellene. Sykehjemmene er medisinske institusjoner hvor det settes bestemte krav til organisering av tilbudene. I sykehjem skal beboeren betale en viss egenandel etter den såkalte vederlagsforskriften hvor egenbetalingen regnes ut etter beboers inntekt. Legetjeneste og sykepleietjeneste skal være organisert på bestemte måter og kommunen har ansvar for investerings- og driftskostnader.

I omsorgsboliger derimot leier beboeren leiligheten og leieforholdet faller inn under husleieloven. Beboer betaler sin husleie, dekker utgiftene til mat og andre daglige kostnader selv, og betaler egenandel etter reglene for hjemmebaserte tjenester. Det økonomiske mellomværendet mellom stat og kommune er med andre ord forskjellig for sykehjem og omsorgsboliger.

Oppsummert kan det sies at i omsorgsboliger har tjenestemottaker lovfestet individuell rett til nødvendig hjelp, men at det er opp til kommunen å bestemme hvordan en skal organisere denne hjelpen. I sykehjem har også beboer lovfestet individuell rett til nødvendig hjelp, men her er det satt bestemte krav til hvordan tilbudene skal organiseres. I tillegg er det store forskjeller i regelverket for tjenestemottakers egenbetaling.

Når en ser på formaliteter styres i hovedsak tjenestene overfor brukeren når det gjelder pleie- og omsorgstjenester, etter lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenesten i kommunene. Disse lovene er rettighetsorientert for å ivareta individet/brukerens rettigheter. Forskjellene mellom sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns pleie og omsorg er illustrert i tabellen under.

Likheter og ulikheter mellom sykehjem og bolig med heldøgns pleie og omsorg

Sykehjem	Bolig med heldøgns pleie og omsorg
Fast bemanning	Fast bemanning eller bemanning ut fra brukernes behov for tjenester
Boformen er lovhjemlet i sykehjemsforskriften	Boformen er ikke lovhjemlet
Tildeling av plass gjennom enkeltvedtak	Tildeling av tjenester gjennom enkeltvedtak
Tjenestene reguleres gjennom Kommunehelsetjenesteloven (Khl) og Kvalitetsforskriften	Tjenestene reguleres gjennom Sosialtjenesteloven, Khl og Kvalitetsforskriften
Betaling etter vederlag for opphold i sykehjem (75 % av inntekten og 85 % av overskytende)	Betaling etter vederlag for hjemmebaserte tjenester og fastsatt husleie
Hjelpemidler betales av kommunen	Hjelpemidler betales av trygdekontor
Medisiner dekkes over sykehjemmets budsjett	Medisiner på blå resept. Noe betales av bruker
Undersøkelser viser at beboere opplever at de bor på ansattes arbeidsplass	Boenheten er beboernes eget hjem og ansatte arbeider i andres hjem
Undersøkelser viser at beboerne har liten kjennskap til hvilke tjenester de betaler for	Beboerne har i et enkeltvedtak oversikt over de tjenester de har rett på og de tj. de betaler for
Undersøkelser viser at beboerne har liten påvirkning på hvilke tjenester de får	Beboerne har medvirknings- og klagerett på tildeling av tjenester til seg selv

Hva koster det å bo i omsorgsbolig kontra sykehjem? Som tabellen over skisserer må en pasient i sykehjem betale 75 % av inntekten (trygden) og 85 % av andre verdier, slik at de fleste vil sitte igjen med minst 2500 kr. per måned til eget forbruk. Husleie (inkl. strøm) i kommunens omsorgsboliger ligger i underkant av 5000 kr. i måneden. Omtrent halvparten dekkes av bostøtte. I tillegg kommer utgifter til mat. Medisiner dekkes på Blå resept. Av dette ser en at beboerne kommer gunstigere ut økonomisk ved å bo i omsorgsbolig. For kommunen vil også kostnadene gå ned selv om boliger bemannes på døgnbasis.

Typer sykehjemsopphold

Avlastningsopp hold: Formålet med avlastningsopp hold er å gi et helhetlig pleie- og omsorgstilbud over en kort periode, når pårørende har store omsorgsoppgaver i hjemmet og trenger avlastning.

Korttidsopp hold: Formålet med opp holdet er å gi et helhetlig pleie- og omsorgstilbud i en periode for at pasienten skal kunne rehabiliteres til å fungere i eget hjem eller i omsorgsbolig.

Langtidsopp hold: Formålet er å gi helhetlig pleie- og omsorgstilbud over tid når tilbud om hjemmesykepleie og hjemmehjelp ikke er tilstrekkelig.

3. HVA ER GOD OMSORG?

3.1 RO's vurdering av omsorgen i Gausdal

Når RO mener det er viktig å ta opp til debatt spørsmålet om hva god omsorg er, så er det ut fra de opplysninger RO fikk om tjenesten i Gausdal kommune, og hvordan den fungerer i det daglige. Det kan tenkes at enkelte innholdselementer i tjenesten fungerer i strid med lovverkets **intensjon**. (Ikke i strid med loven.) Med dette menes konkret følgende:

- En tjeneste som fratrar enkeltbrukeren mulighet til å mestre daglige oppgaver, eller som ikke motiverer for mestring, bryter med lovgivers intensjon.
- Når ansatte (i beste mening) hjelper til med oppgaver den enkelte kunne ha gjort selv, fremmer det utvikling av nye funksjonstap og fører til passivering av funksjonsrester.
- God omsorg skal i stedet forebygge for ytterligere sykdom og funksjonstap.
- Fagpersoner kan hevde at overhjelping fremskynder ytterligere funksjonsnedsettelse og dødstidspunkt, ikke bare hos eldre.

RO anbefaler Gausdal kommune å ta en politisk og faglig debatt om hva som skal være kjennetegnene ved morgendagens pleie- og omsorgstjeneste i kommunen. Særlig viktig er denne debatten med tanke på hvilke forventninger morgendagens brukere og brukergenerasjoner ellers kan ha til tjenestene. Det er viktig at kommunens innbyggere blir informert om og "opplært" i hva som nettopp kjennetegner god omsorg, hvordan praksis skal fungere, og hvor grensene går for kommunens ansvar og hva den enkelte må forberede seg på å ta ansvar for selv.

RO's vurdering er at Gausdal kommune trenger en slik debatt for å avklare verdigrunnlaget for sine pleie- og omsorgstjenester. Dette bør framgå av forslag til langtidsplan for tjenestene. RO mener Gausdal har en pleie- og omsorgstjeneste som i for stor grad overhjelper og passiverer, med fokus på sykdom og funksjonstap og for lite fokus på aktivitet og egenmestring. Dette er ikke et fenomen ene og alene i Gausdal kommune, det er dessverre et kjennetegn ved pleie- og omsorgstjenesten i mange kommuner. Årsrapporter fra Statens helsetilsyn de senere år påpeker at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har behov for å styrke seg i fokus på aktivisering og sosial stimulering.

3.2 Politisk styring av omsorgstjenesten

Styringshjulet (årshjulet) er sentralt i styringen av kommunens tjenester. Det angir en fast årlig rullering av møtepunktene mellom: de folkevalgte – brukerne – tjenesteyterne.

Tre ganger i året gjennomføres BRUKERRÅD: Der møtes tjenesteytere/ledere med brukere/brukerrepresentanter.

En gang i året gjennomføres DIALOGMØTE: Der møter representanter for de folkevalgte brukere/brukerrepresentanter og tjenesteytere/ledere.



Hensikten med brukerrådene er å styrke brukernes medbestemmelse, sikre deres medvirkning og bedre kvaliteten i tjenestene. I Dialogmøtet gjennomgås gårsdagens resultater, dagens tjenestetilbud og morgendagens prioriteringer. Som grunnlag brukes årsmelding, budsjett, handlingsprogram, bruker- og medarbeiderundersøkelser. Sammen med brukernes erfaringer blir det viktig å finne fram til styrker, svakheter og prioriteringer ift. dagens virksomhet.

Den kunnskapen de folkevalgte tar med seg herfra blir tilrådinger til det årlige DIALOGSEMINARET hvor prioriteringene gjøres for neste fireårs handlingsprogram og neste års styringskort. På denne måten har de folkevalgte arenaer både for direkte påvirkning av tjenesten, sammen med brukerne tjenesteyterne, og indirekte styring gjennom de neste års planer.

3.3 Verdigrunnlaget for omsorgstjenesten

Omsorgstjenesten i Gausdal er tuftet på fire grunnleggende begreper:

OMSORG – TRYGGHET – ANSVARLIGGJØRING – MESTRING

Omsorg ytes slik at brukeren opplever trygghet, er ansvarliggjort og har god egenomsorg.

Målet er at brukeren mestrer sitt eget liv.

TRYGGHET:

Å få dekket behovet for trygghet er grunnleggende for alle. Det gjelder alt fra fysiologiske til sosiale behov. Det er viktig for oss å kunne stole på andre og ha tillit til omgivelsene. Er man avhengig av hjelp fra andre må man være trygg på at hjelpen kommer når man trenger den. Kommunikasjonen er avgjørende for å skape et positivt tillitsforhold og en atmosfære av likeverdighet, åpenhet, forståelse, toleranse og varme mellom tjenesteyteren og tjenestemottakeren. Stikkordene aktiv lytting og en empatisk holdning er sentrale. I en slik atmosfære vil brukeren kunne føle trygghet til tross for trusselen om helsesvikt som kan henge over ham. Alle valg som gjøres i den kommunale omsorgstjenesten har som overordna målsetting at brukerne av tjenestene skal føle seg trygge.

ANSVARLIGGJØRING OG MEDVIRKNING:

God omsorg er å ta hensyn til den enkeltes særegenhet og integritet og bygge opp om brukerens selvstendighet. Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på tre ulike nivå. Nivåene henger sammen og påvirker hverandre:

- **INDIVIDNIVÅ** brukes som betegnelse på samhandlingen mellom den enkelte bruker og omsorgspersonell som har ansvar for å følge opp brukeren.
- **TJENESTENIVÅ** består av de enhetene hvor den praktiske utførelsen av tjenestene skjer. Ledelsen av disse kliniske eller operative enhetene har et særskilt ansvar for å involvere brukerne i forbedring av tjenestene.
- **SYSTEMNIVÅ / STYRINGSNIVÅ**. Tjenestene styres på et overordnet administrativt og politisk nivå. Helsepolitiske føringer og prioriteringer gjøres her.

I Gausdal gjennomføres brukerundersøkelser for at tjenesteyterne og de folkevalgte skal få tilbakemelding på kvaliteten og tilgjengeligheten av de tjenestene som ytes. Brukerorganisasjoner involveres for å gi råd og påvirke beslutningstakerne og tjenesteyterne.

Ansvarliggjøring står sentralt når en ser på konsekvensene av "Eldrebølgen" og det faktum at andelen personer i yrkesaktiv alder synker ift. andelen eldre. St.meld. 25 sier at morgendagens eldre ikke nødvendigvis vil kreve mer hjelp og service, men bestrebe seg for å ta ansvar for egen helse og egne omsorgsbehov. Med andre ord mener man at befolkningen i større grad må ta ansvar for egen helse.

MESTRING:

Det er en klar sammenheng mellom opplevelsen av å mestre eget liv og livskvalitet og trivsel. De som opplever mestring, gjennom å kunne påvirke eget liv og egen hverdag, sier også at de har større livskvalitet. Denne sammenhengen gjelder også (sterkt) hjelpetrengende. En avgjørende premisse for at tjenestemottakerne skal oppleve omsorgstjenesten som kvalitativt god, er at hjelpen legges opp slik at tjenestemottakeren opplever mestring og medvirkning.

Egenomsorg defineres som de aktiviteter individet selv på eget initiativ eller med bistand fra andre, utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Det betyr at en person kan ha god egenomsorg selv om han er avhengig av hjelp fra andre. Brukeren har egenomsorg når han klarer å skaffe seg den hjelpen han trenger, når han trenger den. Det er også en forutsetning for trygghet og mestring at brukeren møter personell med høy kompetanse når han trenger hjelp.

OMSORG:

Omsorgen handler om de grunnleggende verdiene i samfunnet; etikk, moral og trygghet for svake grupper. Omsorg har med forhold mellom mennesker å gjøre – omsorg er å bruke tid sammen. Målet med omsorgen er at brukeren skal kunne opprettholde og videreutvikle egenomsorg i den grad det lar seg gjøre. God omsorg gjør brukeren mest mulig selvstendig og hjelper ham til å mestre sin egen hverdag. Målet er å mestre sitt eget liv.

Vi gir omsorg for at brukeren skal oppnå egenomsorg. Det betyr at hensikten med omsorgstjenesten er å gi hjelpen på en slik måte at brukeren ansvarliggjøres i forhold til egen livssituasjon. Utviklingen viser at høyere utdanningsnivå fører til bedre helse og større evne til egen mestring. Det kan bety at morgendagens eldre vil være mer aktive når det gjelder egen innsats for sine levekår og sin velferd. Når hjelpebehovet først melder seg, vil de trolig ønske en omsorg som gir rom for å realisere mer individualistiske verdier, med større forventninger om å være med å påvirke tjenesteutformingen. Dette vil gjøre at omsorgstjenesten må vektlegge rehabilitering i større grad enn i dag. Målet med rehabilitering er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse både sosialt og samfunnsmessig.

For å ivareta hensynet til egenomsorg er det viktig at tjenestene individualiseres og bygger på den enkelte brukers helsetilstand, ressurser og behov. Det er samtidig viktig å vise respekt for brukere som ikke ønsker å involvere seg i alle beslutningsprosesser. Brukerperspektivet innebærer en lydhørhet og tilrettelegging overfor dem som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov.

4. UTFORDRINGER OG STRATEGISKE VALG

4.1 Nye brukergrupper

4.1.1 Bakgrunn

Yngrebølgen og endret sykdomsbilde

Samfunnet er i endring. Det er sterk vekst i gruppen yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer. Når hjelpebehovet slår inn hos yngre brukere kreves en annen faglig kompetanse enn det som tradisjonell eldreomsorg har krevd. Yngre brukere stiller også helt andre krav til boform og levested. Det er også behov for et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet. Tjenesten må tilpasse seg de nye gruppene gjennom å vektlegge brukerfokus og fleksible løsninger, rehabilitering og økt aktivitet.

De unge brukerne er en sammensatt gruppe, men de kjennetegnes ved å ha et stort ressursbehov og behov for hjelp livet ut. Sammenlikner vi yngre og eldre brukere av hjemmetjenester (på landsbasis) ser vi at: 33 % av brukerne er mellom 0 – 66 år og bruker 58 % av timene – mens 37 % av brukerne er mellom 80 – 89 år og bruker 22 % av timene.

Personer under 67 år som får hjemmetjenester kan deles i fire hovedgrupper:

- Ulike kroppslige lidelser: Nevrologiske tilstander som MS, ME, hjerneslag, alvorlige hode- og ryggskader (ca. 39 %)
- Psykiske lidelser (ca. 37 %)
- Mennesker med utviklingshemming (ca. 13 %)
- Personer med rusproblemer (ca. 9 %)

En utvikling vi har sett de senere årene er at vi har fått flere barn og ungdommer med forskjellige former for atferdsvansker. Det skyldes både forskjellige syndromer (ADHD, Asperger, o.a.) og/eller en lettere grad av utviklingshemming. Av de vi kjenner til her i Gausdal som i dag er i aldersgruppen fra og med barnehage til om med videregående skole, kan det være snakk om opp mot 20 personer som vil ha behov for tilrettelagt bolig og/eller oppfølging i ganske stor grad, i løpet av ungdomsårene, når de er ferdige med videregående skole eller noe senere. Det er her snakk om heldøgns helse- og sosialtjenester som tildeles gjennom enkeltvedtak, og som innebærer en omfattende ressursbruk.

Selv om en primært ikke skal tenke ressurser, men brukerens behov, når en tildeler tjenester, er det en kjensgjerning at kommunen har en relativt begrenset pott med penger. Så når noen får mye ressurser må det nødvendigvis bli mindre på andre. Det er derfor en balansegang å tildele tilstrekkelig med ressurser til alle som har behov for tjenester. For å gi et bilde av kostnadene kan det eksemplifiseres med en bruker som krever 1:1-bemanning: altså en turnus hvor en tjenesteyter er til stede døgnet rundt. Dette krever minst 4,7 årsverk, noe som tilsvarer en brutto lønnskostnad (inkl. avgifter) på over 2 millioner kroner i året. Har brukeren også dagtilbud og styrket bemanning på dag og kveld, vil kostnadene komme opp mot 3 millioner kroner i året. Det er faglig enighet om at jo tidligere man kommer inn med riktige hjelpetiltak, desto bedre går det med brukeren senere i ungdommen og voksenlivet.

4.1.2 Strategiske valg

Kapasitetsvekst og tilpasning av boliger

Det er vanskelig å planlegge på lang sikt for gruppen yngre brukere. Det kommer naturlig av at behovet endrer seg fort og det kan i noen tilfeller være vanskelig å si om brukeren vil trenge mer eller mindre tjenester om noen år.

Gruppen voksne under 67 år er også en veldig sammensatt gruppe og behovene for tjenester kan oppstå på relativt kort varsel. Det pågår et arbeid med revisjon av boligsosial handlingsplan (2009) der behovet for disse brukerne vurderes ift. boliger.

Eldreboelgen vil føre til en økning av antall personer med demens, men allerede i dag har Gausdal et relativt dårlig tilbud til denne gruppen. Det er bare seks plasser i skjermet enhet og vi har ingen omsorgsboliger med HDO tilrettelagt for demente. Dvs. kommunen *har* boliger med fellesareal som kan fungere som bokollektiv for personer med demens, men de er ikke bemannet på kveld og natt. Med HDO kunne man hatt dårligere fungerende brukere i flere av disse boligene, og dermed avlastet sykehjemmene. Dette er vanskelig å gjennomføre "over natta", men blir en langsiktig strategi som en må ha i mente ved tildeling av boliger.

Kompetanseheving med både spesialisering og breddekunnskap

De nye gruppene krever en annen kompetanse enn det den tradisjonelle eldreomsorgen har gjort. Både gjelder det de "nye" syndromene, men også det faktum at yngre brukere forventer å delta i samfunnet på en helt annen måte enn de gamle har gjort. En må derfor vurdere å tilsette yrkesgrupper som barne- og ungdomsarbeidere og kulturmedarbeidere o.a. i tillegg til eller i stedet for pleiepersonell. Det må også arbeides for å øke kompetansen til pleiepersonalet innenfor "de nye" fagområdene.

Tverrfaglig samarbeid og samordning av ressursene

Aktiv deltakelse i samfunnet krever at omsorgspersonell er fleksible og innstilte på å legge til rette for aktiviteter. Det bør trekkes inn forskjellige yrkesgrupper som bidrar med sin spesialkompetanse. Eksempelvis aktivitører som ser muligheter for å legge forholdene til rette for brukeren på en annen måte enn pleiepersonell er opplært til, og det kan være snakk om vernepleiere/miljøterapeuter som har ekspertise på å tilrettelegge de daglige gjøremålene på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Jo flere kommunale ressurser som er involvert desto viktigere er det med samordning. Arbeidet med å lage individuelle planer (IP) for brukerne må vektlegges. Enhetslederne har ansvaret for at samordning finner sted, men det må vurderes å styrke koordinatorfunksjonen i kommunen (jfr. Forskrift om habilitering/rehabilitering). Kommunen har en koordinatorfunksjon – "en adresse" som alle skal kjenne – men per i dag er "denne adressen" enhetslederen for Rehabiliteringsenheten, og koordinatoroppgavene kommer i tillegg til alle de andre oppgavene lederen har. Helsedirektoratet (IS-1530) går inn for å styrke denne funksjonen i kommunene.

Heldøgns helse- og sosialtjenester

- Enheten Barn og familie, med kunnskapen om de unge brukerne, må koples inn i planleggingen slik at forholdene er lagt til rette når behovet for ressurser oppstår.

- Enheten NAV–sosial har ansvaret for å lage den nye boligsosiale handlingsplanen. Hensiktsmessige boliger kan lette tilværelsen for brukeren og arbeidet for omsorgstjenesten.
- Brukerstyrt personlig assistanse gir brukeren en større selvvråderett over hvilke tjenester han/hun vil prioritere.

4.1.3 Videre arbeid

1. NYE BOLIGER: På kort sikt er det viktig å tenke praktisk tilrettelegging av boliger. Tjenesten mener det er behov for utbygging av:
 - en bolig med 3-4 boenheter for unge brukere
 - en bolig med 8-10 boenheter som bokollektiv for personer med demens.

Kommunen har tomtearealer, men det er også en del ledig bygningsmasse som kan gjøres om til mer hensiktsmessige boliger.

2. ØKT KOMPETANSE: Kompetanseplanleggingen må være langsiktig og strategisk fundert ut fra de kunnskapene vi har i dag om behovene i morgen.
3. SAMORDNING/KOORDINERING: Det anbefales å styrke koordinatorfunksjonen. Koordinator/koordinerende enhet bør, i tråd med Helsedirektoratets anbefaling, sikres styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter.

4.2 Medisinsk oppfølging

4.2.1 Bakgrunn

Tidligere utskriving fra sykehus – mer behandling overlates til kommunene

Stortingsmelding 25 Mestring, muligheter og mening, slår fast at det er et stort behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging av hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og andre behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Etter hvert som liggetiden i sykehus har gått ned, blir flere pasienter utskrevet mens de fortsatt har behov for relativt omfattende medisinsk oppfølging. Dette ansvaret lastes over på kommunene uten at kommunene har fått overført verken økonomiske ressurser eller nødvendig kompetanse.

Stortingsmelding 47 Samhandlingsreformen, vektlegger en smidigere overgang og et tettere samarbeid mellom kommunehelsetjenesten (Kht) og spesialisthelsetjenesten (Sht). Det skal være en lavere terskel for å søke hjelp fra spesialisthelsetjenesten uten at det behøver å dreie seg om akuttinnleggelse i sykehus. En kompetanseoverføring fra Sht. til Kht. vil gjøre utskriving fra sykehus lettere. Det er en forventning om at ressurser skal tilføres kommunene eller "følge pasienten" slik at ressurser overføres fra Sht. til Kht.

"Nye" diagnoser og flere med sammensatte diagnoser

Med flere yngre brukere av helse- og omsorgstjenestene ser vi en økning av bestemte diagnoser og til en viss grad kan en si at det er kommet "nye" diagnoser inn i den kommunale omsorgstjenesten. Yngre brukere vil ofte ha behov for livslang omsorg. Samtidig gir økt levealder flere pasienter med sammensatte diagnoser.

Medisin – samhandling

I følge Kommunenes sentralforbund (KS) legges mange pasienter unødig inn i sykehus. Samtidig skrives mange ut uten tilstrekkelig oppfølging – og derfor ofte legges inn igjen. Dette skyldes at:

- organiseringen ikke er god nok
- samhandlingen ikke er god nok
- ressursfordelingen ikke er god nok

- kommunene satser for lite på forebyggende helsearbeid

En svært stor del av sykehusinnleggelsene er øyeblikkelig hjelp. I gjennomsnitt over 60 % (høyere for medisinske avdelinger). For aldersgruppen over 80 år er hele 80 % av innleggelsene øyeblikkelig hjelp. Spørsmålet er om det går an å lage et tilbud på primærnivået som reduserer den store mengden ikke-planlagte innleggelser. Svaret er tidlig intervensjon og intermedisærseger.

Teknologi

Den teknologiske og medisinske utviklingen har ført til at behandlingen i sykehus har endret seg mye de siste årene. Det har ført til stor effektivisering i spesialisthelsetjenesten. Men kommunene har ikke ressurser eller kompetanse til å møte utviklingen. Samhandlingsreformen understreker at kommunene skal ta seg av de mindre alvorlige tilfellene og ta raskere i mot pasientene fra sykehus, så sykehusene kan konsentrere ressursene om å behandle pasientene effektivt på et høyt spesialisert nivå.

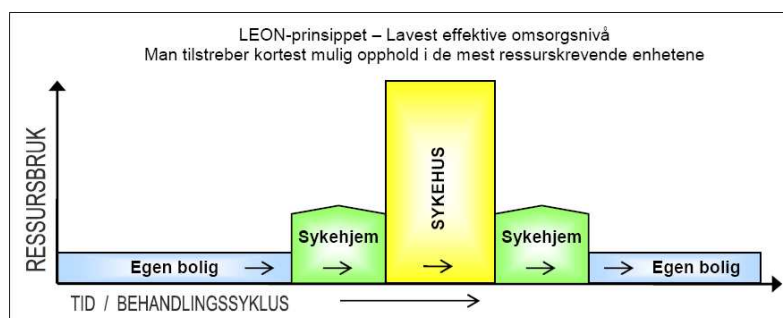
Legedekningen

I 1990 utgjorde antall legeårsverk i kommunale helsetjenester (Kht) omtrent 50 % av legeårsverkene i spesialisthelsetjenesten (Sht). 16 år senere, i 2006, utgjorde de i Kht bare 38 % av Sht. Hvis trenden fortsetter vil det snart være bare 1/3 så mange leger i Kht som i Sht. Antallet leger har økt betraktelig disse årene, men det har også omfanget og kompleksiteten av sykdommer i befolkningen gjort. Så mens økningen i antall legeårsverk i kommunale helsetjenester økte med 41 % ble legeårsverkene nesten doblet (93 %) i spesialisthelsetjenesten.

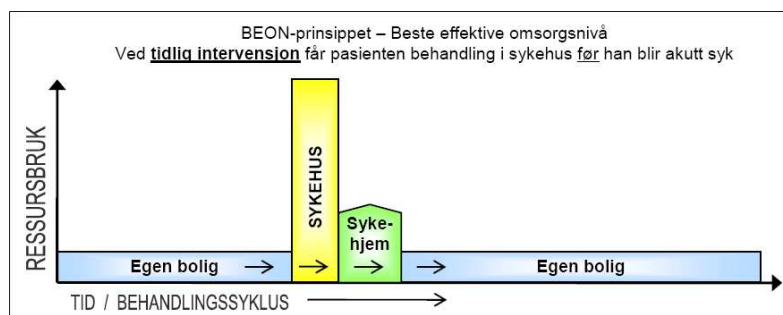
Samhandling – og behov for å styrke grunnmuren

Flere oppgaver i kommunehelsetjenesten, færre sykehusinnleggelser og bedre mottaksapparat krever styrking både av legetjenesten og av pleie- og omsorgssektoren. Samhandling vil si at man har et helhetlig system. Ikke bare skal pasientflyten være god, men alle data som følger pasienten må være på rett sted til rett tid. Et stikkord er kommunikasjon, og i dette tilfellet stort sett i form av IKT.

Når sykehusene skriver ut pasientene tidlig i behandlingsforløpet og overlater resten av behandlingen og rehabiliteringen til kommunen, er det i tråd med LEON-prinsippet. Det er samfunnsøkonomisk riktig at pasientene skal behandles på **Lavest Effektive Omsorgs-Nivå**. Men det forutsetter at det lavere omsorgsnivået er forberedt og har tilstrekkelig med ressurser og kompetanse.



Samhandlingsreformen har innført en ny benevnelse: BEON = Beste effektive omsorgsnivå. Dette for å understreke at det mest effektive omsorgsnivået ikke nødvendigvis er det lavest mulige, men i enkelte tilfeller kanskje det høyeste nivået – men da for en mye kortere periode.



Stikkordet er tidlig intervensjon. Det betyr at fastlegen legger pasienten inn i sykehus før han blir så dårlig at han må akuttinnlegges. Da kan behandling gjennomføres mye raskere enn om pasienten var dårligere ved innleggelsen. Dette sparer også pasienten for plager og holder ham friskere lengre.

Tidlig intervensjon

Tidlig intervensjon har til hensikt å utsette progresjon av en sykdom, forhindre komplikasjoner, øke den enkeltes mestring av kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, koordinere ressursene og forebygge sykdom. I denne sammenhengen er det mest geriatriiske problemstillinger (sykdommer hos eldre) som er aktuelle. Eksempler på vanlige geriatriiske problemstillinger er: gradvis funksjonssvikt eller ferdighetstap, vurdering av høyt medisinforgbruk, ernæringsvikt, fall, balanseforstyrrelse, flere sykdommer samtidig, smerteproblematikk, vannlatingsproblemer og pasienter med uklar diagnose.

4.2.2 Strategiske valg

Forebyggingsfokus

Det er viktig at brukere/pasienter får mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem. De aller fleste ønsker det. I et folkehelseperspektiv er det derfor viktig å forebygge framfor å reparere. Kommunen må være med å legge til rette for en aktiv omsorg i samarbeid med familie og frivillige. Det må drives holdningsskapende arbeid for å hindre (begrense) utviklingen av livsstilssykdommene. (Eks. fedme som i neste omgang kan føre til bl.a. diabetes.) Informasjon må legge vekt på at folk faktisk har ansvar for egen helse.

Sykehjemmene og omsorgstjenesten generelt må ha et rehabiliterende fokus i all pleie og behandling. Jfr. kapittel 3.1 må en unngå at overhjelping fremskynder ytterligere funksjonsnedsettelse og fratår enkeltbrukeren mulighet til å mestre daglige oppgaver. Det er en kjensgjerning at sykehjem kan ha en passiviserende effekt på pasienter (pga. overhjelping) hvis ikke personalet er bevisste på dette. Kommuner som satser mer på omsorgsboliger mener at det er en boform som i større grad aktiviserer de eldre slik at de opprettholder et høyere funksjonsnivå lengre. En omsorgsbolig er også i større grad å betrakte som et eget hjem, så det er mer naturlig for pårørende å gå mer aktivt inn både i omsorgen av og i aktiviteten rundt beboeren.

Spesialisering

For å kunne gi god og riktig behandling og pleie er kompetanse viktig. Spekteret av sykdommer og lidelser er stort og omfattende og det er ikke lenger slik at alle kan ha greie på alt. Spesialisering er nødvendig for å kunne gi målretta og adekvat behandling og pleie til pasientene. Flere sykdommer og skader behandles på kortere tid i sykehusene, og den kommunale omsorgstjenesten får ansvaret for pasientene ennå mens de er under behandling. (Behandling som ikke trenger å bli utført i sykehus.)

Som tabellen i kapittel 2.2 viser har kommunen svært mange sykehjemsplasser. Til tross for dette sliter vi med konstant overbelegg. Dette skyldes at en stor del av pasientene har langtidsplass – altså bare bor i sykehjemmet. Målet er å få de som ikke trenger aktiv behandling eller rehabilitering inn i omsorgsboliger med HDO. På den måten løser en overbeleggsproblematikken ved sykehjemmene.

Ut fra anbefalt kapasitet på aktive sykehjemsplasser (10 % av antall innbyggere over 80 år) har Gausdal nesten dobbelt så mange plasser som det er behov for. Det er her snakk om aktive korttids sykehjemsplasser (til rehabilitering og overgangspleie etter sykehusbehandling, avlastning, langtidssyke eldre som trenger mye pleie, oppfølging ved kreftbehandling og pleie ved livets slutt/lindrende behandling) – ikke boform for eldre. Komiteen har kommet fram til at det vil være rasjonelt å spesialisere de to sykehjemmene kommunen har, slik at det opprettes et kompetansesenter for somatisk sykdom og et kompetansesenter for demenssykdommer.

- **Follebutunet skal utvikles til et kompetansesenter for medisinsk oppfølging og behandling, rehabilitering og lindrende behandling.**

Det vil bli etablert et eget prosjekt som ser på muligheten for å slå sammen legekantorene i kommunen. Man ser da samtidig på om det er mulig å etablere et senter hvor også andre funksjoner, som rehabilitering, kan være. Et langsiktig mål bør være å etablere et helsehus med flest mulig funksjoner samlet under ett tak.

Samhandling

Samhandling må foregå både: a) internt i kommunen, b) mellom kommuner c) og mellom kommunen/regionen og sykehuset.

1: Medisinsk og tverrfaglig oppfølging internt i kommunen.

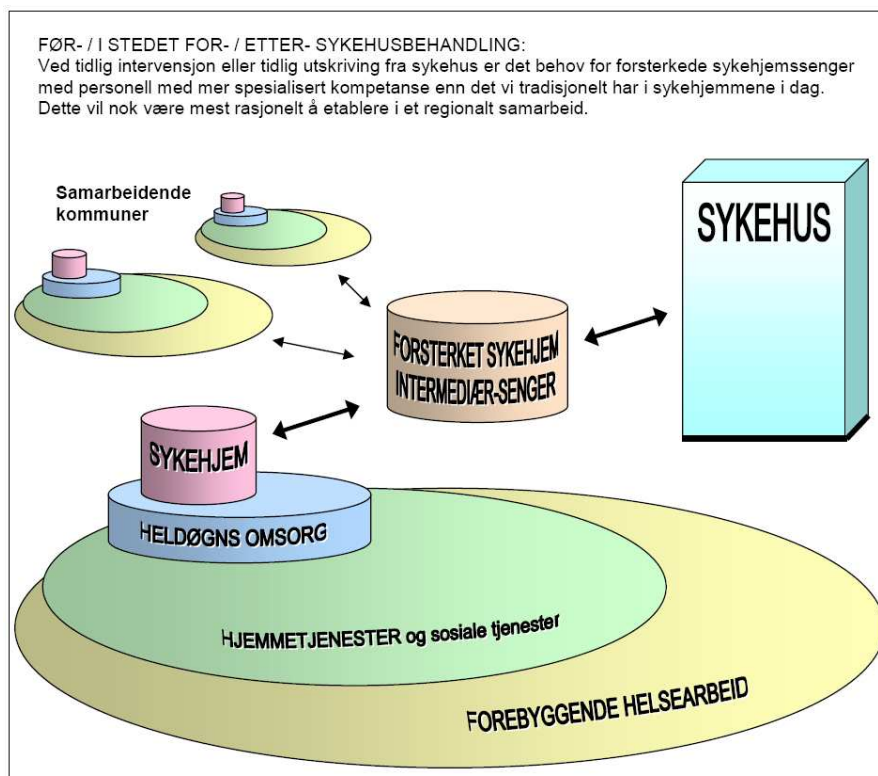
Med mer sammensatte problemstillinger er det viktig at de kommunale aktørene som er involvert i opplegget rundt en bruker, faktisk samarbeider godt. Individuell plan (IP) er et verktøy for å få til dette samarbeidet og koordineringen av tjenestene, og det er viktig at dette verktøyet brukes fullt ut når det er behov for det. God tverrfaglig oppfølging og rapportering kan også ha positiv effekt på legens mulighet til å komme tidlig inn i problemstillinger; tidlig intervensjon.

2: Intermediærsenger.

Intermediær betyr mellomløsning – altså en mellomting mellom en sykehus- og en sykehjemsseng. Intermediærsenger beskrives i Samhandlingsreformen som et tilbud som kan benyttes: før, i stedet for eller etter sykehusbehandling. Dette kan en tenke seg utbygd på tre måter:

- Intermediærsenger i sykehuset. Dvs. at sykehuset har et visst antall senger til disposisjon for kommunen (kommunens senger i sykehuset) som kommunens leger vil kunne benytte når de har pasienter som de ønsker en spesialistvurdering på – uten at det er akutt behov for det. Dvs. at kommunen "bestiller" spesialistkompetanse. (Jfr. Kom-Ut-sengene i det eksisterende samarbeidsprosjektet med sykehuset.)
- Intermediærsenger i sykehjemmet. Det betyr i praksis at kommunen må ha personell med spesialistkompetanse tilgjengelig og noe mer avansert utstyr enn det som er vanlig i dagens sykehjem.
- Et regionalt samarbeid om et akuttsykehjem eller distriktsmedisinsk senter (DMS).

"Helsekommune": Samhandlingsreformen skal sikre en klar oppgavefordeling og helhetlig pasientforløp gjennom forpliktende avtaler og rasjonell og koordinert planlegging.



For at dette skal bli rasjonelt kan ikke hver liten kommune ha "sine" senger i sykehuset. En forutsetning for samhandling med sykehuset er at flere kommuner går sammen (regionvis) slik at sykehuset har en større enhet å forholde seg til. I enkelte sammenhenger har det her vært snakk om å opprette såkalte Helsekommuner. En helsekommune vil være flere kommuner i en region, som overfor sykehuset opptrer som en stor kommune.

3: Kompetanseoverføring fra sykehuset til kommunen:

Med Samhandlingsreformen følger det kanskje ikke så mye penger – sett fra kommunenes side alt for lite – men et viktig prinsipp vil være at kompetansen skal følge pasienten fra sykehuset og ut i kommunen, hvis tilstanden krever det. I praksis dreier det seg her om systematisk opplæring og hospiteringsordninger. Kommunene må inngå avtaler med sykehuset om dette.

Andre samhandlingstiltak

Det er etablert et interkommunalt prosjekt (Lillehammer, Øyer, Gausdal) som sammen med sykehuset i Lillehammer skal finne løsninger for et helhetlig og mer ressurseffektivt pasientforløp. Prosjektet har fått arbeidstittelen TRUST = Tiltak for regional utvikling av samhandlingstjenester. En skal bl.a. utrede opplegg for tidligintervensjon i et pasientforløp – fra reparasjon av konsekvenser til tidlig intervensjon.

Det er for tidlig å kunne si noe om hvilke løsninger som kommer ut av det regionale samhandlingsprosjektet. Distriktsmedisinske sentra (DMS) og Distriktpsikiatriske sentra (DPS) er etablerte begreper. Et tredje alternativ er Lærings- og mestringssenter (LMS). Sykehuset Innlandet har etablert et LMS som er et samarbeid mellom helsepersonell, brukerorganisasjonene og erfarne og nye brukere. Tanken bak LMS er at mestring i stor grad dreier seg om *opplevelsen* av å ha krefter til å møte utfordringer, og følelse av å ha *kontroll* over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med og det du selv kan være med på å endre.

I et regionalt senter kan det legges funksjoner som: relativt spesialiserte medisinske funksjoner med leger og sykepleiere, forebyggende funksjoner (folkehelsefokus), "før/i stedet for/etter-sykehusbehandling", ambulante team og tverrfaglige team for rus, KOLS, diabetes, psykiatri, rehabilitering/habilitering, demens og palliativ behandling.

Stortingsmeldingen legger altså opp til at det skal overføres midler til kommunene. Om Stortinget beslutter at det skal skje, så er det også andre utfordringer som det nok tar tid å løse, f.eks. kulturforskjellene mellom helse-/sosial-/pleietjenestene i kommunene og fagmiljøet i sykehusene. Departementet kaller det å løse en "FLOKE": Finansiering, Lovverket, Organisering, Kultur og kommunikasjon og Elektronisk samhandling.

4.2.3 Videre arbeid

1. **FOREBYGGENDE HELSEARBEID:** Forebyggingsaspektet er av helt avgjørende betydning med tanke på at mange flere innbyggere oppnår en veldig høy alder. For at utviklingen skal kunne være bærekraftig må befolkningen sørge for å ha bedre helse, ellers blir eldrebølgen en katastrofe for landet. (Se kap. 4.4.1 Aldersstrukturen i Gausdal i 2025.) Foreslåtte tiltak i Folkehelseplanen og i Rehabiliteringsplanen må iverksettes. Av disse kan nevnes: a) å møte de utsatte gruppene (oppsøkende team), b) samordning mellom yrkesgruppene og etablering av en koordinerende enhet og c) rehabiliteringstenkning i alt som gjøres innenfor omsorgstjenestene.
2. **SPESIALISERING / KOMPETANSEBYGGING:** For å løse utfordringen med å kunne ta imot pasienter fra sykehuset i en ikke-ferdigbehandlet tilstand, må kompetansen økes i sykehjemmene. Det må inn flere sykepleiere – vi har lavest sykepleierdekning i Oppland – og kompetansen til disse må bygges opp. En må tenke spesialisering de to sykehjemmene imellom:
 - Follebutunet skal bli kompetansesenter for pasienter med somatiske lidelser.
3. **SAMHANDLING:** Selv om TRUST-prosjektet har fått statlige midler, er ikke det nok til å kunne gjennomføre et prosjekt som er så velfundert at det kan driftes ut over prosjektperioden. Kommunene i regionen er bedt om å sette av penger på budsjettet for 2010 til samhandlingsprosjektet. Det er viktig å være bevisst på at vi allerede har Kom-Ut-sengene i sykehuset i Lillehammer som kan brukes aktivt bl.a. til tidlig intervensjon.

4.3 Aldring og demens

4.3.1 Bakgrunn

Aldring og demens henger sammen. Fordi vi blir eldre vil også flere bli demente. Men i planleggings-sammenheng må vi se det som to saker som gir utfordringer på kort og lang sikt.

Aldring:

"Eldrebølgen" kaller vi den økningen i antall eldre som vil komme når de store barnekullene etter 2. verdenskrig blir gamle og har behov for omsorgstjenester. Denne "bølgen" vil ramme Gausdal fra 2025 og framover. Selv om de eldre nå og i framtiden holder seg friske lengre enn tilfellet var for en generasjon siden, vil det store antallet eldre likevel kreve en kapasitetsvekst i omsorgstjenestene.

De som er voksne nå er stort sett vant til å ha god råd, de er vant til å bo godt og til å leve et aktivt liv. Folkehelsen er generelt bedre for vår generasjon enn den var for en til to generasjoner siden. Det er tilfelle selv om vi regner med livsstilssykdommene i dag. Når dagens voksne blir gamle, vil de forlange fortsatt å ha et aktivt liv.

Demens:

Demens er en utfordring for omsorgstjenestene nå i dag. Over 80 % av pasientene i sykehjemmene i Gausdal har demens i en sterkere eller mildere grad. De fleste av de vi kjenner til og som har fått en demensdiagnose, bor i dag i sykehjem. Dagens sykehjem er lite egnet som bolig for personer med demens. Store deler av våre sykehjem har lange korridorer med dører på begge sider. Det gir svær få holdepunkter å orientere seg etter og for en dement person skaper det ekstra forvirring. Demensplanen fra 2007 er en viktig pilar når kommunen skal utvikle tilbud og tjenester som skal være robuste og tilpasset framtidens krav og forventninger. Beregninger viser at vi har omkring 50 personer i Gausdal med demens/kognitiv svikt som har behov for tilrettelagt bolig. Men totalt sett har kommunen godt med plasser i sykehjem og omsorgsboliger, slik at det på sikt vil være mulig å tilrettelegge boliger for alle som trenger det. Gausdal har bare seks plasser i skjermet enhet. Vi må tredoble antall plasser for å komme opp på nivå med resten av fylket og vår kommunegruppe. I og med at vi har svært mange sykehjems plasser vil det være mulig å bygge om en del av disse til skjermet enhet og/eller tilrettelagte plasser.

Stadig flere kommuner har bygd opp bo- og tjenestetilbud til innbyggere med demens utenfor institusjon. Erfaringene med dette er gode, og flere kan vise til bedre tilrettelagte fysiske rammer enn de hadde mulighet for innenfor sykehjemmets rammer. De har valgt en omsorgsboligløsning med bofellesskap, tilrettelagte utearealer og med de rettigheter og plikter som medfører en normalisert boform. Behovet for å ta hensyn til arkitektur og tilpassede driftsformer til mennesker med demens, understrekes også i Stortingsmelding nr. 25 Mestring, muligheter og mening.

Boformer – tilpasning til ulike brukergrupper

Antallet eldre over 80 år vil øke betydelig fra 2025. Selv om de fleste eldre mottar nødvendige tjenester i eget hjem, vil trolig antallet eldre med behov for tilrettelagte tilbud med heldøgns tjenester også øke sterkt. Den største økningen ventes i gruppen som har en demenssykdom. Nasjonale føringer, Demensplan 2015, sier at tilrettelegging for personer med demens og kognitiv svikt, må være et hovedprinsipp ved bygging av omsorgsboliger og sykehjem.

4.3.2 Strategiske valg

Kapasitetsvekst

For å møte økningen i antall eldre (om 10-20 år) må kommunen få en bedre balanse mellom sykehjem og omsorgsboliger. (Jfr. omsorgstrappen.) Kommunen har i dag mange omsorgsboliger, men ingen med heldøgns pleie og omsorg. Det er kun sykehjemsplassene som i dag kan tilby heldøgns pleie og omsorg. Ut fra anbefalingen i stortingsmeldingen (25 % av antall innbyggere over 80 år) har Gausdal et kapasitetsproblem. Når vi summerer antall sykehjemsplasser og kommunale leiligheter som brukes som omsorgsleiligheter ("trygdeleiligheter"), har vi tilstrekkelig med plasser, men omsorgsleiligheter bør tilfredsstillende de anbefalingene som er gitt, og da blir flere av våre bygninger for

enkle. Omsorgsboliger bygd som bokollektiv bør ha fellesrom (ca. 8 leiligheter rundt et fellesrom) og rom for personalet på døgnbasis.

Inntak i sykehjem og omsorgsboliger

Både den økonomiske og personellmessige situasjonen i kommunen tilsier at man må ha strengere prioriteringer og en høyere terskel på inntaket av brukere/pasienter i framtida. Sykehjemmene skal brukes til pasienter som har behov for aktiv behandling, rehabilitering og lindrende behandling. Omsorgsboligene skal brukes til personer som har klare helsefaglige grunner for å flytte inn i omsorgsbolig. Det er ikke lenger kapasitet til å ta inn beboere med den begrunnelsen at det er mer lettvinnt/praktisk å bo sentralt. Det siste er spissformulert, men det støtter seg på Stortingsmelding 25 som slår fast at:

”det offentlige først og fremst skal sikre botilbud for personer som har behov for omfattende omsorgstjenester / døgn tjeneste”.

- Komiteen vil her understreke at en omsorgsbolig er å betrakte som beboerens private hjem. Beboeren har råderett over boligen innenfor husleielovens bestemmelser og kan ikke flyttes til et annet bosted mot sin vilje.

Demensplanen og kompetanseheving

Komiteen mener at det vil være rasjonelt å spesialisere de to sykehjemmene kommunen har slik at det opprettes et kompetansesenter hovedsakelig for somatisk sykdom og et kompetansesenter hovedsakelig for demenssykdommer.

- **Forsettunet skal utvikles til et kompetansesenter for demenssykdommer.**

Demensplanen går ikke så langt som å foreslå et eget kompetansesenter for aldring og demens, men utfordringene er av en slik art at det er nødvendig med spisskompetanse for å kunne yte tilpassede og riktige tjenester. (Se også vurdering om spesialisering innenfor somatiske sykdommer.)

4.3.3 Videre arbeid

ALDRING OG DEMENS: Det er viktig å legge til rette for bedre boforhold for personer med demens. I årene fram mot ”Eldreølgen” er det ingen økning i antallet eldre her i kommunen (faktisk en liten nedgang). Disse årene må brukes til å forberede tjenestene på den dramatiske økningen i antallet eldre – og dermed personer med demens – som vil komme.

Tiltaksplaner bør inneholde punktene fra Demensplanen som er beskrevet som en tiltakskjede fra de som er tilpasset personene med mild demens til de med alvorlig grad av demens:

- Koordineringsteam
- Dagsentertilbud
- Aktivitetstilbud
- Avlastning for pårørende, pårørendearbeid, pårørendeskole
- Ambulerende uteteam
- Bofellesskap for personer med demens
- Tilrettelagte sykehjemsplasser
- Skjermet enhet / enheter

TILDELING: Ved tildeling av boliger skal tildelingen skje etter en langsiktig plan som fører fram til at personer med demens får plass i boliger som allerede er egnet som bokollektiv for demente. Disse bemannes på døgnbasis. De økte kostnadene ved å bemanne opp bokollektivene tas igjen ved at færre brukere bor i sykehjem og flere i omsorgsbolig.

4.4 Knapphet på omsorgsytere

4.4.1 Bakgrunn

Befolkningsutviklingen

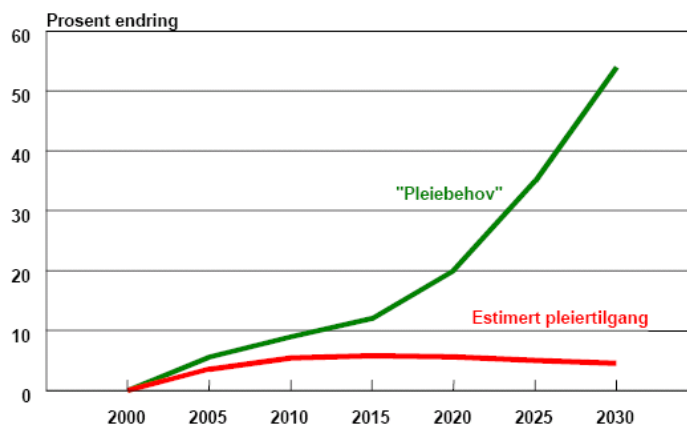
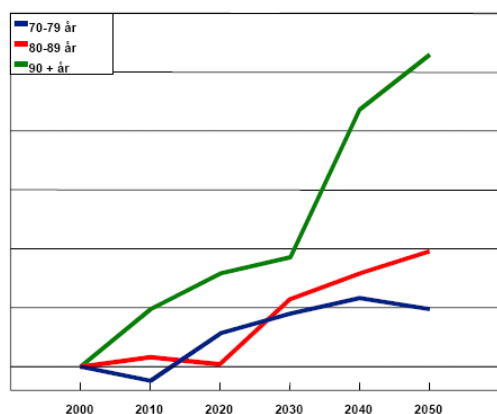
Befolkningsutviklingen vil gi et større og større misforhold mellom antallet som trenger helse- og omsorgstjenester og antallet ansatte i tjenestene. Det store etterkrigskullet vil få behov for omsorgstjenester i samme periode som de små fødselskullene fra 70-tallet og framover skal yte tjenestene. Det er heller ikke noen løsning å rekruttere fagfolk fra utlandet, da den demografiske utviklingen er enda verre ellers i Europa, og utviklingslandene i aller høyeste grad trenger helse- og omsorgspersonellet sitt selv.

Når en ser på aldersstrukturen i 2025 (se figur på neste side) må en stille spørsmål ved om utviklingen vil være bærekraftig. Med det menes at det vil være mange eldre og forholdsvis få i yrkesaktiv alder. Det vil være få som er i arbeid i forhold til de som har pensjon/trygd. Dette er et økonomisk problem samtidig som det vil være få omsorgsytere. Og fram mot 2050 vil denne trenden bare øke. (SSB har beregnet at de offentlige utgiftene etter 2020 vil vokse betydelig raskere enn skattegrunnlaget. [Kilde KS])

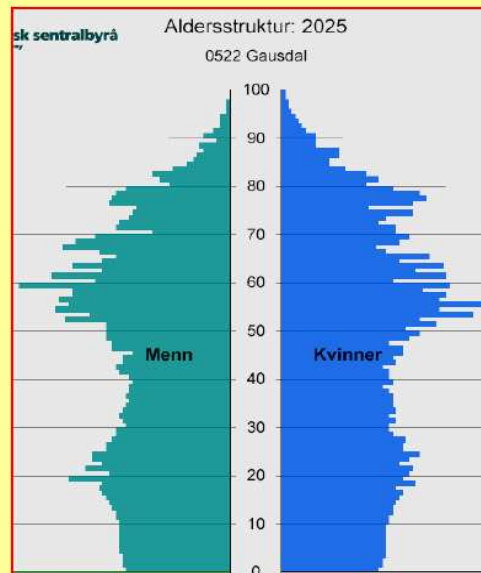
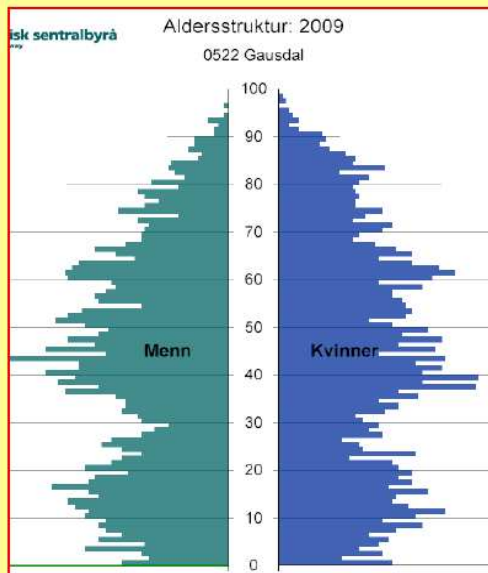
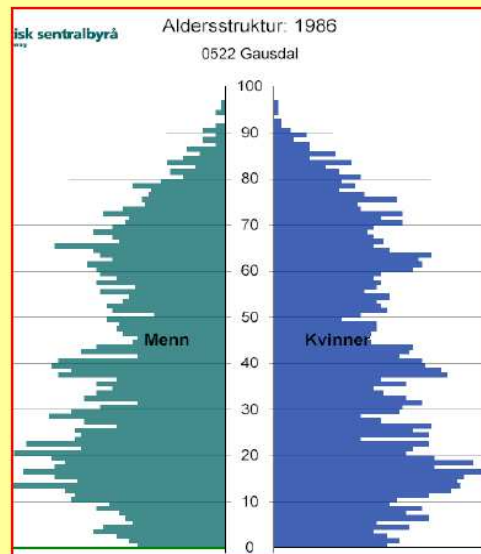
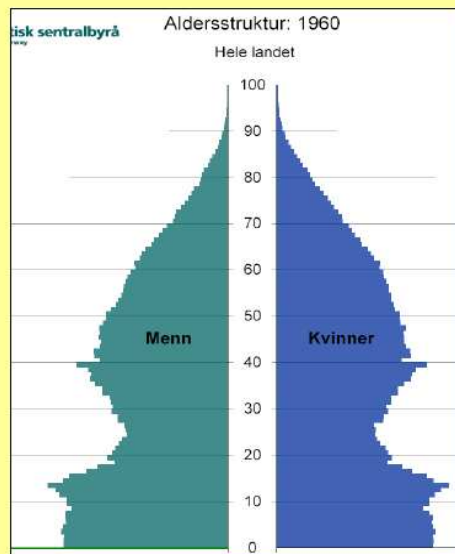
Befolkningsframskrivningen viser at det vil bli født omkring 60 barn i Gausdal i 2025. Det samme året vil det være 110 sekstiåringer, 80 syttiåringer og 60 åttiåringer i bygda – altså like mange 80-åringer som nyfødte. Og 20-30 år seinere vil en enda større del av befolkningen være "80 +". (Dette ser vi på aldersstrukturkurven [under] fordi den er tykkere i toppen enn i bunnen.) Antall personer som blir mer enn 90 år står for den største prosentvise økningen av eldre.

Figuren under (til venstre) viser at ikke bare vil antallet eldre øke, men antall personer som blir 90 år og mer øker sterkt. Etter 2035 vil de store etterkrigskullene passere 90 år. I hvor stor grad pleiebehovet øker er vanskelig å si, for vi ser i dag at eldre stort sett holder seg friskere lengre, men sykkeligheten og demensutviklingen øker likevel desto eldre man blir, så det er rimelig å anta at pleiebehovet vil øke betraktelig.

Figuren under (til høyre) viser anslag over pleiebehovet (grønn kurve) i forhold til estimert pleiertilgang (rød kurve). Prognoser viser at det i 2030 vil være behov for 1,5 ganger så høy sysselsetting innenfor pleie og omsorg som i dag. I 2040 nesten 2 ganger så høy og i 2060 2,5 ganger så høy sysselsetting. Innenfor spesialisthelsetjenesten vil det også være en behovsøkning, men kurven er mye flatere. Mellom 2040 og 2050 vil det også være behov for 1,5 ganger så høy sysselsetting i spesialisthelsetjenesten som i dag. (Kilde: Helsedirektoratet.)



ALDERSSTRUKTUREN FOR GAUSDAL: Vi ser at det ble født få barn på 70- og 80-tallet og det er lave fødselstall nå. Disse innbyggerne vil være mellom 30 og 50 år når etterkrigskullene nærmer seg 80 år. Så fra år 2025 blir det mange som trenger omsorg og få til å gi den.



SSB har kommunevis statistikk bare fra 1986. Aldersstrukturen fra 1960 for hele landet er tatt med for klarere å vise utviklingen i alderssammensetningen.

	1986	2000	2009	2015	2025	2030
Folketall	6511	6183	6091	6155	6200	6250
Antall 80 år og eldre	285	310	400	370	380	480
Andel av befolkningen	4,4 %	5,0 %	6,6 %	6,0 %	6,1 %	7,7 %

Det vil være en liten nedgang i antall eldre fra 2009 og fram til 2025, men deretter vil antallet øke kraftig.

Rekruttering og kompetanse

Det blir med andre ord kamp om arbeidskraften. Det stiller store krav til hvordan vi klarer å rekruttere og beholde helse- og omsorgspersonell. Det er mulig at enkelte kommuner vil bruke lønn (og andre økonomiske fordeler) som rekrutteringsmiddel. Sett ut fra markedstenkning og lønnsnivået i omsorgssektoren, så er høyere lønn en mulig løsning, men med den kommuneøkonomien vi har – både generelt i Norge og spesielt i Gausdal – så kan det være vanskelig å realisere dette. Men siden de fleste kommunene er i samme båt, ser vi at Staten er i ferd med å sette inn noen virkemidler.

Vi vet at et godt arbeidsmiljø med høy faglig kvalitet rekrutterer fagfolk. Utfordringen blir da å utvikle og beholde det personalet vi har. Vi må tenke langsiktig, lage realistiske kompetanseplaner og sette av tilstrekkelig med ressurser til å gi egne ansatte den kompetansen vi har behov for.

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere. En stabil familieomsorg innebærer at det offentlige må ta hele den forventede behovsveksten. **Det forutsetter en lokalt forankret omsorgstjeneste i et tettere samspill med familie, frivillige og lokalsamfunn.**

Ellers viser statistikk at det er relativt lave lønnskostnader per årsverk i omsorgstjenesten i Gausdal. Det at vi har mange ansatte med relativt lav gjennomsnittlig lønn, tyder på at vi fortsatt har en del ufaglærte. Men av størst faglig betydning er det at kommunen har svært lav sykepleierdekning – faktisk den laveste i Oppland. Dette gir ikke bare kommunen et kompetanseproblem, men vanskeliggjør rekruttering av sykepleiere. Tjenesten har erfaring med at nyansatte sykepleiere slutter etter kort tid fordi ansvaret og arbeidspresset blir for stort.

Deltidsproblematikk

Turnusarbeid er slitsomt for de som går i det, det er komplisert å få til å "gå opp" og det er kostbart fordi det må være bemanning til stede døgnet rundt på alle årets dager. Personell i turnus arbeider gjennomsnittlig 3.-hver helg. Turnusteknisk betyr det at det må til tre personer får dekke opp en vakt lør-/søndag hver helg. På de fleste ukedagene vil det da naturlig bli tre ganger så mange på hver vakt som i helgene. (Minus kompensasjonsfri for helgejobbing.) I den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er det like mange pasienter og (grovt sett) like mange oppgaver som må utføres i helgene som på ukedagene. For å løse dette dilemmaet går veldig mange ansatte i omsorgssektoren i deltidstillinger.

Uønsket deltid: Overraskende mange jobber deltid også utenfor omsorgsyrene. Stort sett er deltidarbeid selvvalgt – ofte for å få arbeidsliv og familieliv til å gå opp. FAFO har forsket på dette i mange år og skrevet en mengde rapporter om temaet. Siste rapport kom i august 2009 og tar for seg ønsket og uønsket deltid i hele kommunesektoren. Undersøkelsen tar for seg Fagforbundets 305 tusen medlemmer hvorav 4/5 er kvinner og halvparten arbeider i helse- og sosialsektoren. Omtrent 1/6 mener de er undersysselsatte (= uønsket deltid). Av hjelpepleiere/omsorgsarbeidere melder 1/4 at de er undersysselsatte. De fleste av disse er unge. Mange jobber ekstra, og ekstravakter tilsvarende et ukeverk er ikke uvanlig (tilsvarer 4-6 vakter i måneden). Av de som ønsker å jobbe deltid er nettopp fleksibiliteten noe av grunnen til det. De har en eller to ekstra fridager i uka (ift. full stilling) – som også kan brukes til å jobbe ekstra når det passer slik.

For å få ned antallet som arbeider uønsket deltid, foreslår FAFO noen løsningsforslag.

- Bemanning på tvers: Være ansatt i to (relativt like) avdelinger.
- Bemanning på tvers: Kombinere arbeid i PLO med SFO, barnehage, boliger, etc. (Å arbeide på tvers av fagområder anses som lite attraktivt. Men FAFO har eksempler på at det skjer.)
- Arbeid 2.-hver helg gir større stillingsbrøker og økt fast bemanning i helgene.
- "Hinketurnus": Det betyr at alle går noen få ekstra helger i året.
- Forskjellige turnusordninger med mer fleksibel arbeidstid og ønsketurnusordninger.
- Ved seniorpolitiske tiltak kan hullene i turnus fylles av personer i ufrivillig deltid.

I rapporten fordeler svarene seg slik:

- 1/6 (17,4 %) ønsker å øke stillingsbrøken
- 1/8 (12,5 %) ønsker å redusere
- 1/3 (32,8 %) jobber deltid og vil beholde den
- 1/3 (37,4 %) jobber heltid og vil beholde stillingsbrøken

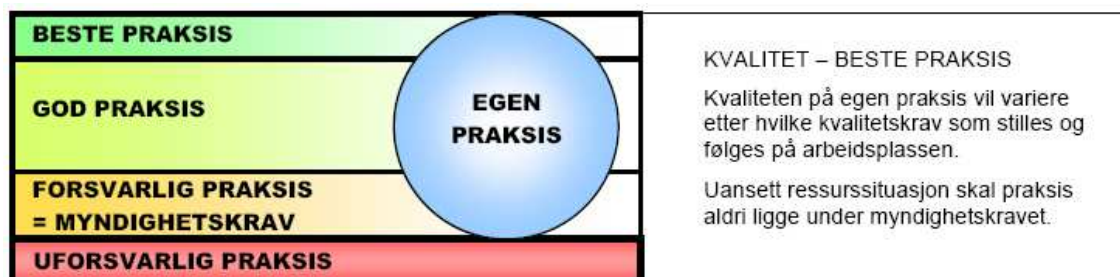
Kvalitet

KVALITET defineres som: **helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov**. Definisjonen er veldig teknisk, men det at den inneholder begrepet "underforståtte behov" viser at den også passer inn i et fagområde som omsorgssektoren hvor tjenesteyteren nettopp gjennom sin erfaring og kompetanse kan finne brukeres behov uten at de er uttalt direkte. Det finnes også mer "folkelige" definisjoner: "Kvalitet er å føle at noen bryr seg".

Kvalitet på tjenestene betyr at de:

- er trygge og sikre
- er virkningsfulle
- har god ressursutnyttelse
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet

BESTE PRAKSIS: Kvaliteten på den praktiske utførelsen av oppgavene vil variere etter hvilke kvalitetskrav som stilles og følges på arbeidsplassen. Kvalitet er noe som oppleves i selve arbeidssituasjonen, i møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Likevel er kvalitet avhengig av ledelse. Lederne må være pådrivere og sette kvalitet på dagsorden ellers forvirrer den i den travle hverdagen. Kvalitet er like mye holdninger som den tekniske utførelsen av oppgavene. Egen praksis vil alltid variere i kvalitet, men en må ha eksempler på Beste praksis for å kunne vite hva man skal strekke seg etter.



BRUKERMEDVIRKNING: God kvalitet forutsetter at brukernes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. Brukere bør medvirke og ha innflytelse både i planleggingen av tjenestene og i den daglige samhandlingen med personalet. Brukere/pasienter tar som regel selv avgjørelser når det gjelder egen sykdoms- og helsetilstand. Det er derfor viktig å styrke brukerne slik at de kan fatte gode beslutninger. For å lykkes med dette må vi gi god informasjon, vise hvilke valgmuligheter som finnes og støtte brukerne i å velge det som er best for dem.

Avvik

Omsorgssektoren har et konstant press på seg om å gjennomføre internkontroll både i forhold til de ansattes helse (HMS) og den faglige kvaliteten på tjenesten. Tjenesten er pålagt å registrere alle avvik som forekommer. Slik sett kan det være en fare for at ledelsen fokuserer for mye på negative avvik, slik at tjenesteutøveren bruker energien på å unngå å gjøre feil i stedet for å utføre oppgavene så godt som mulig.

Positive avvik er dårlig forretning. Positive avvik er når ansatte utfører *mer* enn de iht. serviceerklæringen skal gjøre. I konkurranseutsatte tjenester er dette helt bandlyst. I den kommunale hverdagen vet vi at når f.eks. en hjemmesykepleier kommer til en bruker (eks. for å skifte på et sår) og

oppdager at det verken er melk eller brød i huset, så har hun den refleksjonen at hun går og kjøper dette før hun drar.

Selv om dette kan virke som en overfokusering på negative ting ("det blir galt uansett hvordan man gjør det") så er dette med på å effektivisere tjenesten og forberede den på stadig flere oppgaver med færre hender til å utføre dem.

Organisasjonsutvikling

FORVALTNING OG DRIFT: Tildeling av tjenester gjøres i dag av et tverrfaglig inntaksteam bestående av de fire enhetslederne i pleie- og omsorg, leder for Rehabiliteringsenheten og en av tilsynslegene. Den faglige vurderingen av pasientene (søkerne) gjøres for det meste av sykepleier og/eller fysio-/ergoterapeut. Andre fagpersoner trekkes inn ved behov. RO peker på behovet for å skille forvaltning og drift. (Bestiller-/utførermodellen.) Særlig kan behovet for et skille oppstå etter hvert som presset på tjenesteutøverne øker fra brukere og pårørende. Når samme tjenesteyter (i hvert fall tjenesteytere tilknyttet samme enhet) både skal vurdere tjenestebehovet og utføre de vedtatte tjenestene, kan vedkommende lett komme i et press mellom pasienten og pårørendes krav og det kommunale vedtaket. En ser også at det kan være en fordel at ekstra godt skolerte saksbehandlere gjør vurderingene og tildeler tjenestene. En del kommuner har satset på å bygge opp bl.a. den juridiske kompetansen til disse saksbehandlerne.

IPLOS (*Individbasert Pleie- og Omsorgs-Statistikk*) er en registrering av data som beskriver ressurser og bistandsbehov hos en person. Et litt folkelig begrep kan være "pleietyngde". Det har tatt noe tid å få til en objektiv og god registrering av slike data i Gausdal. Dette er det viktig å få til fordi IPLOS-data skal kunne brukes som et objektivt grunnlag ved tildeling av tjenester. IPLOS alene gir ikke grunnlag for tildeling, men som bakgrunnsdata for det faglige skjønnet er det nyttig.

ORGANISASJONSENDRING: Arbeidet med å gjøre de to sykehjemmene om til spesialiserte kompetansesentra vil kunne føre til at også andre deler av organisasjonen må endres. Omsorgstjenesten må også vurdere ordningen med integrert tjeneste (samme personell har ansvar for en sykehjemsavdeling og et hjemmetjenestedistrikt) og se om det er andre måter å dele opp eller slå sammen funksjoner på.

Lederutvikling

Lederne i omsorgssektoren (særlig i sykepleietjenesten) har et svært stort kontrollspenn – ofte 40 til 50 ansatte. RO anbefaler at lederfunksjonen tydeliggjøres. Lederoppgavene må ryddes slik at lederne kan bruke mer tid til utøvelse av lederskap. Ledergruppen gis ekstra veiledning for å kunne ta tak i de viktigste lederoppgavene, for å bygge en positiv tjenestekultur og utvikle grunntonen (holdningene) i omsorgstjenesten. En må også vurdere om lederne av så store enheter trenger mer merkantil støtte og/eller økonomistøtte/controllerfunksjon.

IKT

IKT har to viktige funksjoner: dokumentasjon og effektivisering. Fylkesmannens tilsyn understreker at alle forhold som har betydning for brukeren skal være dokumentert på en slik måte at man i ettertid kan finne ut hvem som gjorde hva, hvordan, når og hvorfor. I et datasystem skal alle aktuelle data ligge lett tilgjengelig for de som skal ha tilgang til dem.

IKT-systemer har potensial til å effektivisere administrative oppgaver. Et eksempel er det nylig innførte ressursstyringssystemet Gat i omsorgssektoren, som effektiviserer turnus- og timelisteproblematikken, samtidig som det sikrer at lov- og avtaleverk blir fulgt. Men selv om IKT-verktøy kan forenkle oppgaver, bør en alltid ha kritiske kost-/nyttevurderinger av systemene før en vurderer anskaffelse.

Forskning

Til å være en relativt liten kommune ligger Gausdal langt framme når det gjelder praksisnær forskning. "Praksisnær" betyr at forskningen foregår i den praktiske hverdagen slik at den både har relevans, er "jordnær" og lett kan omsettes i praksis. Å være med i forskningsprosjekt er viktig for bevisstheten og stoltheten til de ansatte og for å heve kvaliteten på tjenesteytingen. Forskningsprosjekter som pågår i omsorgstjenesten i dag:

- FoU-prosjekt: Gausdal er forsknings- og utviklingspsykehjem. (Alderspsykiatrisk komp.senter.)
- IPLOS-prosjektet som handler om IPLOS-kartlegging ift. kognitiv svikt (demens). Dette gir data som kan brukes som beslutningsgrunnlag ved tildeling av tjenester. (Alderspsyk. komp.senter)
- Implementere standardiserte kartleggingsverktøy for kognitiv svikt. (Alderspsyk. komp.senter)
- Modellkommune: Pårørendeskole, dagsenter for personer med demens. (Faglig tilknytning: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.)

4.4.2 Strategiske valg

Kompetanseheving

- Det må lages strategiske rekrutterings- og kompetanseplaner som tar høyde for utviklingen i mange år framover. Nye brukergrupper, sammensatte problemstillinger, medisinsk oppfølging, rehabilitering, lindrende behandling, aldring og demens er stikkord for en kompetanseplan.

Kvalitetsutvikling, forskning og fagutvikling

- Omsorgstjenesten bør delta i forskningsprosjekter som gir ny innsikt og bidrar til bedre tjenesteyting.
- Det må etableres faste rutiner for systematisk internkontroll og kvalitetsutvikling.

Planlegging og organisering

- Nivået på kommunens pleie- og omsorgstjenester må klargjøres og fastsettes gjennom politiske vedtak slik at innbyggernes forventninger realitetsorienteres. Det må også tydeliggjøres hvor grensene for kommunens ansvar går og hva kommunen forventer fortsatt skal være enkeltinnbyggernes og lokalsamfunnets ansvar.
- Internt i kommunen må det etableres en felles faglig basis for forståelsen av hva som er nødvendige tjenester, slik at forventningene til tjenesteyterne ikke er å gjøre "det best mulige", men "det nødvendige". (Ikke det maksimale, men det optimale.)
- IPLOS-registreringen må bedres for å få grunnlagsdata ved tildeling av tjenester.
- Lederfunksjonene må tydeliggjøres og oppgavene ryddes slik at lederne kan bruke tid på å utøve lederskap. Ledergruppen gis veiledning i å kunne ta tak i de viktigste lederoppgavene for å bygge positive tjenestekulturer.

4.4.3 Videre arbeid

Til en viss grad er punktene under 4.4.2 Strategiske valg allerede igangsatt, men det er viktig å ha et kontinuerlig fokus på de nødvendige endringen som er vedtatt å skulle skje.

4.5 Aktiv omsorg

4.5.1 Bakgrunn

I framtiden vil de eldre ha høyere utdanning, bedre helse og bedre råd enn tidligere. De vil derfor kreve å få leve et aktivt liv slik de er vant med. Omsorgstjenesten er generelt god på å gi både behandling, stell og pleie, men undersøkelser tyder på at man ikke er fullt så god på å tilrettelegge for det daglige livet rundt alt fra måltider til aktivitet i form av sosiale og kulturelle forhold. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper, slik at omsorgstilbudet kan dekke psykososiale behov og gi en mer aktiv profil. (St.meld. 25.)

De som er gamle i dag har bedre funksjonsevne enn de som var gamle tidligere. Dette har for eksempel sammenheng med mindre fysisk belastende arbeid. Et sentralt spørsmål er om dette også vil føre til at den tidsperioden en vil være avhengig av stor innsats av pleie og omsorg vil bli kortere eller lengre. Forskingen har ikke gitt entydig svar på dette. Det er også et betydelig fokus på konsekvenser av vår livsstil i et helsemessig perspektiv. Det er f.eks. knyttet til ernæring, fedme, og diabetes. Videre er det også betydelig oppmerksomhet omkring konsekvenser av fysisk inaktivitet og hvordan dette påvirker vår helse i et langsiktig perspektiv. Det foreligger ingen kjente studier hvor problemstillingen over er sett i sammenheng med konsekvenser for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.

Den medisinske teknologien er i rivende utvikling. Overlevelseshraten ved ulike kreftformer eller andre sykdommer er økende. En av de tydelige konsekvensene for omsorgstjenesten er at de faglige utfordringene vil øke.

Noen endringer som vil ha betydning for framtidens pleie- og omsorgstjenester, kan beskrives slik:

- Pleie- og omsorgstjenesten vil møte tjenestemottakere som er mindre beskjedne, som vil bestemme selv og som er vant til å stille krav.
- Morgendagens eldre vil legge mer vekt på individuelle verdier, opplevelser og prestasjoner enn på kollektive verdier.

Det er grundig dokumentert at når det gjelder de tunge og forpliktende omsorgsoppgavene, foretrekker den store majoritet at hjelpen kommer fra den (offentlig) organiserte tjenesten. Det er et sterkt ønske om ikke å være avhengig av familien og legge store byrder på ens nærmeste. Forskning viser følgende:

- Uformell familieomsorg blir utført både av menn og kvinner – men særlig er det kvinner som yter familieomsorg. I motsetning til det mange kanskje umiddelbart tror, viser det seg at yrkesaktive gir mer familiehjelp enn de som arbeider deltid eller er uten arbeid.
- Familieomsorg blir i tilnærmet like stor grad gitt i byer som i landdistrikt.
- Det blir stadig flere eldre som er skilt. Skilte eldre har klart mindre kontakt med og hjelp fra barna/egen familie enn de gifte. Og særlig gjelder dette menn. På gruppenivå framstår barnløse og/eller skilte menn som en marginalisert gruppe, svak på familiært nettverk og uten hjelp fra familie (barn) og med liten utdanning og lav inntekt.
- En svært stor andel av familieomsorgen, kommer fra ektefelle/samboer. Hjelp fra ektefelle betyr statistisk sett at det er hjelp fra den kvinnelige partneren. Her viser forskningen at det er en systematisk forskjellsbehandling mellom menn og kvinner som yter omsorg til sin partner. Menn som yter hjelp til hjelpetrengende ektefelle (samboer) får tildelt langt mer hjelp fra det offentlige enn kvinner som yter hjelp til mannlig partner.
- 35 prosent av kvinnene og 28 prosent av mennene i alderen 70-79 år selvrappporterer symptomer på depresjon. Depressive plager blir ofte ikke oppdaget fordi de blir forvekslet med selve aldringen og alderens skrøpelighet.

Omsorgsteknologi

Framtidas eldre vil være vant til å bruke teknologi. Derfor vil de ikke stille spørsmål ved og være skeptiske til teknologiske løsninger slik som eldre gjerne er i dag. Omsorgsteknologien er her i dag, men samfunnet er ikke modent for å ta i bruk alle mulighetene. Det oppstår både etiske og juridiske diskusjoner rundt mulige tekniske løsninger. Men når brukeren samtykker i det, har vi mye teknologi

som kan brukes allerede i dag – og som brukes av mange. Eksempelvis Smarthusteknologi som automatisk styrer funksjoner i huset. (Varme, ventilasjon, persienner, etc.) Teknologirådet har en liste over fem omsorgsteknologiske løsninger:

- Kroppssensorer / biosensorer som kan overvåke pasientens helsetilstand og øke kronikerens mulighet for hjemmebasert behandling, medisinerings eller automatisk tilkalling av akutt hjelp.
- Smarthusteknologi er teknologier installert i boliger som kan styre lys, varme, dører, vinduer og varsle fall, brann eller vannlekkasjer.
- Sporingsteknologi er utstyr som vider geografisk posisjon. Kan festes på kroppen eller på en rullator til personer med svekket orienteringsevne.
- Automatiserte maskiner eller roboter kan løse praktiske oppgaver i hjemmet, som rengjøring, personlig service og hygiene, funksjonsstøtte og rehabiliteringshjelp.
- Administrativ teknologi er datasystemer som brukes til tids- og funksjonsplanlegging, til å forenkle samhandling mellom forskjellige aktører, tilgjengeliggjøre og sammenstille informasjon.

4.5.2 Strategiske valg

Partnerskap med familie og lokalsamfunn

- Det bør utvikles arbeidsformer som motiverer for økt partnerskap mellom omsorgstjenesten og pårørende og frivillige ressurser rundt enkeltbrukeren. Hensikten er å bedre kvaliteten på tjenesten og øke de samlede ressursene rundt brukeren.
- Samtidig som den demografiske utviklingen gjør det nødvendig også i framtiden å basere deler av omsorgen på familie og lokalsamfunn, må omsorgstjenesten jobbe for å ansvarliggjøre den enkelte innbyggeren. "Ansvar for egen helse" betyr ikke at brukerne skal overlates til seg selv, men ansvarliggjøres gjennom økt brukermedvirkning.
- I de årene vi har fram mot "eldrebølgen" må omsorgstjenesten utvikles til å omfatte flere yrkesgrupper og mer variert tilbud enn den tradisjonelle sykepleietjenesten.

4.5.3 Videre arbeid

Strategien her vil i stor grad dreie seg om informasjon for å få til holdningsendringer og forberede folk på de samfunnsmessige og befolkningsmessige endringene som vil komme.

5. OPPSUMMERING

Her oppsummeres kort de strategiene som Komité 1 mener er de viktigste både på:

- kort sikt – dvs. arbeid som kan startes med det samme eller som allerede er i gang
- mellomlang sikt – dvs. de større grepene vi må starte med i løpet av få år for å forberede endringene som kommer senere
- lang sikt – dvs. de strategiene som hele tiden må ligge til grunn for å sikre at vi ikke møter framtidens utfordringer med gårsdagens løsninger og at alle tiltak peker mot et felles mål.

Denne oppsummeringen er ment å kunne brukes som en kortversjon av planen og inneholder derfor de viktigste strategiene uten alt for mye forklaringer.

5.1 Nye brukergrupper og endret sykdomsbilde

Helse- og omsorgstjenestene har de siste årene hatt en betydelig økning av yngre brukere under 67 år. Dette er personer med ulike kroppslige lidelser, psykiske lidelser, utviklingshemming og rusproblemer. Det er også snakk om barn og ungdom med forskjellige former for atferdsvansker.

Komiteen vil legge følgende strategier til grunn for å møte disse utfordringene:

- Det bør skje en kapasitetsvekst med tilpasning av boliger.
- Det må skje en kompetanseheving med spesialisering innenfor de nye fagområdene.
- En må vektlegge tverrfaglig samarbeide og samordning av ressursene.

5.2 Medisinsk oppfølging

Spesialisthelsetjenesten behandler pasienter med flere og mer sammensatte diagnoser enn før, og de skrives ut fra sykehusene tidligere i behandlingsforløpet. Dermed veltes en større del av behandlingen over på kommunene, noe som krever både økt kapasitet og kompetanse.

Komiteen vil legge følgende strategier til grunn for å møte disse utfordringene:

Forebygging:

- Kommunen må satse mer på forebyggende helsearbeid. Folkehelseplanen legger opp til å møte utsatte grupper som er sårbare for livsstilssykdommer og gi dem et tilbud om oppfølging og hjelp.

Spesialisering:

- Follebutunet skal utvikles til et kompetansesenter for medisinsk oppfølging, palliativ behandling og rehabilitering.

Samhandling:

- Medisinsk og tverrfaglig oppfølging internt i kommunen.
- Intermediærfunksjoner. Enten som intermediærsenger i sykehuset, i et sykehjem i regionen eller som et utvidet samarbeid i form av et distriktsmedisinsk senter. På denne måten kan de ressurs- og kompetansekrevede funksjonene samles ett sted i regionen.
 - Intermediærfunksjoner trenger ikke være senger, men fagteam som betjener hele regionen. Som eksempel kan Demensteamet i Gausdal være en slik regional ressurs.
- Kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

5.3 Aldring og demens

En aldrende befolkning vil gi flere personer med demenslidelser. Mer enn 80 % av pasientene i sykehjemmene har en demenslidelse. Vi har alt for få tilrettelagte plasser i kommunen, så dette bør ha høy prioritet. Det må etableres tilrettelagte plasser både i sykehjem og i omsorgsboliger.

For å gi best mulig tjenester legges det opp til differensiering og funksjonsinndeling. Kommunen har allerede i dag god kompetanse på demenssykdommer, men den kan utvikles videre. Gjennom en funksjonsdeling mellom de to sykehjemmene får vi utnyttet kompetansen bedre og utført tjenestene på et høyere faglig nivå.

Komiteen vil legge følgende strategier til grunn for å møte utfordringene:

Kapasitetsvekst:

- Ved å tilby heldøgns omsorg i omsorgsboliger øker den totale kapasiteten på plasser med heldøgns omsorg. Komiteen går inn for å starte et arbeid med å vurdere om omsorgsboliger bygd som bofellesskap kan tilrettelegges for personer med demens.

Demensplanen:

- Demensplanen fra 2007 viser hvordan plasser for personer med demens bør legges til rette. Prinsippet "Smått er godt" betyr at personer med demens bør bo i mindre enheter med fast personale.

Kompetansesenter:

- Forsettunet skal utvikles til et kompetansesenter for demenssykdommer.
- Deler av Forsettunet må bygges om fysisk for å skape en best mulig tilrettelagt boform for personer med demens.

Tjenestetildeling:

- Ved inntak i sykehjem og tildeling av boliger må de langsiktige strategiene vektlegges. Kommunale tjenester er en knapphetsressurs, så en må vektlegge anbefalingen i Stortingsmelding 25 som sier at det offentlige først og fremst skal sikre botilbud for personer som har behov for omfattende omsorgstjenester/døgntjeneste.

5.4 Befolkningsutviklingen og knappheten på omsorgsytere

Befolkningsutviklingen er slik at de store etterkrigskullene vil få behov for omsorgstjenester i samme periode som de små fødselskullene fra 70-tallet og framover skal yte tjenestene. Om 20 år vil det være så mange eldre og så få i yrkesaktiv alder, at det stilles spørsmål ved om utviklingen vil være bærekraftig. Dette blir altså både et økonomisk problem og et bemanningsproblem.

Komiteen vil legge følgende strategier til grunn for å møte utfordringene:

Kompetanseheving:

- Det lages strategiske rekrutterings- og kompetanseplaner som tar høyde for utviklingen i mange år framover.

Kvalitetsutvikling, forskning og fagutvikling:

- Omsorgstjenesten bør delta i forskningsprosjekter som gir ny innsikt og bidrar til bedre tjenesteyting.
- Det må etableres faste rutiner for systematisk internkontroll og kvalitetsutvikling.

Planlegging og organisering:

- Nivået på kommunens pleie- og omsorgstjenester må klargjøres og fastsettes gjennom politiske vedtak slik at innbyggernes forventninger kan stå i et realistisk forhold til hva kommunen faktisk kan yte. Det må også tydeliggjøres hvor grensene for kommunens ansvar går og hva kommunen forventer fortsatt skal være enkeltinnbyggernes og lokalsamfunnets ansvar.
- Internt i kommunen må det etableres en felles faglig basis for forståelsen av hva som er det riktige nivået på tjenesteytingen. Det må vurderes å "profesjonalisere" tjenestetildelingsfunksjonen og

føre den mer i retning av en "bestiller/utfører-modell". Dvs. at det ikke er samme person som vurderer tjenestenivået som også skal utføre tjenestene.

- Lederfunksjonene må tydeliggjøres og oppgavene ryddes slik at lederne kan bruke tid på å utøve lederskap. Ledergruppen gis veiledning i å kunne ta tak i de viktigste lederoppgavene for å bygge positive tjenestekulturer. Dette er viktig med tanke på de omstillingene vi står overfor både på kort og lang sikt.

5.5 Aktiv omsorg

Både yngre og eldre brukere krever å ta del i samfunnslivet. For omsorgstjenesten betyr det at det blir viktig å samarbeide på tvers av profesjoner. Kanskje må helt andre fagfolk inn i omsorgstjenesten. For brukeren betyr det at utviklingen med flere brukere og færre omsorgsytere vil kreve at den enkelte i større grad tar ansvar for egen helse og livssituasjon. På den bakgrunnen er ansvarliggjøring og mestring av grunnpilarene for omsorgstjenesten i framtida.

Når "Eldrebølgen" kommer er det ikke bare "mange gamle mennesker", men det er svært kravstore personer som har vokst opp i et moderne samfunn og har vært vant til å ha god råd, til å reise og til å benytte alle slags tekniske hjelpemidler og muligheter. Dette vil stille nye krav til omsorgstjenestene.

Komiteen vil legge følgende strategier til grunn for å møte disse utfordringene:

- Utvikle arbeidsformer som motiverer for økt partnerskap mellom omsorgstjenesten og pårørende og frivillige ressurser rundt brukeren.
- Ansvarliggjøring gjennom brukermedvirkning.
- Samarbeid på tvers av profesjoner.
- Ta i bruk omsorgsteknologi

Vedtatt av kommunestyret den 26. november 2009 i

SAK 60/09 OMSORG 2020 – STRATEGISK PLAN FOR OMSORGSTJENESTENE

1. Kommunestyret vedtar omsorgsplanen med de fem hovedstrategiene som er beskrevet i planen.
2. For å støtte opp om hovedstrategiene i planen ber kommunestyret om å få utredet hvordan Forsettnet kan utvikles til et kompetansesenter innenfor demens.
3. For å støtte opp om hovedstrategiene i planen ber kommunestyret om å få utredet heldøgns omsorg i omsorgsboligene som er tilrettelagt som bofellesskap ved Forsettnet.

Østre Gausdal 27. november 2009

Ole Edgar Sveen
Prosjektleder/saksbehandler

GAUSDAL KOMMUNE
-offensiv og spennende!



OMSORG 2020

OMSORG - TRYGGHET - ANSVARLIGGJØRING - MESTRING

Komité 1