



ÅPENHET
PROFESJONALITET
EFFEKTIVITET
NÆRHET

- ei godn bygd i vekst -

Omsorgsplan 2014 – 2026

Planforslag til politisk behandling
datert 09.04.2014



1	FORORD.....	4
2	INNLEDNING.....	5
3	FØRINGER FRA KOMMUNEPLANEN.....	6
4	Mål for våre helse- og omsorgstjenester.....	7
4.1	Målgrupper for omsorgsplanen.....	7
4.1.1	Målgrupper for hjemmebaserte tjenester.....	7
4.1.2	Målgrupper for ubemannede omsorgsboliger.....	7
4.1.3	Målgrupper for omsorgsboliger med betjening.....	7
4.1.4	Målgrupper for korttidsplasser ved sykehjemmet.....	8
4.1.5	Målgrupper for langtidsopphold ved sykehjemmet.....	8
5	STATUS FOR HELSE- OG OMSORGSTILBUDET.....	9
5.1	Koordinerende enhet:.....	9
5.1.1	Viktige utfordringer.....	10
5.2	Heldøgns tilbud.....	10
5.2.1	Status.....	10
5.2.2	Viktige utfordringer.....	11
5.3	Kommunale boliger.....	12
5.3.1	Status.....	12
5.3.2	Viktige utfordringer.....	12
5.3.3	Anbefalte løsninger.....	12
5.4	Hjemmebaserte tjenester:.....	13
5.4.1	Hjemmehjelpstjenesten.....	13
5.4.2	Matombringing.....	13
5.4.3	Hjemmesykepleien.....	13
5.4.4	Fysioterapitjenesten.....	13
5.4.5	Ergoterapitjenesten.....	14
5.4.6	Ambulerende vaktmester.....	14
5.4.7	Trygghetsalarm.....	15
5.4.8	Dagsenter.....	15
6	UTFORDRINGER I PERIODEN 2014 - 2026.....	16
6.1	Demografisk utvikling.....	16
6.1.1	Antall innbyggere i relevante aldersgrupper.....	16
6.2	Dekningsgrader – framskrevet til 2025.....	17
6.2.1	Framskrivning av kostnader.....	17
6.3	Forebygging, mestring og livskvalitet.....	18
6.4	Kommunens ansvar for forebyggende helsearbeid.....	18
6.4.1	Folkehelse.....	19
6.4.2	Skader og ulykker i hjemmet.....	19
6.4.3	Boliger - universell utforming inne og ute.....	19
6.5	Aktiv omsorg.....	19
6.5.1	Kulturelle tilbud.....	20
6.5.2	Seniorsenter.....	20
6.6	Demens.....	21
6.6.1	Diagnostisering.....	21
6.6.2	Dagtilbud.....	21
6.6.3	Pårørendeskole demens.....	21
6.6.4	Anbefalinger – demens.....	22
6.7	Kapasitet og kompetanse.....	23
6.8	Rehabilitering / habilitering.....	23
6.8.1	Hverdagsrehabilitering.....	24

6.8.2	Utfordringer - rehabilitering.....	24
6.8.3	Anbefalinger – rehabilitering	24
6.9	Palliativ omsorg.....	24
6.9.1	Palliativ omsorg – viktige utfordringer	25
6.9.2	Anbefalinger – Palliativ omsorg	25
6.10	Samhandling.....	25
6.10.1	Samhandling i ØRU	25
6.10.2	Samhandling i Nannestad.....	26
6.11	Legetjenester	26
6.11.1	Legetjenester på sykehjemmet	26
6.12	Frivillige.....	26
6.12.1	Anbefalinger – Frivillige.....	27
6.13	Ny teknologi.....	27
6.13.1	Anbefalinger – Ny teknologi.....	28
7	ANBEFALINGER	29
7.1	Bakgrunn for våre prioriteringer	29
7.2	Prioriterte satsingsområder.....	29
7.3	Økonomiske konsekvenser.....	31
	Vedlegg	32
1	SAMHANDLING MED ANDRE PLANER.....	32
1.1	Boligsosial handlingsplan 2011-2015	32
1.2	Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Nannestad 2009-2015	32
1.2.1	Romeriksprosjektet.....	32
1.3	Helsemessig og sosial beredskapsplan for Nannestad kommune	33
2	STATLIGE FØRINGER.....	33
2.1	Omsorgsplan 2015.....	33
2.2	Nasjonale Strategier	33
2.3	Demensplan 2015 – Den gode dagen.....	36
2.4	Nevroplan 2015	37
2.5	Statlige reformer og lovendringer	38
3	LOVGRUNNLAG OG MÅLGRUPPER.....	41
3.1	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).....	41
3.1.1	Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.....	41
3.2	Lov om pasientrettigheter.....	43
3.3	Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven)	43
3.3.1	Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (Sivilbeskyttelsesloven)	44
3.4	LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven).....	45

1 FORORD

Omsorgsplan 2014-2026 er en plan for å utvikle Nannestad kommunes pleie- og omsorgstjenester for denne perioden.

Planen tar utgangspunkt i dagens kvalitet og standard når det gjelder framskriving av behov knyttet til kommunens forventede befolkningsvekst med vekt på antall innbyggere 80 år og eldre. I 2013 var det i gjennomsnitt 12 beboere ved sykehjemmet som lå på dobbeltrom. Planen anbefaler en kapasitetsøkning ved sykehjemmet i 2017 for å avhjelpe dette forholdet.

Omsorgsplanen tar høyde for de reformer som er satt i verk knyttet til samhandlingsreformen og lovendringer innen helse- og omsorgslovgivningen, selv om kommunen per dato ikke har full oversikt over de økonomiske og juridiske konsekvenser av disse reformer.

I de nærmeste årene er det aldersgruppen 67-79 år som vil øke sterkt i kommunen. Dette er innbyggere som kan ha behov for omfattende innsats fra våre pleie- og omsorgstjenester, men som også kan være en ressurs for frivillig innsats.

Den store veksten i antall innbyggere 80 år og eldre forventes å komme etter år 2020. Det anses derved ikke å være behov for ekstra sykehjemkapasitet de nærmeste årene. Planen anbefaler derimot å omdisponere et antall sykehjemsplasser til rehabilitering og til demente. Det anbefales å øke antall omsorgsboliger, i nærhet til tjenesteapparatet, for å kunne gi et godt tilbud til våre innbyggere.

Basert på foreslåtte tiltak i planen og framskriving av dagens dekningsgrader, vil området ha behov for drøyt 50 nye stillinger i planperioden.

Planen drøfter mulighetene for interkommunalt samarbeid knyttet til etablering og drift av stadig mer kompetansekrevene oppgaver og ressurskrevene brukere, og anbefaler videre utvikling av det regionale samarbeidet.

I planperioden kan det bli utviklet ny omsorgsteknologi som kommunen vil kunne ta i bruk dersom det juridiske rammeverk er på plass og teknologien er godt utprøvd.

Planen peker på behovet for en helhetlig tilnærming til den videre utvikling av tilbudene. Universell utforming og implementering av samhandlingsreformen kan innebære at satsing knyttet til forebygging av sykdom og skader vil gi et utsatt eller redusert pleiebehov for våre innbyggere.

Det overordnede mål med planen er å sikre helhetlige og koordinerte tjenester av riktig kvalitet til kommunens innbyggere.

2 INNLEDNING

Bakgrunn for planarbeidet

Omsorgsplan 2014-2026 er utarbeidet med basis i kommunestyrets behandling av Omsorgsplan 2012-2025 i februar 2012 hvor det ble gjort følgende vedtak:

- 1. Omsorgsplanen 2012 – 2025 er et utgangspunkt for videre satsing innen Bistand og omsorg. Planen rulleres i 2013 etter at man har fått mer erfaring med samhandlingsreformen og etter at ØRU har lagt frem sine anbefalinger.*
- 2. Samarbeidet med andre ØRU-kommuner videreføres med sikte på å etablere felles tilbud for utvalgte bruker- og pasientgrupper.*
- 3. Overføringer fra staten knyttet til samhandlingsreformen benyttes på en slik måte at Nannestad alene, eller i samarbeid med ØRU-kommunene, kan etablere og drifte tilbud av god kvalitet på en kostnadseffektiv måte.*
- 4. Rådmannen bes fremme egen sak om bygging av omsorgsboliger i offentlig og privat samarbeid innen våren 2012.*
- 5. Planen bør omfatte inntil 20 leiligheter i nærheten av sykehjemmet.*
- 6. Det utarbeides halvårlige rapporter til Bistand- og omsorgsutvalget på aktuell info ved blant annet antall søknader, avslag, løsning, klager med videre som behandles i koordinerende enhet.*
- 7. Utredning av eldre-/seniorsenter starter opp umiddelbart.*

Arbeidsgruppas sammensetning ved rulleringen

- Leder: Kari Homble, kommunalsjef
- Ingrun Nordengen, virksomhetsleder
- Gry Fagerhaug, virksomhetsleder
- Jan Erik Paulsen, kommuneoverlege
- Sekretærfunksjon: Kai Krog Halse, rådmannens stab

Arbeidsform

Arbeidsgruppa har hatt jevnlig møter og fordelt ansvar for innspill til berørte virksomheter. Ansvaret for å utarbeide plandokumentet har ligget hos arbeidsgruppa med sekretærbistand fra rådmannens stab.

3 FØRINGER FRA KOMMUNEPLANEN

Tilpasset helsetilbud og omsorg for alle

Nannestad kommunes mål er at alle innbyggere skal ha tilgang til gode tjenester tilpasset den enkeltes livssituasjon og behov.

Suksessfaktorer	Indikatorer på måloppnåelse
a) Tidlig innsats	a) Reduserte kostnader til spesialisthelsetjenesten
b) Frigjøre ressurser til opptrening og mestring	b) Større andel hjemmeboende
c) Tilpasset omsorgstilbud	c) Økt andel av våre ressurser brukes til forebygging, opptrening og mestring
d) Trygge boliger	d) Økt antall boliger som er universelt utformet
e) Vennskap og trygghet	e) Redusert antall ensomme
f) Nettverksbygging	f) Omfang av sosiale tiltak for utvalgte grupper
g) Samhandling med frivilligheten	g) Omfang av oppgaver som utføres av frivilligheten
h) Hverdagsrehabilitering	h) Redusert behov for langtidsopphold på sykehjem

Strategier for omsorgsplanen:

1. Tidlig innsats: Videreføring av prosjektene «Forebyggende helseteam» «Aktivitetsgruppe for unge overvektige» «Balansetrening», «Frisklivssentral» og tidlig kartlegging og tiltak i regi av demensteam.
2. Frigjøre ressurser: Økt innslag av tilrettelagte boliger hvor kommunen kan yte nødvendig bistand. Økt bruk av omsorgsteknologi. (ehelse og velferdsteknologi)
3. Tilpasset omsorgstilbud: Omsorgstrappa, kulturelle og religiøse endringer i samfunnet.
4. Trygge boliger: Økt innslag av universelt tilpassede boliger og omsorgsboliger (med kommunale tjenester).
5. Vennskap og trygghet: Etablering av seniorsenter med deltakelse fra frivilligheten.
6. Vennskap og trygghet: Samhandling med pårørende og frivillige lag og organisasjoner for å tilby best mulig livskvalitet for innbyggere med pleie- og omsorgsbehov.
7. Nettverksbygging: Besøksordninger og tilbud om deltakelse i lag og foreninger.
8. Samhandling med frivilligheten: Rekruttering av friske pensjonister til frivillig innsats. Aktivitetsgrupper for passiviserte grupper.
9. Hverdagsrehabilitering: Vektlegging av den enkelte brukers ressurser med sikte på størst mulig grad av selvhjelpenhet.

4 Mål for våre helse- og omsorgstjenester

Helhetlige og koordinerte tjenester av riktig kvalitet til kommunens innbyggere.

4.1 Målgrupper for omsorgsplanen

Innbyggere med behov for bistand fra hjemmebaserte tjenester, heldøgns institusjonsplass, rehabilitering, demensomsorg og tjenester fra konsulenten for funksjonshemmede.

4.1.1 Målgrupper for hjemmebaserte tjenester

- Innbyggere med behov for fysioterapi, ergoterapi, dagsenter, hjemmesykepleie, hjemmehjelp.
- Målgruppe fysioterapitjenesten: Personer som trenger habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon for å opprettholde og rehabilitere menneskers funksjonsevne, samt forebyggende oppgaver.
- Ergoterapitjenesten: Personer, som på grunn av skade eller sykdom har redusert funksjonsevne, har behov for opplæring og trening i dagliglivets aktiviteter samt tilpasning av bolig og hjelpemidler.
- Dagsenter (dagaktivitetstilbud): Målgruppen kan være hjemmeboende eldre som har behov for å komme seg ut fra en isolert tilværelse i hjemmet, som har behov for aktivisering og fellesskap, som har behov for dagtilbud på grunn av at pårørende er i arbeid eller har behov for avlastning, som på grunn av fysisk eller psykisk funksjonssvikt ikke kan nyttiggjøre seg tilbud om seniorsenter.
- Målgruppe hjemmesykepleien: Den som helt eller delvis ikke kan ivareta sin egen helse eller omsorg på forsvarlig måte har rett til hjelp fra hjemmebaserte tjenester. Hjemmesykepleie ytes til eldre, funksjonshemmede eller syke som ikke klarer å dra omsorg for seg selv i hjemmet og på den måten bidra til at den enkelte kan bo hjemme lengst mulig. Hjemmesykepleie ytes til personer som har behov for pleie og omsorg, behov for sårbehandling, behov for smertelindring, behov for hjelp til administrering av medisiner, behov for omsorg ved livets slutt, behov for oppfølging i forhold til rus og psykisk helse, behov for observasjon av sykdomsutvikling.
- Hjemmehjelp ytes til personer som ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie daglige gjøremål, slik at personen blir i stand til å bo i egen bolig til tross for nedsatt funksjonsevne. Hjemmehjelpen kan bidra med letter rengjøring og innkjøp av matvarer.

4.1.2 Målgrupper for ubemannede omsorgsboliger

- Målgruppen er både eldre og yngre med pleie- og omsorgsbehov, men hvor plass på sykehjem ikke er ønskelig. Det er her tilstrekkelig med den heldøgns pleie- og omsorgstjeneste som er etablert i kommunen.

4.1.3 Målgrupper for omsorgsboliger med betjening

- Omsorgsboliger kan planlegges som egne enheter eller som fellesskapsboliger. Målgruppen vil være den samme som over, men for personer med et større behov for kontinuerlig tilsyn, eksempelvis personer med demens eller annen ervervet skade/sykdom.

4.1.4 Målgrupper for korttidsplasser ved sykehjemmet

- Pasienter som trenger behandling etter sykehusopphold, kan få dette i korttidsenheten.
- Personer som trenger et rehabiliteringsopphold for å forbedre funksjonsnivået.
- Funksjonshemmede med midlertidig sykdom, kreftpasienter og andre pasienter med alvorlige kroniske lidelser og vekslende sykdomsforløp kan i perioder ha behov for ekstra tilsyn og behandling døgnet rundt.
- Personer som behøver utredning og observasjon, avklaring av enklere medisinske problemstillinger som samtidig krever kontinuerlig sykepleiefaglig observasjoner av pasientens helsetilstand, svingninger i sykdomsforløp for personer med kjent diagnose eller i forbindelse med justering av medisiner (i stedet for innleggelse på sykehus). Pasientens evne til egenomsorg kan utredes og behovet for framtidige tjenester og tjenestenivå vurderes.
- Personer med svekket allmenntilstand i forbindelse med sykdom, som har behov for observasjon før eventuell videresending til sykehus. Her skal man være oppmerksom på ekstra krav til både fagkompetanse, personell og medisinsk utstyr og at også eldre har rett til spesialisthelsetjeneste.

4.1.5 Målgrupper for langtidsopphold ved sykehjemmet

- Personer som har et varig, omfattende, døgkontinuerlig pleie- og omsorgsbehov, som ikke kan oppfylles tilstrekkelig i eget hjem eller annen tilpasset bolig. Dette er pasienter som trenger kontinuerlig tilsyn med omfattende sykepleie og medisinerings. Demenssykdommer forsterker også behovet for langtidsopphold.

5 STATUS FOR HELSE- OG OMSORGSTILBUDET

5.1 Koordinerende enhet:

BESKRIVELSE AV ENHETEN

Enheten har overordnet ansvar for koordinering av alle oppgaver og tjenester, herunder samhandling med Ahus, fastleger, pasienter og kommunens øvrige områder / virksomheter.

Tjenester som kan søkes, saksbehandles og tildeles:

- Institusjonsplasser (korttid, langtid, avlastning, rehabilitering, evt. barnebolig)
- Omsorgsboliger, trygdeboliger og kommunale utleieboliger
- Omsorgslønn
- Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
- Fysio- og ergoterapitjenester
- Individuelle planer (IP)

Koordinerende enhet for bestilling og tildeling av tjenester består av (faste medlemmer):

- Virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester (leder)
- Fagansvarlig for hjemmesykepleien
- 4 avdelingsledere ved sykehjemmet
- Fagansvarlig for fysio- og ergoterapitjenesten
- Sykehjemslegen

I tillegg møter følgende personer ved tildeling av boliger

- Representanter for teknisk område (Bolig og eiendom)
- Representanter fra NAV
- Virksomhetsleder for støttetjenester for voksne
- Fagansvarlig for Rus og psykisk helsetjeneste

Ved tildeling av omsorgslønn, BPA og IP møter følgende i tillegg til faste medlemmer:

- Fagansvarlig for hjemmehjelpstjenesten (saksbehandler omsorgslønn)
- Konsulent for funksjonshemmede (saksbehandler BPA og IP)
- Virksomhetsleder for støttetjenester for voksne

UNDERENHETER

Vedtaksteam i hjemmebaserte tjenester

Behandler og tildeler

- hjemmesykepleie
- hjemmehjelp
- dagsenterplass
- matombringing
- trygghetsalarm

Vedtaksteamet består av:

- Virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester
- Fagansvarlig for hjemmesykepleien
- Fagansvarlig for hjemmehjelpstjenesten
- Sykepleier fra hver sone (3)
- Leder for dagsentret

Vedtakssteam for støttetjenester for voksne:

Behandler og tildeler

- Støttekontakter
- Avlastning i private hjem og barnebolig
- Boveiledning
- Tjenester innen rus og psykisk helsetjeneste med dagsenter
- Plass på Kompetanse og Arbeidssenter Nannestad (KAN)

Vedtakssteamet består av:

- Virksomhetsleder for støttetjenester for voksne
- Konsulent for funksjonshemmede
- Fagansvarlig for boveiledertjenesten
- Fagansvarlig for Rus og psykisk helsetjeneste
- Fagansvarlig barnebolig
- Fagansvarlig KAN

5.1.1 Viktige utfordringer

Samhandlingsreformen innebærer kortere liggetid på sykehus/ spesialenheter gjør at yngre, voksne og eldre brukere blir tidligere utskrevet til kommunen. Dette krever mer ressurser og kompetanse for å imøtekomme disse brukerne.

5.2 Heldøgns tilbud

5.2.1 Status

Nannestad sykehjem har 80 plasser (inkludert korttidsplasser). I tillegg er 3 plasser tilgjengelig for ferdigbehandlede pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

Sykehjemmet er organisert som én virksomhet med seks enheter og fire avdelingsledere. En av enhetene i er spesialisert som skjermet enhet for demente. Dette er en mindre enhet med 8 plasser, hvor målet er at brukerne får et mer tilrettelagt og kvalitativt bedre omsorgstilbud. Sykehjemmet har eget kjøkken og vaskeri. Det er store grøntområder i tilknytning til sykehjemmet og det er også opparbeidet egen sansehage.

Sykehjemmet er en døgnkontinuerlig tjeneste, som har som sitt primære formål å gi helserettet heldøgns omsorg og pleie. Sykehjemmet har tilbud om korttidsopphold for en tidsbegrenset periode og langtidsopphold.

- Korttidsopphold benyttes i perioder for brukere som på grunn av sykdom trenger omfattende tilsyn og hjelp. Det kan være aktuelt i forbindelse med rehabilitering, avlastning eller overgangspleie ved utskrivning fra sykehus. I tillegg har enkelte behov for sykehjemsplass av kortere varighet i forbindelse med pleie ved livets slutt.
- Langtidsopphold er et tilbud til personer som har et varig, omfattende, døgnkontinuerlig pleie- og omsorgsbehov som ikke kan oppfylles tilstrekkelig i eget hjem eller omsorgsbolig.

Kommunen, ved koordinerende enhet, er tillagt ansvaret for å vurdere om helsehjelpen til den enkelte bruker skal gis som sykehjemsopphold eller i brukerens eget hjem i samsvar med BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).

5.2.2 Viktige utfordringer

Økt behov for sykehjemsplasser: Det er store utfordringer med hensyn til økt behov for plasser og kvalitet på tjenestene. Andelen eldre over 80 år vil øke sterkt, særlig i perioden fra 2020 fram mot år 2030. Behovet for sykehjemsplasser vil øke tilsvarende – dersom det ikke etableres alternative løsninger. Det bør derfor planlegges for at sykehjemmet har etablert økt kapasitet rundt 2020. Aldersgruppen 67-79 år vil mer enn fordobles. Også innen denne aldersgruppen er behovet for sykehjemsplasser til stede. Av våre 80 plasser på sykehjemmet disponeres i hovedsak 12 av plassene på dobbeltrom og 68 på enerom. Det er forskriftsmessige krav og forventninger fra innbyggerne om at pasienter skal få enerom når de kommer på sykehjemmet. Andelen sykehjemsplasser er på linje med gjennomsnitt i landet for øvrig. For å opprettholde denne andelen, bør planlegging av nye sykehjemsplasser igangsettes i nærmeste fremtid.

Behov for økt kvalitet: En målsetning med samhandlingsreformen er at tjenestene skal framstå som sammenhengende og planlagte. Samhandlingsreformen er på mange måter en kommunehelsereform. Kommunen og sykehjemmet vil få flere oppgaver og stort krav til kvalitet i stadig mer avansert behandling. Pasientene skal i størst mulig grad beholdes på sykehjemmet og få nødvendig behandling der. Når vi har pasienter med et mer sammensatt og kritisk sykdomsbilde, kreves det større grad av tetthet av pleiere med god og riktig kompetanse rundt pasienten. Det stilles også større krav til medisinsk utstyr.

Behov for økt kompetanse: En god omsorg for demente og de mer kompliserte behandlinger som skal gis på sykehjemmet, innebærer krav om økt kompetanse blant alle grupper av ansatte, høyere pleiefaktor og krav til sykehjemmets utforming.

Et økt behov for fremtiden vil gi oss utfordringer med å rekruttere fagpersonell. Et godt fagmiljø er viktig for å rekruttere flere faglærte personer.

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp og døgntilbud (KAD): Fra 2016 får kommunene ansvar for å etablere et lokalmedisinsk senter / helsehus. Øyeblikkelig hjelp med observasjonspost bør løses gjennom interkommunalt samarbeid. For videre behandling etter akuttfasen anses det som hensiktsmessig løsning å oppgradere vår korttidsenhet til å kunne ivareta disse pasientene. Det forutsetter at vi bruker økte samhandlingsmidler lokalt. Det forutsettes at den felles legevakt kan ivareta legetjenester på kveld, helg og høytid.

5.3 Kommunale boliger

5.3.1 Status

Omsorgsboliger: Bistand og omsorg gjorde i januar 2011 en kartlegging av dagens beboere i våre omsorgsboliger fordelt på alder, samt en kartlegging av innbyggere på venteliste, også fordelt på alder. Ved denne kartlegging var det 10 personer på venteliste for omsorgsboliger.

Dersom man framskriver kartlagt behov, beboere pluss innbyggere på venteliste, kan man basert på SSBs befolkningsframskrivning få en slik indikasjon på behovet fram mot 2030:

Dekning og behov for omsorgsboliger			
Alder	Antall beboere i omsorgsboliger fordelt på alder	Antall på venteliste for omsorgsboliger fordelt på alder	Behov for omsorgsboliger (beboere + venteliste)
20-29 år	2		2
30-39 år	3		3
40-49 år	7		7
50-59 år	4	1	5
60-64 år	4	2	6
65-69 år	3		3
70-74 år	4		4
75-79 år	2	3	5
80-90 år	21	4	25
90 år og eldre	12		12
Sum	62	10	72

Alder	Behov i aldersgruppen	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
20-29 år	0,2 %	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
30-39 år	0,2 %	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
40-49 år	0,4 %	7	7	7	8	7	8	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	7	7
50-59 år	0,4 %	5	5	5	5	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
60-64 år	1,0 %	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	9	9	10	10
65-69 år	0,6 %	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
70-74 år	1,3 %	4	4	5	5	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	9	9
75-79 år	2,2 %	5	5	5	5	5	6	7	7	8	9	10	11	11	12	12	11	11	11	11	11
80-90 år	8,5 %	25	25	25	24	25	25	25	25	26	27	29	30	33	35	39	44	47	51	54	56
90 år og eldre	18,2 %	12	13	13	13	14	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	13	14	14	15	16
Sum		72	74	75	75	78	79	80	82	84	86	89	92	96	98	103	108	112	117	122	125
	Akkumulert behov	10	12	13	13	16	17	18	20	22	24	27	30	34	36	41	46	50	55	60	63

5.3.2 Viktige utfordringer

Unge brukere med funksjonshemming trenger tilrettelagte boliger når de blir voksne. Det er derfor behov for nye boliger.

Eldre brukere og brukere med demens stiller særlige krav til utforming og bemanning av boliger.

Økt innsats for etablering av omsorgsboliger er det viktigste enkelttiltak for å redusere behovet for sykehjemsplasser.

5.3.3 Anbefalte løsninger

- I den nye serviceavtalen med Hjelpemiddelsentralen forutsettes det at kommunen har etablert et "boligteam". Dette er en tjeneste hvor bla. ergoterapeut skal delta (ved søknad om hjelpemidler til bolig for funksjonshemmede). "Boligteamet" skal bestå av fagpersoner som kan bistå med vurderinger og løsninger ved endring av bolig og ved planlegging av nye. Denne tjenesten bør inngå som en del av koordinerende enhet.
- Informere om utbedrings-, tilskudds- og låneordninger.

5.4 Hjemmebaserte tjenester:

5.4.1 Hjemmehjelpstjenesten

Hjemmehjelpstjenesten yter hjelp til selvhjelp og praktisk bistand, slik at brukeren kan fungere best mulig i eget hjem. Hjelpen kan for eksempel bestå av rengjøring av golv, sengeskift, vask av klær og innkjøp av matvarer.

5.4.2 Matombringning

Utkjøring av kald middagsmat 2 dager pr. uke. Det kan bestilles ut fra en meny til alle ukedagene.

5.4.3 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er en tjeneste som yter sykepleie for brukere i eget hjem. Tjenesten skal hjelpe brukere med et spesielt behov for helsehjelp, slik at de kan bo hjemme så lenge som mulig. Hjemmesykepleie ytes til eldre, funksjonshemmede eller syke som ikke klarer å dra omsorg for seg selv i hjemmet. Brukerne får hjelp til egenomsorg blant annet i form av stell, pleie eller observasjon:

- Hjelp til pleie og stell
- Tilrettelegging av måltider
- Hjelp til sårbehandling
- Hjelp til smertebehandling
- Hjelp til oppfølging og observasjon av foreskrevet medikamentell behandling
- Pleie og oppfølging til døende som ønsker å bli behandlet hjemme
- Hjelp til oppfølging i forhold til psykisk helse
- Observasjon av sykdomsutvikling

Hjemmesykepleien skal ha nært samarbeid med aktører innenfor andre helse- og sosialtjenester i kommunen og med helseinstitusjoner.

Viktige utfordringer:

Samhandlingsreformen innebærer økt kommunalt ansvar for ferdigbehandlede pasienter, noe som kan gi økte oppgaver i form av hyppigere behov og nye behandlingsoppgaver for tjenesten.

Utviklingen i forbindelse med Samhandlingsreformen kan antas å berøre hjemmesykepleien ved en forventning om at mer kompliserte sykepleieprosedyrer og pleie skal bli utført i brukernes hjem. Det kan også bli nødvendig at flere brukere får hyppigere tilsyn for at omsorgsnivået skal være forsvarlig, men at det fortsatt kan være lavere enn det man får ved institusjonsomsorg.

5.4.4 Fysioterapitjenesten

Den kommunale fysioterapitjenesten består av forebyggende virksomhet og av behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon.

Formål med fysioterapitjenesten er å rehabilitere og opprettholde menneskers funksjonsevne.

Deler av fysioterapitjenesten utøves i helsestasjon, i skole, i barnehage, på sykehjem, i omsorgsboliger, samt til pasienter som har behov for opptrening i forbindelse med overføring fra sykehus til eget hjem.

Fysioterapitjenesten er organisert både med fysioterapeuter i kommunale stillinger og med fysioterapeuter som driver privat praksis med avtale om driftstilskudd.

Fysioterapeutene har et nært samarbeid med andre faggrupper i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Viktige utfordringer:

Økt fokus på rehabilitering innebærer et økt behov for årsverk.

Kommunen har et kapasitetsproblem i forhold til rehabilitering av brukere som er for pleietrengende til at de får opptrening og rehabilitering ved ordinære rehabiliteringsinstitusjoner. Disse får i dag rehabilitering ved sykehjemmet. Det ansees også en fordel for brukerne å få tilbud om rehabilitering i hjemmet. Dette tilbudet kan bli redusert, dersom behovet øker.

5.4.5 Ergoterapitjenesten

Ergoterapitjenesten kan bidra med utredning, formidling og tilpasning av tekniske hjelpemidler for personer med funksjonsnedsettelse, slik at brukerne blir i stand til å kunne leve og bo i eget hjem. Ergoterapeuten kan gi opplæring og trening i dagliglivets aktiviteter (ADL) til personer som på grunn av skade eller sykdom har redusert funksjonsevnen. Ergoterapitjenesten kan også bidra med tilpasninger av boligutforming i forhold til krav om livsløpsstandard.

Viktige utfordringer:

Tjenesten bør utvikles i samsvar med tilgang på løsninger som kan avhjelpe funksjonssvikt for ulike brukergrupper. Dette innebærer behov for flere årsverk knyttet til installasjon, tilpasning og opplæring knyttet til ulike hjelpemidler.

- Boligtilpasning
- Hverdagsrehabilitering / ADL-trening
- Veiledning og hjelpemiddeltilpasning

5.4.5.1 Hjelpemiddelformidling:

Et hjelpemiddel skal bidra til å redusere praktiske problemer. Det kan være både personlig assistanse, et tiltak eller tekniske løsninger og det skal inngå som en del av en helhetlig plan.

Målgruppen er personer som trenger hjelpemidler som et nødvendig og hensiktsmessig tiltak for å kunne

- få løst praktiske problemer i dagliglivet
- kunne bli pleid i hjemmet
- fungere i barnehage, grunnskole, videregående skole og som lærling
- bli i stand til å skaffe seg eller beholde arbeid, eller gjennomføre utdanning og arbeidstrening

5.4.6 Ambulerende vaktmester

Er ansvarlig for utkjøring, montering og reparasjoner av hjelpemidler. Har også ansvar for oppfølging av leieavtaler m.m. i forhold til virksomhetens leasingbiler. Stillingen innebærer i

dag en del kjørevirksomhet for dagsentret, samt oppfølging og montering av alle trygghetsalarmer.

5.4.7 Trygghetsalarm

Trygghetsalarm er et hjelpemiddel som skal bidra til økt trygghet i hjemmesituasjonen og forebygge behov for andre tjenester. Det er en varslingstjeneste, hvor brukerne kan tilkalle hjemmesykepleien via alarmsentralen. Trygghetsalarmer kan installeres i private hjem, omsorgsleiligheter og bofellesskap.

5.4.8 Dagsenter

Dagsenteret mottar brukere til opphold om dagen, mens resten av dagen tilbringes i hjemmet. Dagsenteret gir blant annet tilbud om:

- Tilsyn
- Velferdstiltak
- Fysisk trening
- Forskjellige hobbypregede aktiviteter
- Sosialt samvær

Det grunnleggende prinsippet er at tilbudene skal hjelpe brukerne til å heve eller vedlikeholde sitt funksjonsnivå og gi dem en meningsfull tid i fellesskap med andre.

Ordningen med dagsenter er ikke lovhjemlet, men kommunen er forpliktet til å tilby brukere av tjenester tiltak som vil bidra til en mest mulig aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Dette i henhold til kvalitetsforskriften og et ledd i aktiv omsorg.

Viktige utfordringer:

Demente brukere bør få et eget dagtilbud og dette tilbudet bør utvides til kvelds- og helgetid.

6 UTFORDRINGER I PERIODEN 2014 - 2026

6.1 Demografisk utvikling

Nannestad er, som følge av de senere års store tilflytting, en kommune med ung befolkning. Kommuneplanen legger opp til en fortsatt sterk vekst, noe som vil bidra til at vi fortsatt vil en relativt mindre *andel* av de eldste aldersklassene enn andre kommuner i andre regioner.

Når det gjelder den eldre del av befolkningen, vil også Nannestad oppleve at de store kullene som ble født etter krigen når pensjonsalderen. Vår største utfordring de nærmeste årene er derved å sørge for at aldersgruppen 67- 79 år holder seg frisk så lenge som mulig, slik at de kan opprettholde en god funksjonsevne til glede for seg selv og samfunnet.

6.1.1 Antall innbyggere i relevante aldersgrupper

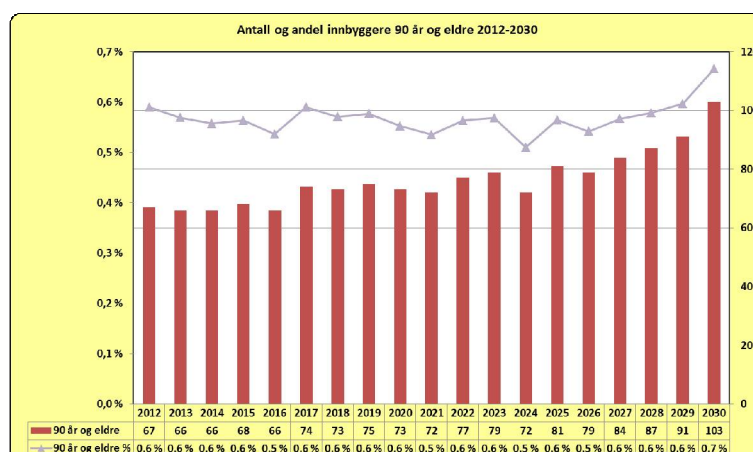
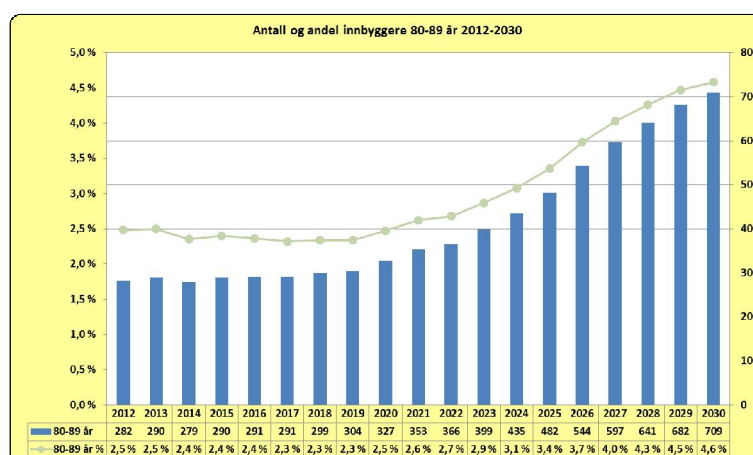
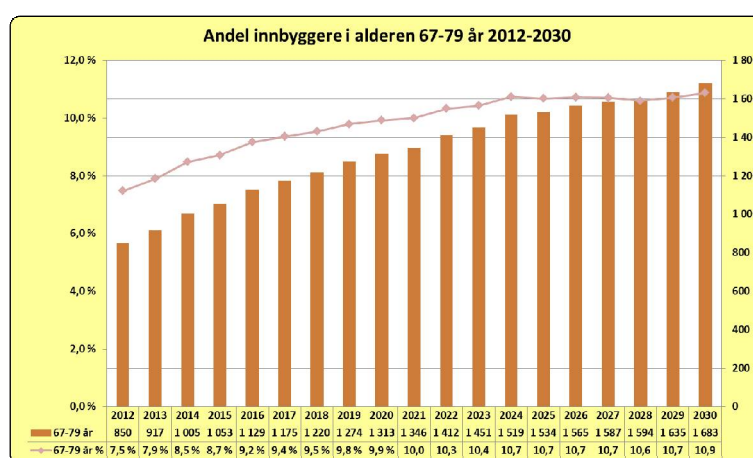
Aldersgruppen 67-79 år forventes, i henhold til Statistisk sentralbyrås prognose fra 2012, å øke fra drøyt 850 personer i 2012 til drøyt 1.550 personer i 2026. Aldersgruppen vil da utgjøre 10,7% av den samlede befolkning, mot 7,9% i dag.

Aldersgruppen 80 – 89 år, vil den øke med ca. 90% fra ca. 290 i 2013 til ca. 540 personer i 2026. Den største veksten i denne gruppen vil komme etter 2020. Andelen av befolkningen i denne aldersgruppen vil stige fra 2,5% i 2012 til 3,7% i 2026.

Tilsvarende vil veksten for aldersgruppen 90 år og eldre stige fra 66 i 2013 til 79 i 2026.

Andelen av befolkningen i denne aldersgruppen vil ligge mellom 0,5 og 0,6 prosent i planperioden

Dersom vi får en sterkere vekst i totalbefolkningen enn det SSB forutsetter, vil disse andelen være lavere, men antallet i aldersgrupper med forventet pleiebehov vil være stort sett det samme.



6.2 Dekningsgrader – framskrevet til 2025

Nannestad kommune disponerer per 2014:

- 42 omsorgsboliger – dekningsgrad tilvarende 3,9% av antall innbyggere 67 år og eldre
- 80 sykehjemsplasser – dekningsgrad tilsvarende 22,9% av antall innbyggere 80 år og eldre

Ar	Status	Prognose															
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Innbyggere 67-79 år	754	806	872	941	1 016	1 066	1 144	1 194	1 233	1 288	1 321	1 349	1 408	1 438	1 501	1 514	1 537
Innbyggere 80 år og eldre	354	360	366	368	359	371	363	368	369	375	390	415	430	465	489	534	589
Innbyggere 67 år og eldre	1 108	1 166	1 238	1 309	1 375	1 437	1 507	1 562	1 602	1 663	1 711	1 764	1 838	1 903	1 990	2 048	2 126
Akkumulert behov for sykehjemsplasser	0	1	2	3	1	3	2	3	3	4	7	12	15	22	27	36	47
Akkumulert behov for omsorgsboliger	0	2	5	8	10	13	15	17	19	21	23	25	28	30	34	36	39

Dersom man skal opprettholde dagens dekningsgrad av omsorgsboliger og sykehjemsplasser, innebærer det at det må etableres 39 nye omsorgsboliger i perioden fram mot 2026

Per dato har man etablert et sykehjemstilbud med 16 rom per avdeling. Dersom man viderefører dagens dekningsgrad og denne størrelsen på avdelingene, bør man ha etablert én ny avdeling i 2020, én avdeling i 2023 og den siste avdelingen rundt år 2025. Planen inneholder en alternativ strategi med økt vekt på hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger, samt kapasitetsøkning innenfor dagens bygningsmasse på sykehjemmet.

Framskrivning av behov

En framskrivning av behov ut fra dagens dekningsgrader innebærer at innbyggernes helsetilstand og pleie- og omsorgsbehov er lik dagens situasjon. Imidlertid *kan* behovet øke noe mindre enn veksten i disse aldersklassene forutsatt slike faktorer:

- Kommunen lykkes i sin satsing med folkehelse og forebyggende arbeid, slik at innbyggerne beholder god helse lengre i livsløpet.
- Kommunen lykkes med å legge til rette for et økt tilbud av boliger og uteområder med universell utforming, slik at innbyggerne kan bo lengre i egen bolig.
- Bedret privat økonomi blant eldre innbyggere *kan* utløse initiativ knyttet til et økt innslag av private omsorgstilbud. Dette vil i så fall innebære at kommunen ikke lenger vil være enerådende når det gjelder etablering og drift av slike tjenester.

6.2.1 Framskrivning av kostnader

Nannestad kommune hadde i 2012 ca. 138 mill. kr i brutto driftsutgifter for tjenester knyttet til pleie og omsorg. En ren volumframskrivning mot 2026 innebærer at disse kostnader øker til med ca. 40 mill. kr. I tillegg vil det kunne komme ekstra kostnader knyttet til standardheving på tilbudet og ekstra lønnskostnader knyttet til dette tjenesteområdet, j.fr. mål om likelønn mellom yrker innen privat (ingeniører) og offentlig (sykepleiere) sektor.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Brukerbetaling for praktisk bistand	kr 707 000	kr 732 000	kr 835 000	kr 869 000	kr 1 061 000	kr 1 406 000	kr 1 571 000	kr 1 791 000	kr 1 815 000
Brutto driftsutgifter for praktisk bistand	kr 31 164 000	kr 36 584 000	kr 39 351 000	kr 45 816 000	kr 53 127 000	kr 57 679 000	kr 63 481 000	kr 64 427 000	kr 71 618 000
Brukerbetalinger i % av brutto driftsutgifter	2,3%	2,0%	2,1%	1,9%	2,0%	2,4%	2,5%	2,8%	2,5%

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Brukerbetaling, institusjon	kr 7 388 000	kr 7 049 000	kr 7 238 000	kr 7 614 000	kr 8 242 000	kr 8 595 000	kr 8 783 000	kr 9 566 000	kr 10 210 000
Korrigerte brutto driftsutgifter, pleie i institusjon	kr 46 770 000	kr 42 053 000	kr 43 955 000	kr 46 315 000	kr 51 717 000	kr 51 515 000	kr 54 736 000	kr 58 370 000	kr 66 694 000
Brukerbetalinger i % av brutto driftsutgifter	15,8%	16,8%	16,5%	16,4%	15,9%	16,7%	16,0%	16,4%	15,3%

Brukerbetalingen fra beboerne utgjorde i 2013 drøyt 15% av brutto driftsutgiftene for våre institusjonsplasser. Denne andelen har ligget relativt flatt i perioden fra 2004 til 2012. Man må forutsette at den generasjonen som flytter inn på sykehjem etter 2020 i større grad har tilleggspensjoner ut over folketrygdens minstepensjon, slik at dekningsbidraget fra beboerne vil øke.

6.3 Forebygging, mestring og livskvalitet

- styrket innsats av hjemmesykepleien
- utbygging av omsorgsboliger
- etablering av forsterket korttidsenhet ved pleie- og omsorgssenteret
- dagsenter for eldre
- forbyggende helseteam med hjemmebesøk til de over 75 år
- hverdagsrehabilitering
- dagsenter for demente
- pårørendeskole
- seniorsenter
- fallforebygging med balansegrupper og strøing av sand
- styrket innsats på korttidsenheten (tidligere bofellesskapet)

6.4 Kommunens ansvar for forebyggende helsearbeid

Statlig lovverk pålegger alle kommunens virksomheter et ansvar for å drive forebyggende helsearbeid. Ansatte i hjemmetjenesten og i sykehjem er viktige utøvere av dette arbeidet. For å kunne bidra til å forebygge sykdommer, funksjonstap og nedsatt livskvalitet, må helsepersonell ha kunnskaper om de enkelte tilstandene og om hvordan de best mulig skal kunne forebygges og behandles. I forebyggende helsearbeid er det ikke slik at de eldre selv oppsøker tjenestene og etterspør forebyggende tiltak. Derfor er det viktig å organisere systemer som fanger opp de som kan ha nytte av forebyggende tiltak og sette disse tiltakene i verk.

Forebygging satt i system baserer seg på to prinsipper. Det ene er å påvirke med hensyn til livsstil, for eksempel kost og mosjon. Eksempel er eldresenter, dagsenter og trimgrupper for eldre. Det andre prinsippet er å fange opp personer som har risikofaktorer for sykdom eller andre problemer som kan være en trussel for god helse, funksjon og livskvalitet. Systematiske hjemmebesøk, fastlege og hjemmesykepleien har viktige roller når det gjelder å vurdere risiko og identifisere problemer før de utvikler seg til alvorlige tilstander.

Eksempel på forebyggende tiltak som kan rettes mot alle eldre:

- Informasjonsmateriell
- Dagsenter/ eldresenter
- Trimgrupper for eldre
- Systematiske hjemmebesøk

Systematiske hjemmebesøk til eldre over 75 år

Nannestad kommune startet prosjektet - ”Forebyggende hjemmebesøktjeneste til alle over 75 år” - med systematiske hjemmebesøk fra 01.09.2011. Hensikten med besøkene er å skape trivsel og trygget ved å:

- Bidra med råd og veiledning om helsebevarende og forebyggende tiltak
- Informere om aktiviteter og aktivitetstilbud i nærmiljøet
- Informere om hvilke tjenester som finnes i kommunen
- Bidra til anskaffelse av nødvendige hjelpemidler og tilrettelegging
- Oppdage eldre med omsorgsbehov på et tidlig stadium ved fysisk eller mental svikt

Viktige utfordringer:

Gi god informasjon om viktigheten av å skaffe seg gode mosjonsvaner i et ellers så stillesittende samfunn.

6.4.1 Folkehelse

Etter den nye loven om folkehelsearbeid er det ikke bare kommunehelsetjenesten som skal har ansvar for folkehelse i kommunen, men alle som utfører kommunalt arbeid.

I Folkehelseloven § 4. heter det om kommunens ansvar for folkehelsearbeid at kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Viktige utfordringer:

Kommunen skal jobbe med folkehelse i et langsiktig perspektiv. De viktigste oppgaver vil da ligge innenfor helsefremmende tjenester. Dette skjer ved at det tilrettelegges for gode leve og oppvekstvilkår. Deretter kommer primærforebygging. Dette skjer fra barselstid, gjennom helsestasjon og skolehelsetjeneste.

6.4.2 Skader og ulykker i hjemmet

Tre av fire ulykkeskader blant eldre som behandles av helsevesenet, skyldes fall. Fire av ti alvorlige ulykkeskader hos eldre resulterer i lårhalsbrudd. Fall hos eldre skyldes halvparten indre og halvparten ytre årsaker.

Tjenestetilbud som kan medvirke til forebygging av skader og ulykker i hjemmet:

- Trimgrupper organisert av fysioterapeut/ gågrupper for eldre
- Matutkjøring, hjelp til ernæring fra hjemmesykepleien,
- Systematiske hjemmebesøk
- Ergoterapi og bistand fra ambulerende vaktmester for tilpasning av fallforbyggende tiltak i hjemmet
- Dagsentertilbud for fysisk aktivitet og ernæring

6.4.3 Boliger - universell utforming inne og ute

Statlige føringer for økt tilgjengelighet gjennom universell utforming sikter mot å bedre tilgjengeligheten for alle og har særlig fokus på personer med nedsatt funksjonsevne.

Dette innebærer at nye bygninger og uteområder skal være slik utformet at de er tilgjengelige for alle. Universell utforming vil kunne forebygge skader og bidra til at våre innbyggere i større grad kan bo i egen bolig, selv om innbyggeren pådrar seg skade eller funksjonshemming. En universelt utformet bolig vil kunne bidra til at våre innbyggere i større grad kan motta tjenester i hjemmet, og på den måten utsette eller hindre behov for omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

6.5 Aktiv omsorg

Et av hovedformålene i ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er å ”sikre at den enkelte får muligheten til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre”. Dersom brukeren har rett til helse- og omsorgstiltak etter loven, har kommunen plikt til å tilby dette. Helse- og omsorgstiltak skal bidra til at både

hjemmeboende og de som er innlagt i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie, får en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Dette betyr at kommunen skal yte et egnet tjenestetilbud til brukerne, slik at de i så stor grad som mulig kan ta del i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, holde seg orientert og være aktiv med utgangspunkt i egne engasjement og interesser. Tilbud om dagaktiviteter blir derfor å anse som en del av det kommunale tjenestetilbudet.

Godt utbygde dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester, kan i mange tilfeller bidra til å forhindre eller utsette sykehjeminnleggelse. Slike tilbud kan også være avgjørende avlastningstiltak for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon. Dagaktivitetstilbud har stor betydning for mennesker med ulike demenslidelser og andre med langvarige og sammensatte sykdomsforløp eller nedsatt funksjonsevne.

Demensplanen mot 2015 legger vekt på dagtilbud og tilrettelagte aktiviteter som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud til personer med demens. Planen legger opp til at kommunene bør kunne tilby tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, som dagsentertilbud eller i sykehjem. Omsorgstjenesten forventes å ha økt vekt på aktivisering, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. I tillegg skal trivselstiltak, hverdagslivets aktiviteter, måltider og kultur ha større oppmerksomhet.

6.5.1 Kulturelle tilbud

Kulturtiltak og tilgjengelighet til kulturtilbud er et viktig element i en helhetlig omsorgstjeneste.

Tiltak forankret i kunst og kultur er med på å gi opplevelser i fellesskap som kan øke livskvalitet og trivsel hos både hjemmeboende og sykehjemsbeboere. Kulturelle tiltak kan formidle inntrykk, tanker og opplevelser og kan ha forebyggende og behandlende effekt hos både demente og åndsfriske brukere. Musikk og fysisk aktivitet kan medvirke til å øke livskvalitet og trivsel for alle brukere.

En viktig del av arbeidet med kultur- og aktivitetstilbudet er å legge til rette for samarbeid med pårørende, kultursektoren, barnehager og ulike frivillige organisasjoner. Gjennom samarbeid med kultursektoren, kan det for eksempel legges til rette for kunst- og kulturformidling og det kan oppnås mer aktivitet på tvers av generasjoner.

6.5.2 Seniorsenter

Seniorsenter kan være et helsefremmende og forebyggende tilbud som kan bidra til at eldre holder seg aktive og lever lengre og bedre hjemme. Videre kan det fremme frivillig innsats, helse og livskvalitet.

Senteret kan ha tiltak for å inspirere eldre til å holde seg fysisk og mentalt aktive, ha et godt kosthold og være engasjert i lokalmiljøet. Her nevnes noen gode grunner for å etablere eldresenter i Nannestad:

- Fellesskap
- God mat
- Trimtilbud
- Helseinformasjon
- Aktivitets- og kulturtilbud

Frivillig innsats kan stå sentralt i senterets virksomhet, og kan dermed bidra til at senteret blir svært kostnadseffektiv i drift. Eldres kunnskap og ressurser trengs i lokalmiljøet. "Eldre

hjelper eldre"- tiltak. Eldres ressurser, kompetanse og interesser etterspørres og verdsettes, og den psykiske velværen kan øke både hos de som gjør innsatsen og hos de som kan få gleden av hjelpen.

Viktige utfordringer

Avklaring av muligheter til etablering og drift av seniorsenter.

6.6 Demens

Minst halvparten av de som er rammet av demens, bor i eget hjem. Demenssykdom kan ramme både eldre og yngre personer. Man antar at antall personer med demens vil øke. De aller fleste vil være avhengig av tilrettelagte tjenester. Det er et mål også for demente at man skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem. Det er en utfordring å tilrettelegge disse tjenestene slik at både brukeren og de pårørende opplever trygghet og sikkerhet.

6.6.1 Diagnostisering

Brukerne skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens. Det skal også være utviklet et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten.

6.6.2 Dagtilbud

Demens: Andelen demente i sykehjem anslås til å være 80%. Det er 8 plasser på en skjermet enhet til demente på sykehjemmet i dag. Det er startet med demensutredning av pasientene. Dette er viktig for å kunne gi et så godt tilbud som mulig og er i tråd med Demensplan 2015: Når demensplan er gjennomført i 2015 ”- skal den enkelte bruker være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens”.

Nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at spesielt tilrettelagte dagaktivitetstilbud kan være kostnadseffektive og gi hensiktsmessig avlastning for familien og bidra til å forebygge og utsette behov for sykehjemsplass.

6.6.3 Pårørendeskole demens

Demens rammer ikke bare den syke selv, men utfordrer også den dementes nærmeste. Opplevelsen av at en av ens nærmeste blir syk, gir ofte følelsesmessige og praktiske utfordringer i hverdagen.

Målet med pårørendeskolen er å gi pårørende til personer med demens økt kunnskap om sykdommen, samt å gi helsepersonell innsikt i deres situasjon. Kunnskap kan gjøre det lettere å takle uvante situasjoner som oppstår når en har omsorgen for en dement. Med kunnskap øker mulighetene til å opprettholde gode relasjoner, både til den demente og til omgivelsene.

Slik vil samværet med den demente, enten hun/han bor hjemme eller på institusjon, få bedre kvalitet.

Et annet ønske er å informere om hvilke tjenester som finnes, hvilke rettigheter brukere og pårørende har og hvordan en kan få tilgang til hjelp og bistand. På informasjonsmøtene kan deltakerne blant annet få kunnskap om sykdommen, diagnostisering, rettigheter, støtteordninger og kommunale tilbud.

Tema på gruppesamtalene kan være:

- Endring av hverdagsliv og roller

- Følelsesmessige endringer, apati, irritabilitet, sinne og depresjon
- Tiltak knyttet til adferd og følelser
- Kommunikasjon og samhandling
- Positive opplevelser, gode øyeblikk
- Hvordan ta vare på seg selv
- Tiden som kommer

Det er gode erfaringer med interkommunalt samarbeid om pårørendeskole. Her er det naturlig å tenke ØRU. Kommunene har nær geografisk beliggenhet og kan lett alternere med hensyn til arrangementssted og hovedansvar for gjennomføringen.

6.6.4 Anbefalinger – demens

Det er behov for å øke andelen plasser spesielt tilrettelagt for demente. Små enheter, stabilt personale, tydelige omgivelser og tilrettelagt miljø og aktiviteter er faktorer som skal være tilstede for å gi kvalitet på tilbudet.

Når demensplan er gjennomført i 2015 *"-skal nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger som er bygdvære tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og fysisk og kognitiv svikt."*

Støtte og veiledning til pårørende (og ansatte): Det kan være en stor utfordring å sikre at pårørende får tilstrekkelig informasjon, samt at kommunehelsetjenesten kommer tidsnok inn i bildet. Pårørende (og ansatte) trenger kunnskap om sykdommen, aktuell behandling og tilgjengelige støtte- og hjelpetiltak

Tiltak

- dagsenterplasser
- tilrettelagte omsorgsboliger med bemanning
- hjemmebesøk til innbyggere over 75 år – ”tidlig inn” – forbygge behov for helsetjenester
- innføre prosedyre for diagnostisering – kosthold - ernæringsstatus
- bruk av tekniske hjelpemidler
- forebygging av brann og ulykker
- kompetansebygging
- mellommenneskelige kommunikasjonsferdigheter og styrket dialogkompetanse i demensomsorgen
- beholde og rekruttere personale i hjemmesykepleie/ sykehjem
- riktig plassering i skjermet enhet
- individuell plan ved behov for tjenester som må koordineres
- samarbeid med frivillige
- pårørendeskole – samtalegruppe – opplæring av kursledere – program og materiell utarbeides sentralt
- demensteam

Ønsket resultat jfr. Demensplan 2015:

- et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsentertilbud
- omsorgstjenesten skal ha et større faglig repertoar å spille på, med økt vekt på aktivisering, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid
- økt oppmerksomhet på kultur, trivselstiltak, måltider og hverdagslivets aktiviteter

6.7 Kapasitet og kompetanse

Demografiske framskrivninger viser at framtidens brukere vil bli flere. De kan ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, og de kan også ha andre ressurser til å mestre dem. I større grad enn i dag vil de være vant til og forvente å kunne bestemme over egen tilværelse.

Tallet på eldre over 80 år øker, og den sterke veksten skjer rundt 2020. En høyere levealder og flere eldre vil føre til økt kompetansebehov om aldring med spesielt fokus på demens.

Stortingsmelding nr. 25 sier at det vil bli behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Spesielt gjelder dette mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske problemer.

På grunn av store og økende endringer, vil det ikke skje tilsvarende økning i tilgangen på arbeidskraft. Samhandlingsreformen krever også at kompetansen i kommunesektoren styrkes betraktelig. En bred satsing er nødvendig for å få dette til. Den største utfordringen for området i de nærmeste årene vil være å skaffe tilveie nok fagutdannet arbeidskraft. Det vil være viktig for Nannestad å benytte den relativt stabile perioden fram til 2018 til å bygge opp nødvendig kompetanse. I dette arbeidet bør det vektlegges tverrfaglig kompetanseheving, kvalitetsarbeid og organisasjons- og ledelsesutvikling.

Arbeidet med å styrke den faglige kompetansen, særlig med tanke på høyskoleutdannet personale med spesialkompetanse, er av de viktigste strategier for å styrke kvaliteten på tjenestene. Dette er også en forutsetning for å sikre god ressursutnyttelse. Å ha et godt fagmiljø og et godt omdømme er den beste måten å sikre rekrutteringen til området. Det bør arbeides mer mot ungdom for å få disse til å velge en karriere innen helse- og omsorgsykker. Viktig tiltak her er sommerjobbtillbud til ungdom mellom 16 og 18 år, hvor disse arbeider i tillegg til ordinær feriebemanning og fremme kvalitet og kompetanse ved å tilby flere lærlingeplasser.

Videre er det viktig å videreutvikle tett samarbeid med videregående skoler og NAV og også drive markedsføring opp mot de ulike skolemiljøene. Det store behovet for kompetanse innebærer også at området må bygge opp gode arbeidsgiverstrategier.

Det er viktig med oppmerksomhet på å styrke kompetansen og beholde de som allerede er sysselsatt.

6.8 Rehabilitering / habilitering

Målgruppen for rehabilitering og habilitering er alle som har medfødt eller ervervet varige eller langvarige problemer med kroppsfunksjoner og aktivitetsutfoldelse, og som trenger bistand for å kunne nå sine mål knyttet til hverdagsliv og samfunnsliv. Dette er personer med medfødt eller tidlig ervervet varig funksjonsnedsettelse, akutt skade eller sykdom som medfører varig eller langvarig funksjonsnedsettelse, kronisk helsetilstand med varierende eller tiltagende funksjonsnedsettelse.

Brukerperspektivet er sentralt i prosessen og forutsetter at brukeren deltar aktivt i å utforme mål for rehabiliteringen og å være med på å velge hvilke tiltak som velges.

Rehabilitering er en utpreget tverrfaglig aktivitet, der personell med ulik profesjonell bakgrunn deltar. Fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger, sykepleiere og annet helse- og sosialfaglig personell er sentrale aktører.

6.8.1 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering innebærer at de som mottar hjemmesykepleie, eller annen bistand, trenes opp til å bli mer selvhjulpne. Treningen foregår i eget hjem og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter.

I stedet for bare passivt å sette inn kompensierende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn nye ressurser i starten, i håp om å bryte en ond sirkel og hindre eller redusere konsekvensene av videre negativ utvikling.

Brukerens eget hjem har optimale forutsetninger for opptrening som er praktisk innrettet ut fra de funksjoner de fleste har ønske om å klare på egen hånd. At hjemmet er en bra plass for rehabilitering beror også på at de fleste kjenner seg trygge når de er hjemme og kan bevege seg innenfor egne rutiner og rytmer, og forholde seg til kjente omgivelser og utfordringer i dagliglivet.

6.8.2 Utfordringer - rehabilitering

Plasser til rehabilitering: Det er krav om plasser til rehabilitering. Ingen plasser er pr i dag øremerket rehabilitering. Pasienter legges også inn på sykehjemmet nå med behov for rehabilitering etter hjerneslag, lårhalsbrudd, hjerte- lungelidelser, kreft m.m. Men det er ikke egne plasser, opprettet eget team eller standardiserte prosedyrer i sykehjemmet for rehabilitering. Et tilrettelagt rehabiliteringstilbud krever en større tetthet av personale med kompetanse og øremerking av egne korttidsplasser til formålet.

6.8.3 Anbefalinger – rehabilitering

- Øremerkede korttidsplasser til rehabilitering, konsentrert på én avdeling
- Personale som ønsker å jobbe tverrfaglig og som innehar kompetanse
- Økt ergoterapiressurs som kan bidra med ADL-trening, hjemmebesøk og tilrettelegging i hjemmet

6.9 Palliativ omsorg

Palliativ omsorg skal ivareta brukere som er i livets siste fase. Deres ønsker og behov skal så langt som mulig imøtekommes, slik at de får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Tilbudene innebærer lindring av fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, samt tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige / eksistensielle behov.

Den enkelte skal få hjelp til å leve best mulig i egne omgivelser, med minst mulig angst og fysiske plager, og til å møte døden på sine egne premisser. Når pasienten ønsker det, skal det så langt som mulig legges til rette for å yte nødvendige tjenester og forsvarlig hjelp i pasientens eget hjem.

Viktige tiltak vil blant annet være:

- God sykepleie
- Kreftsykepleier / koordinator
- Symptomlindring
- God informasjon til pasienten, pårørende og personell
- Menneskelig trygghet og nærhet

Det er en del forutsetninger som må være på plass for at pasienter som er i livets siste fase skal kunne få et fullverdig tilbud og meningsfull hjelp av kommunehelsetjenesten. Det stilles krav til faglig kompetanse, personale som har evner og personlighet i forhold til oppgavene, organisering, tilgang på utstyr og systemer som ivaretar godt og hensiktsmessig samarbeid.

6.9.1 Palliativ omsorg – viktige utfordringer

Palliativ enhet i sykehjem:

Palliativ enhet innad i sykehjemmet skal være øremerket for å ta seg av den palliative pasient og dennes pårørende. ”Enheten” skal gi et tilbud til pasienter som trenger palliativ behandling, pleie og omsorg utover det en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby. Den palliative enheten må ha et nært samarbeid med hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten.

Det må tas hensyn til at pasient og pårørende må kunne være sammen og kunne være uforstyrret. Det er viktig at personalet er tilgjengelig og har tid. Det skal i rimelig grad legges til rette for at den nærmeste pårørende gis en aktiv og medbestemmende rolle i pleien.

Behovet for palliativt tilbud er økende. Drift av en palliativ plass innebærer en merkostnad da det trengs mer personale, mer kostbart teknisk utstyr og dyre medikamenter og ernæringsprodukter. Dette er viktig for å sikre at pasienten får en verdig avslutning på livet og at pårørende blir ivaretatt på en god og trygg måte.

6.9.2 Anbefalinger – Palliativ omsorg

- Styrke kompetanse i hjemmesykepleien for å imøtekomme pasienters ønske om å tilbringe livets siste fase i eget hjem
- Etablere plasser for pleie ved livets slutt på sykehjemmet
- Økt tilgang til leger og sykepleiere med særskilt kompetanse innen lindrende behandling

6.10 Samhandling

Mange som opplever sykdom eller skade og som har behov for hjelp fra flere ulike hold over lenge tid, melder tilbake at helsetjenesten fremdeles har et stykke å gå før en kan si at samhandlingen er god nok.

Det er derfor en klar målsetting at Bistand og omsorg fortsatt må legge til rette for samarbeid på tvers av fag, områder og forvaltningsnivå. Særlig ser en at disse utfordringene er tydelige innen rehabilitering og rus/psykiatri.

Rehabilitering er ikke avgrenset til den medisinske helsen til en bruker, men prøver å favne helheten i livet ved å se på ressurser og muligheter både fysisk, psykisk og sosialt. Dermed er tilgjengelighet og bosted, nærmiljø, kulturtilbud og friluftstilbud eksempel på ulike områder som rehabiliteringsprosessen kan omfatte.

For at dette skal lykkes, må det etableres gode rutiner og møteplasser for utvikling av samarbeid mellom ulike faggrupper, ulike områder og på tvers av forvaltningsnivå.

Utvikling av felles ideologi og kompetanse er viktig for å skape gode samarbeidsarenaer. Særlig viktig er samarbeidsformer som sikrer kontinuitet i tjenestetilbudet til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Langsiktig planlegging vil være vesentlig både for brukeren, pårørende og tjenesteapparatet slik at det ikke oppstår problem i overgangsfasene. Individuell plan og bruk av koordinerende team er viktige verktøy i denne sammenheng.

6.10.1 Samhandling i ØRU

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene får større ansvar for det totale helsearbeidet i samfunnet. Ideen er å skape en bedre koordinering av tiltak og tilbud, fra det forebyggende via det behandlende til det lindrende i livets siste fase. Kommunene vil få et større ansvar etter den nye modellen. Nye oppgaver og økt ansvar innebærer at det må søkes samarbeid

over kommunegrensene for å kunne etablere og drifte de mest kostnads- og kompetansekrevede tjenestene.

Lokalmedisinsk senter og legevakt er de viktigste tiltakene hvor Nannestad er avhengig av et regionalt samarbeid for å kunne tilby innbyggerne gode tjenester på en kostnadseffektiv måte.

6.10.2 Samhandling i Nannestad

Det er viktig at alle innbyggere blir ivaretatt ved utarbeidelse av kommunedelplaner og temaplaner. Eksempler på plandokumenter som kan påvirke eldres og funksjonhemmedes livskvalitet og aktivitet kan være:

- Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet
- Trafikksikkerhetsplan:

6.11 Legetjenester

Nannestad kommune har 8 fastlegehjemler. Fastlegene kan pålegges inntil 7,5 timer per uke til kommunalt arbeid for kommunen. I samhandlingen er det påpekt at denne ressursen skal brukes til økt forebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Kommunen bruker i dag legene på helsestasjonen og på sykehjemmet.

6.11.1 Legetjenester på sykehjemmet

Nannestad kommune har tilsatt en lege i full stilling ved sykehjemmet, noe som er nær i samsvar med det nasjonale mål for slik tjeneste.

6.12 Frivillige

Det er mange forskjellige aktører som er engasjert i frivillighetstjenester rettet mot eldre i kommunen i dag og som yter et uvurderlig bidrag. Verdien av denne omfattende ulønnede innsatsen er enorm.

Frivillig arbeid kan også gi den enkelte mulighet til å bruke og utvikle seg selv, føle seg nyttig og få mening i tilværelsen.

Økningen av eldre vil i tillegg til at vi får mange flere syke, også kunne innebære et økende antall friske eldre med god helse. Disse menneskene som har avsluttet sine yrkeskarriere, og som har mindre omsorgsforpliktelser enn de hadde tidligere i livet, kan kanskje rekrutteres til frivillighet innenfor framtidens eldreomsorg.

En frivillig kan aldri erstatte den profesjonelle, men de frivillige må føle at de blir satt pris på, og sammen kan de utfylle hverandre.

Det er også i dag en stor avstand mellom yngre og eldre mennesker, og da særlig er det stor avstand til de mest skrøpelige eldre på sykehjemmet. Denne adskillelsen er uheldig, og integrering av eldre og unge er viktig framtidig virkemiddel både for å få barn til å bli kjent med de eldres ønsker og behov, og for å heve så vel de gamle som de unges livskvalitet.

Målet må også være å styrke den frivillige innsatsen overfor hjemmeboende eldre i framtiden. En frivillig bør få tilbud om å få hevet sin kompetanse. Dette kan for eksempel være kurs i etikk, palliativ omsorg, kommunikasjon, diagnoser og løfteteknikker under veiledning av lege, prest, fysioterapeut og erfarne frivillige m. fl.

Det kan også på sikt etableres gode samarbeidsavtaler og faste samarbeidsmøter. Dette er også i tråd med hva blant annet Pleie- og omsorgsplanen 2005-2015 legger opp til. (St.meld. nr.25). At en ansatt, eksempelvis på sykehjemmet, som ønsker å ta på seg rollen som

frivillighetskoordinator, kunne ha medvirket til en mer stabil organisering og oppfølging, spesielt med tanke på en kontinuerlig undervisning og ivaretagelse av de frivillige.

Med økt satsing på god rekruttering, organisering, opplæring og oppfølging kan frivillige i alle aldre være med på å møte utfordringene i framtidens eldreomsorg i kommunen.

6.12.1 **Anbefalinger – Frivillige**

- Frivillighetskoordinator
- Undervisning og opplæring av frivillige

6.13 **Ny teknologi**

Med velferdsteknologi menes alle typer teknologi som har et brukerperspektiv, og som har som formål å bedre kvaliteten av velferdstjenester via økt mulighet for selvhjulpenhet, uavhengighet og verdighet for mottakere av helse- og omsorgstjenester.

Omsorg skal ikke erstattes av teknologien, men teknologien har gode bruksområder. Dersom en for eksempel kan ha en robotstøvsuger til å rengjøre golvet, så kan man frigjøre personalressurser til andre viktige oppgaver som kommer brukerne til gode.

Det er også andre ulike løsninger som kan være aktuelle å benytte. Kroppssensorer for å overvåke helsetilstand, GPS-teknologi som kan spore opp personer med svekket orienteringsevne, videreutvikling av trygghetsalarmer, toveis kommunikasjon med bildeoverføring mellom hjemmeboende, helsepersonell og pårørende er blant de tekniske løsningene som det kan være aktuelt å vurdere.

De ansatte i hjemmetjenesten benytter seg av personlig digital assistent (PDA). På den har hjemmesykepleien journal og oppslagsverk tilgjengelig. Rapport fra hjemmebesøk journalføres på stedet. Slik spares tid, og sjansen for feil og forglemmelser reduseres.

Teknologi kan også bidra til økt kontakt med familie og venner på tross av fysiske avstander. Det kan dermed redusere følelsen av ensomhet for eldre.

I tillegg kan såkalt smarthusteknologi være aktuelt å ta i bruk for å øke trygghet i hjemmet, eksempelvis i forhold til brannsikring.

Løsninger for monitorering av kronisk syke og gode kommunikasjons- og trygghetsløsninger er en ny teknologi som i framtiden kan effektivisere omsorgstjenestene og øke kvaliteten.

En må være opptatt av å se mulighetene som ligger i riktig teknologi, tilpasset brukerne. På sikt bør en legge fram forslag til konkrete løsninger som kan være et supplement til ordinære helse- og omsorgstjenester.

I framtiden vil velferdsteknologi gjøre at flere kan bo hjemme lenger. Gode tekniske løsninger integrert i boligen kan avhjelpe noen av utfordringene med økende antall eldre.

Framtidens eldre vil være mer vant med teknologi og en kan derfor se for seg at disse vil kunne ha en lavere terskel for å ta i bruk velferdsteknologi. Det er uansett viktig at utvikling og bruk av teknologi skjer på en slik måte at det sosiale tilbudet bevares, eller aller helst bedres.

Suksess vil være avhengig av sosial aksept for å ta i bruk eventuelle roboter og gode løsninger på organisatoriske utfordringer rundt sensorer i helse- og omsorgstjenestene.

Stadig mer av arbeidet i helsesektoren er basert på elektronisk behandling av pasienters opplysninger. Samtidig foregår en stadig større andel av kommunikasjonen mellom virksomhetene elektronisk. Dette gir oss muligheter ved at opplysninger blir tilgjengelig

raskere og enklere, både eksternt og internt, og vil være tilgjengelig til rett tid hos rette vedkommende.

6.13.1 **Anbefalinger – Ny teknologi**

- Holde oss oppdatert når det gjelder nye teknologiske løsninger
- Fullføre oppkobling til Norsk Helsenett
- Vurdere innføring av ny teknologi for å redusere arbeidsbelastninger, øke livskvaliteten til brukere og pårørende, samt effektivisere tjenestene når løsninger og lovgrunnlag er på plass

7 ANBEFALINGER

7.1 Bakgrunn for våre prioriteringer

Arbeidsgruppa har valgt å legge vekt på å utvikle framtidens tjenestetilbud i tråd med Omsorgsplan 2015, som skal ha en mer forebyggende profil. Det skal legges vekt på sterkere brukermedvirkning, egenmestring og aktiv deltakelse fra den enkelte, deres familie og sosiale nettverk.

Vi vil utvikle nye boformer, tenke helsefremmende og satse på frivillig innsats og bruk av ny teknologi.

7.2 Prioriterte satsingsområder

2014

- a. Styrking av hjemmesykepleien
 - 1 årsverk
- b. Nattevakt 2. etg / korttidsenheten
 - 1,8 årsverk
- c. Pårørendeskole demens
 - Innenfor rammen
- d. Hverdagsrehabilitering
 - 0,5 årsverk til ergoterapeut - (prosjekt 2014)
 - 1 årsverk i hjemmesykepleien – (prosjekt 2014)
- e. Videreføring av forebyggende hjemmebesøk
 - 1,0 årsverk – (prosjekt 2014)
- f. Styrking av rehabilitering ved Nannestad sykehjem
 - 0,5 årsverk for sykepleier
- g. Dagsenter for demente: 5-8 plasser i samarbeid med frivilligheten
 - Søkes gjennomført innenfor rammen

Forslag 2015

- d. *Hverdagsrehabilitering*
 - *0,5 årsverk til ergoterapeut – fast ordning fra 2015*
 - *1 årsverk i hjemmesykepleien – fast ordning fra 2015*
- e. *Videreføring av forebyggende hjemmebesøk*
 - *1,0 årsverk – fast ordning fra 2015*
- h. Styrking av hjemmesykepleien
 - 1 årsverk
 - 1 årsverk (kreftomsorg)
- i. Styrking av rehabilitering (fysioterapeut)
 - 1 årsverk
- j. Styrking av demensomsorg ved sykehjemmet
 - 1 årsverk
- k. Frivillighetskoordinator / Seniorsenter
 - 0,4 årsverk

Forslag 2016

- l. Styrking av hjemmesykepleien
 - 1 årsverk
- m. Hverdagsrehabilitering
 - 1 årsverk

- n. Etablering av omsorgsboliger samlokalisert med hjemmebaserte tjenester - inkl. dagsenter
- Ingen nye årsverk som følge av samlokaliseringen

Forslag 2017

- o. Frigjøring av arealer ved bo- og servicesenteret til sykehjemsplasser/forsterket korttidsenhet (5-7 plasser)
- 6 årsverk

Forslag 2019 - 2022

- a. Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester i samsvar med dagens dekningsgrad og økningen av eldre innbyggere
- 6 årsverk

Forslag 2023

- b. Utvidelse av sykehjemkapasitet med 16 plasser
- 12 årsverk
- o. Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester i samsvar med dagens dekningsgrad og økningen av eldre innbyggere
- 3 årsverk

Forslag 2024 - 2025

- o. Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester i samsvar med dagens dekningsgrad og økningen av eldre innbyggere
- 6 årsverk

7.3 Økonomiske konsekvenser

Tabellen nedenfor viser økonomiske konsekvenser av de prioriterte satsingsområder knyttet til lønnskostnader.

Kommentarer til tabellen:

1. Investeringer knyttet til omsorgsboliger og ny base for hjemmebaserte tjenester er ikke beregnet.

Dette må fremmes som egen sak etter vedtak av planen. Investeringskostnader vil bli hentet fra Holteprosjekts veileder.

2. Statlige tilskudd til etablering av omsorgsboliger og sykehjemsplasser vil redusere kommunens netto investeringskostnader i henhold til de enhver tid gjeldende satser.

3. Driftskostnader knyttet til drift av bygningsmasse er ikke beregnet da vi ikke har noe estimat for kvadratmeter som skal bygges. Disse kostnader vil bli hentet fra Holteprosjekts veileder ut fra det antall kvadratmeter som blir vedtatt utbygd.

4. Det er beregnet at ett årsverk koster 600.000,- kr inkludert sosiale kostnader.
5. Dimensjonering av sykehjemkapasitet er basert på dagens dekningsgrad fordelt på antall innbyggere 80 år og eldre. Det er hensynstatt at man kan frigjøre areal ved sykehjemmet ved å flytte basen for hjemmebaserte tjenester.
6. Dimensjonering av antall omsorgsboliger er basert på dagens dekningsgrad med samme aldersfordeling av beboere.
7. Dimensjonering av antall stillinger innen hjemmebaserte tjenester er basert på dagens dekningsgrad fordelt på antall innbyggere 80 år og eldre.

Tiltak	Prioriterte satsingsområder	Nye årsverk	Årlige ekstra lønnskostnader	Akkumulerte årlige lønnskostnader	Ar
a	Styrking av hjemmesykepleien	1,0	kr 600 000	kr 600 000	2014
b	Nattevakt 2. etg / korttidsenheten	1,8	kr 1 080 000	kr 1 680 000	
c	Pårørendeskole for demens	Innenfor rammen	kr -	kr 1 680 000	
d	Hverdagsrehabilitering (1/2 stilling til ergoterapeut og 1 stilling i hjemmesykepleien)	1,5	kr 900 000	kr 2 580 000	
e	Videreføring av forebyggende hjemmebesøk	1,0	kr 600 000	kr 3 180 000	
f	Styrking av rehabilitering ved Nannestad sykehjem (sykepleier)	0,5	kr 300 000	kr 3 480 000	
g	Dagsenter for demente: 5-8 plasser i samarbeid med frivilligheten	Ikke utredet	kr -	kr 3 480 000	2015
h	Styrking av hjemmesykepleien / kreftomsorg	2,0	kr 1 200 000	kr 4 680 000	
i	Styrking av rehabilitering (fysioterapeut)	1,0	kr 600 000	kr 5 280 000	
j	Styrking av demensomsorg ved sykehjemmet	1,0	kr 600 000	kr 5 880 000	
k	Frivillighetskoordinator / Seniorsenter	0,4	kr 240 000	kr 6 120 000	2016
l	Styrking av hjemmesykepleien	1,0	kr 600 000	kr 6 720 000	
m	Hverdagsrehabilitering	1,0	kr 600 000	kr 7 320 000	2016
n	Etablering av omsorgsboliger samlokalisert med hjemmebaserte tjenester - inkl. dagsenter (ikke kostnadsberegnet)	0,0	kr -	kr 7 320 000	
o	Frigjøring av arealer ved bo- og servicesenteret til sykehjemsplasser/forsterket korttidsenhet (5-7 plasser)	6,0	kr 3 600 000	kr 10 920 000	2017
p	Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester	0,5	kr 300 000	kr 11 220 000	2019
p	Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester	1,5	kr 900 000	kr 12 120 000	2020
p	Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester	2,5	kr 1 500 000	kr 13 620 000	2021
p	Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester	1,5	kr 900 000	kr 14 520 000	2022
q	Utvidelse av sykehjemskapasitet med 16 plasser	12,0	kr 7 200 000	kr 21 720 000	2023
p	Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester	3,0	kr 1 800 000	kr 23 520 000	
p	Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester	2,0	kr 1 200 000	kr 24 720 000	2024
p	Dimensjonering av hjemmebaserte tjenester	4,0	kr 2 400 000	kr 27 120 000	2025
Sum: Nye årsverk:		42,4			

Vedlegg

1 SAMHANDLING MED ANDRE PLANER

Et godt tilbud til våre innbyggere med pleie- og omsorgsbehov er avhengig av kommunale satsinger og private initiativ som ligger utenfor rammene av en omsorgsplan. Eksempler kan være trafikksikringstiltak og drikkevann av god kvalitet.

Kommuneplanen har et overordnet ansvar for at kommunens samlede planlegging og ressursinnsats kommer alle innbyggerne til gode. Omsorgsplanen må også forankres mot kommunens økonomiplan, slik at man finner løsninger på kostnader knyttet til investeringer og drift.

1.1 Boligsosial handlingsplan 2011-2015

Den boligsosiale handlingsplanen skal sikre at alle innbyggere får en likeverdig vurdering av sitt boligbehov, uavhengig av diagnoser og alder.

Den boligsosiale handlingsplanen skal gi føringer for dimensjonering, drift og fordeling av den samlede kommunalt disponerte boligmasse.

Viktige grep i den boligsosiale plan er at så mange som mulig skal bo i egen bolig og at tidsavgrensede leiekontrakter skal være normen.

Viktige føringer i denne planen er at flest mulig av våre innbyggere skal kunne etablere seg i – og beholde egen bolig. Det innebærer at også når det gjelder omsorgsboliger / trygdeboliger bør man få et økt innslag av selveierleiligheter med universell utforming, men tilpasset brukergruppenes betalingsevne.

Grensesnitt mot omsorgsplanen:

- Innbyggerne har rett til likeverdig vurdering av boligbehov uavhengig av grunnlidelse.
- Tildeling av boliger og institusjonsplasser bør være basert på individuelle vurderinger og brukerens ønsker.
- Det legges til rette for at innbyggere med et langsiktig behov for pleie- og omsorgstjenester bor i egen bolig.

1.2 Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Nannestad 2009-2015

Handlingsplanens anbefalte satsningsområder:

- *Kartlegging og dokumentasjon i forhold til rusmiddelsituasjonen i Nannestad*
- *Samordne innsatsen på forebyggende nivå*
- *Styrke samarbeid og innsats opp mot risikogrupper*
- *Styrke tilbudet til og ivaretagelsen av brukere med rusmiddelproblemer*
- *Bevisst bruk av alkoholpolitikken som rusforebyggende strategi*

1.2.1 Romeriksprosjektet.

Finansiert av midler fra helsedirektoratet og skal være ferdig innen 2014.

Formål og brukergruppe:

Prosjektet skal bidra til å utvikle kunnskapsbasert praksis i behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusavhengighet. Det skal utvikles en organisatorisk forpliktende samhandlingsmodell mellom

kommunene Skedsmo, Rælingen, Fet (Nedre Romerike), Gjerdrum, Ullensaker, Eidsvoll, Nannestad (Øvre Romerike) og spesialisthelsetjenesten ved Avdeling distriktpsikiatriske sentre (DPS) på Jessheim og Lillestrøm og Avdeling rus og avhengighet (ARA), Ahus HF.

1.3 Helsemessig og sosial beredskapsplan for Nannestad kommune

Det er i 2013 gjennomført en overordnet ROS analyse for Nannestad kommune og en overordnet felles ROS analyse for ØRU kommunene.

Det arbeides nå med revidering av beredskapsplanene for Nannestad kommune. Dette gjøres i samarbeid med de andre ØRU kommuner.

En vil prøve å få til et planverk som er gjenkjennbart i flere kommuner. Planene vil oppfylle de krav som stilles til kommunen i ny lov om kommunal beredskapsplikt.

Hovedmål for planen: Beredskapsplanen skal sikre at tjenestene på en rask og smidig måte kan omstille seg fra drift i en normalsituasjon til drift i en ekstraordinær situasjon. Samtidig skal planen sikre en adekvat håndtering av situasjonen i forhold til omfanget av hendelsene for å forebygge og avgrense skade og sykdom og sikre liv og helse.

En skal raskest mulig tilbake til normaldrift.

2 STATLIGE FØRINGER

2.1 Omsorgsplan 2015

De gjeldene statlige føringer er forankret i st.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening.

2.2 Nasjonale Strategier

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og å forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes fra omkring 2020.

Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

Utfordringene den lokale omsorgstjenesten står overfor forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren.

Forsknings- og utviklingsarbeid:

- bedre kunnskapsgrunnlag for å planlegge, utvikle og forbedre tjenestetilbudet
- økt kunnskap om brukernes bakgrunn, preferanser, levekår og helse til bruk i utvikling av nye metoder i forebygging og behandling
- heve omsorgstjenestenes status og skape faglig interesse for pasientgrupper med lav prioritet
- styrke kunnskapsgrunnlaget i helse- og sosialfagutdanningene og heve kompetansen i sektoren

Lederfunksjon og organisering:

Det ligger gode muligheter til kvalitetsforbedring gjennom å ta ut potensialet som ligger i organisasjons- og ledelsesutvikling, kompetanseheving og ny teknologi. Dette er imidlertid et langsiktig utviklingsarbeid som både krever investeringer og omstillingsevne.

Sektoren har svært få ledere sammenlignet med annen virksomhet, men yter sine tjenester døgnet rundt hele uka hele året gjennom. Å styrke lederfunksjonene i sektoren blir derfor en sentral oppgave.

Brukermedvirkning:

Valgfrihet og individuell tilpasning kan gi bedre muligheter til å møte morgendagens samfunn preget av mangfold, både sosialt og kulturelt. Brukermedvirkning og dialog skal kjennetegne morgendagens omsorgstjenester.

Planlegging:

Framtidas utfordringer på omsorgsområdet framstår som en av kommunesektorens aller viktigste planleggingsoppgaver, og berører de fleste sider av morgendagens lokalsamfunn. Planleggingen bør skje som en del av det helhetlige kommuneplanarbeidet.

Kapasitetsvekst og kompetanseheving

Personellvekst:

En av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og omsorgspersonell, først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak.

Å rekruttere nye årskull elever og studenter til mangeårig utdanning er et langsiktig arbeid som best løses gjennom gradvis utbygging. Forberedelsene på dette området må starte allerede nå om vi skal kunne møte framtidens utfordringer.

Kompetanseheving:

Å styrke den faglige kompetansen er en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er også en nødvendig forutsetning i det langsiktige arbeidet med å sikre god ressursutnyttelse.

Investeringer i omsorgstjenesten:

Den nasjonale strategi legger opp til større ansvar for tilrettelegging av egen bolig og mer langsiktighet i vedlikehold og investeringer. Dagens bygningsmasse må også vedlikeholdes og fornyes kontinuerlig. For å gi økonomisk forutsigbarhet og stimulere til nødvendig utbygging av flere sykehjemsplasser og botilbud, gis investeringstilskudd til slike formål.

Bedre samhandling og medisinsk oppfølging

Både spesialisthelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene har fått økte utfordringer og oppgaver de siste årene. Utfordringene er særlig knyttet til pasienter som trenger langvarig oppfølging og tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten. For å møte disse pasientgruppens behov trengs det en langsiktig strategi som sikrer bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging både fra spesialisthelsetjenesten og den lokale omsorgstjenesten.

God balanse i tjenestetilbudet:

En av de viktigste organisatoriske grep for å få bedre ressursutnyttelse er å få til en optimal balanse mellom sykehjem, omsorgsboliger, dagtilbud og hjemmetjenester. Bruk av IKT, smarthusløsninger, telemedisin og ny omsorgsteknologi kan også bidra til å hindre institusjonalisering, gi brukerne større uavhengighet av hjelpeapparatet og et bedre lokalt

medisinsk tilbud. Samtidig kan de ansatte få bruke mer av sin tid på de primære omsorgsoppgavene og mindre til transport, administrasjon, tilsyn og tunge løft.

Sammenhengende kjede:

Brukerne er avhengige av at den kommunale omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingkjede. Dersom den kommunale omsorgstjenesten skal klare å ivareta nye og krevende oppgaver trenger den omfattende støtte fra spesialisttjenesten særlig i forhold til:

- utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser
- løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat
- kompetansebase for veiledning og opplæring av lokalt helse- og sosialpersonell

Fokus på demens:

Demens er en lidelse som kan føre til flere år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og krever store ressurser av den kommunale omsorgstjenesten. Sykdommen framstår ofte i kombinasjon med andre lidelser og funksjonstap, og gir et sammensatt sykdomsbilde.

Demensutfordringen vil kreve en betydelig utbygging av kapasiteten på tiltak og tjenestetilbud i årene som kommer. Det blir i en slik sammenheng viktig å styrke hele tiltakskjeden fra hjemmetjenester og avlastning for pårørende til tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Aktiv omsorg

Sosialtjenestelovens hovedformål er blant annet å «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». Morgendagens omsorgstjenester må sikre at dette formålet blir oppfylt. Dette krever større faglig bredde i omsorgssektoren med vekt på ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Det ligger et stort potensial i å utvikle bedre rammevilkår og legge forholdene bedre til rette for de som utfører frivillig omsorgsarbeid.

Frivillighet:

Frivillige organisasjoner gjør en betydelig innsats på omsorgsfeltet, både ved å organisere frivillige og drive institusjons- og omsorgstilbud på oppdrag og etter avtale med kommunene. Dette er fortsatt en av de viktigste rollene de frivillige organisasjonene kan ha som tjenesteprodusenter. Både brukerorganisasjonene og de ideelle organisasjonene har en sentral rolle å spille i møte med morgendagens omsorgsutfordringer.

En forebyggende strategi:

Den forebyggende strategien er nødvendig for å møte en situasjon som ellers vil gi sterk behovsvekst og raske endringer i omsorgstjenesten om noen år. Forebyggende tiltak som både kan bidra til å kutte toppen av fremtidig omsorgsbehov og fordele kostnader over en relativt stabil periode de nærmeste 15 år, vil først og fremst være

- folkehelsearbeid og helseforebyggende tiltak
- investeringer i universell utforming av boliger og omgivelser for å redusere eller eliminere konsekvensene av funksjonstap

- sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap
- volds- og ulykkesforebyggende arbeid

2.3 Demensplan 2015 – Den gode dagen

En av de største omsorgsutfordringene samfunnet står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av de nærmeste 35 år.

Til grunn for demensplanen ligger en erkjennelse av at dagens omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er bygd og tilrettelagt for mennesker med demens. De nærmeste årene er det nødvendig å foreta omlegging og endringer både i forhold til omsorgstjenestens kompetanse, organisering og arkitektur.

Dagaktivitetstilbud

Dette skal først og fremst gi den enkelte et tilbud å gå til på dagtid, som kan fungere aktiviserende og stimulerende, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og på den måten bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.

Kommunen har ansvaret for slike tilbud med formål om å ”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.” Godt utbygde dagaktivitetstilbud kan sammen med hjemmetjenester i mange tilfeller bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

Bedre tilpassede botilbud

Til tross for at nesten 80 pst. av de som bor i sykehjem har en demenslidelse, er mange sykehjem fortsatt ikke bygd og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Om de skal fungere som botilbud for denne gruppen i framtida, krever det ombygging og tilpasning av en betydelig andel av dagens sykehjem og omsorgsboliger. Samtidig bør alle nye sykehjem og omsorgsboliger bygges slik at det er tilpasset mennesker med demens.

Økt kunnskap og kompetanse

Informasjon:

Demenslidelsene berører hele samfunnet, og er fortsatt forbundet med uvitenhet og lite rasjonelle forestillinger og holdninger. Det trengs derfor opplysning og informasjon både til pasienten selv, deres nærmeste og til allmennheten.

Opplæring:

De nærmeste skal også nås gjennom egne samtalegrupper og pårørendeskoler i samarbeid med frivillige organisasjoner. Samtidig satses det på å gi alle ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten nødvendig kunnskap gjennom ulike opplæringstiltak.

Ny kompetanse:

Den medisinske kompetansen skal styrkes både lokalt og ved tettere oppfølging fra spesialisthelsetjenesten både i forhold til diagnostisering og behandling. Staten vil legge til rette for en omsorgstjeneste med større faglig bredde, der kulturell, fysisk og sosial aktivitet er sentrale elementer.

Forskning:

Manglende kunnskap om årsaker, sykdomsutvikling og behandlingsformer skyldes også at demenslidelser ikke har hatt høy status innenfor medisinsk forskning. Medisinsk forskning og omsorgsforskning er derfor et svært sentralt satsingsområde.

2.4 Nevroplan 2015

Nevroplan 2015 handler om de kommunale tjenestenes nye brukere: Personer med nevrologiske skader eller sykdommer. I likhet med alle andre brukere har de rett til tilpassede omsorgstjenester og tilrettelegging for å kunne leve et mest mulig aktivt liv, til tross for sykdom og funksjonstap.

Kommunene har de siste 20 årene fått ansvaret for tjenestetilbudet til mange brukere som tidligere fikk sitt tilbud enten i spesialisthelsetjenesten eller var helt avhengig av hjelp fra familien. Derfor har tallet på tjenestemottakere under 67 år i den kommunale omsorgstjenesten nesten blitt tredoblet i denne perioden. Forskere som har sett nærmere på dette, sier at svært mange av dem har nevrologiske sykdommer og skader som krever omfattende tjenestetilbud. Dette er hovedmålgruppen for denne planen.

Det er behov for å løfte fram og synliggjøre disse nye brukerne og vurdere om omsorgstjenesten er satt i stand til å møte deres behov. Det gjør vi gjennom å lage en egen delplan til Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet har utarbeidet en egen fagrapport som ligger til grunn for de tiltakene vi nå foreslår i Nevroplan 2015.

På mange måter utfordrer brukere med nevrologiske skader og sykdommer til nytenkning om utformingen av de kommunale omsorgstjenestene:

- Det handler om egenmestring gjennom rehabilitering, tilrettelegging for fysisk aktivitet, sosial deltakelse og deltakelse i arbeid og samfunnet.
- Det handler om kompetanse med større vekt på faglig bredde og aktiv omsorg.
- Det handler om å dele kunnskap mellom brukere, fagfolk og pårørende gjennom gjensidig opplæring og veiledning.

Dette er den nye kommunale omsorgstjenesten. Den er i rask omstilling, dekker hele livsløpet og er til for alle som har behov for den, uavhengig av alder, kjønn, diagnose eller psykisk og sosialt problem.

Gjennom Nevroplan 2015 vil vi bidra til å styrke kvaliteten i tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer. Gode omsorgstjenester handler om å iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie, slik at brukerne kan leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv.

Rehabilitering, og dag-, aktivitets og treningstilbud

Når nevroplanen er gjennomført i 2015:

- bør dag- og aktivitetstilbud ha blitt et sentralt ledd i tiltakskjeden til personer med nevrologiske skader og sykdommer og deres pårørende.
- bør tilrettelagte treningstilbud for personer med nevrologiske skader og sykdommer være bygget ytterligere ut.
- skal omsorgstjenesten ha en større faglig bredde med økt vekt på aktivitetstilbud, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Flerfaglig utviklingsarbeid

Når nevroplanen er gjennomført i 2015

- bør kunnskapen om nevrologiske sykdommer og skader være styrket
- skal det være utviklet et mer systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunetjenestene og spesialisthelsetjenesten for å få til effektive, sammenhengende og forutsigbare behandlingsforløp for den enkelte bruker
- skal spesialisthelsetjenesten kunne gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten medisinsk og tverrfaglig oppfølging og veiledning på det nevrologiske området

2.5 Statlige reformer og lovendringer

Utfordringer i helsevesenet

Regjeringen definerer hovedutfordringene i helsevesenet slik:

1. **Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester:** Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode.
2. **Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom:** Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling.
3. **Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne:** Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i stor endring. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov. Smittsomme sykdommer og resistente bakterier kan gi økte utfordringer for kommunehelsetjenesten.

Hovedgrep i samhandlingsreformen

Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.

For kommunene vil disse grep være styrende for organisering og utvikling av våre tjenester:

1. **Klarere pasientrolle:** Helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkningen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner i størst mulig grad.

Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Gitt de utfordringer som helsetjenesten står overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse.

2. **Ny framtidig kommunerolle:** Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om **forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser**. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at *den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene*. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.

3. **Økonomiske insentiver:** De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Fra og med 2012 ble kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter innført.

Kommunal medfinansiering betyr at kommunene får et økonomisk medansvar for medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten. Når det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten overføres til kommunene, får kommunene også en direkte betalingsplikt for pasienter som er utskrivningsklare, men som fortsatt får et tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Begge endringene finansieres ved å overføre deler av statstilskuddene til de regionale helseforetakene til kommunene gjennom rammetilskuddet. Tilskuddet utgjør i overkant av 11 mill kr for vår kommune.

Viktige utfordringer:

Kommunen må selv, eller i samarbeid med nabokommunene, etablere tilbud til utskrivningsklare pasienter.

Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)

Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte bruker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Videre skal tjenestetilbudet innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt.

Forskriften gir en beskrivelse av eldreomsorgens verdigrunnlag, samtidig som den angir tiltak det skal legges til rette for i tjenestetilbudet, slik som for eksempel riktig og forsvarlig boform, lindrende behandling og en verdig død, faglig forsvarlig oppfølging av relevant personell m.m.

Den videre utvikling av eldreomsorgen må ha fokus på innholdet i tillegg til fokus på kapasitet. En kvalitativt god eldreomsorg fordrer at tjenesten er bygget opp rundt et verdigrunnlag som så langt som mulig sikrer den enkeltes integritet og verdighet.

En gjør oppmerksom på at Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fremdeles gjelder i tillegg til den nye forskriften. Dette er også en forskrift som pålegger visse minimumskrav til kommunens pleie- og omsorgstjeneste.

Viktige utfordringer:

Den som mottar tjenester fra den kommunale eldreomsorgen i Nannestad, skal få et verdig tjenestetilbud som er tilpasset brukerens individuelle behov og ønsker.

Brukeren har rett til selvbestemmelse og skal møte respekt for den en er og for sin livsførsel. Våre tjenester skal utføres i samsvar med verdighetsgarantien som trådte i kraft 1. januar 2011.

Vår største utfordring i perioden vil være å bygge opp en omsorgskjede med tilpassede boliger og omsorgsboliger som er så sterke i de første ledd at vi kan tilby enerom for alle pasienter.

Ny folkehelselov

Den nye folkehelseloven (ikrafttredelse 01.01.2012) gir kommunene et økt ansvar for å sikre folkehelsen gjennom bidrag fra og tiltak på alle kommunens områder og forutsetter tverrfaglig engasjement, ansvar og innsats. Folkehelseaspektet skal inngå i de oppgaver kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Disse overordnede prinsipper knyttet til folkehelse samsvarer fullt ut med kommuneplanens føringer for å være en proaktiv kommune:

- Tidlig innsats, både som handling og som holdning, skal være førende for organisasjonsutvikling og prioriteringer i kommuneplanperioden.
- For tjenester knyttet til helse, bistand og omsorg betyr det forebygging av sykdom med redusert behov for kurativ behandling.
- Samhandlingsreformen innebærer økt prioritering av forebyggende arbeid, pleie og behandling så nær pasientens hjemmemiljø som mulig.
- Ved å etablere gode bo-, rekreasjons- og behandlingstilbud i kommunen, kan behovet for sykehjemsplass for den enkelte utsettes og reduseres.

Frisklivssentral (FLS)

Et aktuelt tiltak for å følge opp føringene fra samhandlingsreformen og ny folkehelselov, kan være etablering av en Frisklivssentral. Det er et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen.

Status for Frisklivssentral (FLS)

Det er bevilget midler fra fylkeskommunen i 2013 til opprettelse av frisklivssentral for kommunene Gjerdrum, Hurdal og Nannestad. En person er ansatt, og 60 % av tjenestene går til Nannestad.

Samhandlingsreformen og ny folkehelselov legger sterke føringer på at et skal være en frisklivssentral i hver kommune.

En frisklivssentral er en kommunal helsetjeneste som har som mål å fremme fysisk og psykisk helse samt forebygge og mestre sykdom. Målgruppen ved en frisklivssentral er personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til

fysisk og psykisk helse, men man trenger ikke være syk eller ha en diagnose for å være deltaker ved en frisklivssentral.

Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen fungerer i tillegg som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen.

Tjenesten videreføres som en kommunalt finansiert tjeneste.

3 LOVGRUNNLAG OG MÅLGRUPPER

Kommunens etablering, dimensjonering og drift av sine tjenester er hjemlet i ulike statlige lovverk med tilhørende forskrifter. De mest aktuelle lovverk er gjengitt nedenfor.

3.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

- 2. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,*
- 3. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,*
- 4. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,*
- 5. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,*
- 6. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,*
- 7. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og*
- 8. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.*

§ 1-2. Lovens virkeområde

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her.

3.1.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

§ 1. Formålet med forskriften

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

- 1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,*

2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.

§ 6. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23
- b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

§ 16. Pasientens og brukerens rettigheter

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

Den individuelle planen gir ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

Reglene i første ledd andre og tredje punktum og reglene i andre ledd gjelder tilsvarende ved oppnevning av koordinator.

§ 18. Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for individuell plan, jf. § 6 og § 11.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunenes arbeid med individuell plan.

Har pasienten eller brukeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt pasient eller bruker.

§ 19. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester*
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen*
- c) en angivelse av hvem som er koordinator*
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet*
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse*
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres*
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen*
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger*
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.*

§ 21. Koordinator i kommunen

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

3.2 Lov om pasientrettigheter

§1-1. Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

3.3 Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven)

§ 1-1. Lovens formål og virkemidler

Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på

basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven.

§ 2-1. Ansvarsprinsippet

Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap.

§ 2-2. Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid

Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Kommuner skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

3.3.1 Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (Sivilbeskyttelsesloven)

§ 14. Kommunal beredskapsplikt – risiko- og sårbarhetsanalyse

Kommunen plikter å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen. Resultatet av dette arbeidet skal vurderes og sammenstilles i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse.

Risiko- og sårbarhetsanalysen skal legges til grunn for kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, herunder ved utarbeiding av planer etter lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven).

Risiko- og sårbarhetsanalysen skal oppdateres i takt med revisjon av kommunedelplaner, jf. lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) § 11-4 første ledd, og for øvrig ved endringer i risiko- og sårbarhetsbildet.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalysen.

§ 15. Kommunal beredskapsplikt – beredskapsplan for kommunen

Med utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalysen etter § 14 skal kommunen utarbeide en beredskapsplan.

Beredskapsplanen skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde en plan for kommunens kriseledelse, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media.

Beredskapsplanen skal være oppdatert og revideres minimum én gang per år. Kommunen skal sørge for at planen blir jevnlig øvet.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om beredskapsplanens innhold og øvrige krav etter denne bestemmelsen.

3.4 LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)

§ 1. Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

§ 2. Virkeområde

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder i tillegg for privat og offentlig virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 28 og 29.

§ 3. Definisjoner

I loven her menes med

- a) **folkehelse:** befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b) **folkehelsearbeid:** samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.