

OPPDAL KOMMUNE

Omsorgsplan 2011 - 2014

Oppdal kommune

**Behandlet i Driftsutvalget 05.05.10 og
vedtatt sendt til høring av kommunestyret i møte 19.05.10**

Disposisjon

Innledning

1. Demografiske utviklingstrekk

2. Målsetting

3. Omsorgsbehov som skal dekkes i planperioden

- 3.1 barn og unge med nedsatt funksjonsevne - utfordringer i planperioden**
- 3.2 voksne med behov for omsorgstjenester - utfordringer i planperioden**
 - 3.2.1 voksne med utviklingshemming**
 - 3.2.2 voksne med nedsatt funksjonsevne**
 - 3.2.3 voksne med psykiske lidelser/rusproblematikk**
- 3.3 eldre med behov for pleie - og omsorgstjenester - utfordringer i planperioden**
 - 3.3.1 hjemmetjenester**
 - 3.3.2 kommunalt disponerte omsorgsboliger**
 - 3.3.3 kommunale omsorgsboliger med heldøgns bemanning**
 - 3.3.4 sykehjemstjenester**

4. Demensproblematikk - utfordringer i planperioden

5. Bemannings - og kompetansebehov - utfordringer i planperioden

- 5.1 kompetansepotensial i enhet Opplæring og bolig**
- 5.2 kompetansebehov i sykehjemmet**
- 5.3 kompetansebehov i hjemmetjenesten**

6. Samarbeid med frivillige organisasjoner - utfordringer i planperioden

Innledning

Plan og bygningsloven slår fast at alle kommuner skal ha en kommuneplan som omfatter en samfunnsdel og en arealdel. I forarbeidet til Kommuneplan for Oppdal kommune 2010 - 2021 er *Livskvalitet* valgt som ett av fokusområdene og **Omsorg** som en av de kritiske suksessfaktorene i samfunnsdelen. Det vil ikke være aktuelt å gå i detalj når det gjelder utfordringene innenfor omsorg i kommuneplan. Derfor har man valgt å utarbeide en egen *Omsorgsplan for Oppdal kommune 2011 - 2014*, som en kommunedelplan for handlingsprogramperioden 2011 - 2014. Planen vil bli lagt fram for kommunestyret for behandling i forkant av handlingsprogrambehandlingen.

Planen bygger bl.a. på regjeringens forventninger til kommunene slik de kommer til uttrykk i Omsorgsplan 2015 og er bygd opp etter mal utarbeidet av Fylkesmannen i Sør - Trøndelag. Gjeldende plan for eldreomsorgen i Oppdal kommune 2007 - 2010 er lagt til grunn for arbeidet med den delen som omhandler eldreomsorgen.

Arbeidet med Omsorgsplan 2011 - 2014

Omsorgsutfordringene for kommunen i planperioden er utredet av en arbeidsgruppe oppnevnt av rådmannen. Arbeidsgruppen har bestått av enhetsleder for hjemmetjenester, enhetsleder for sykehjemmet, enhetsleder for opplæring og bolig (OBO) og enhetsleder for helse og familie. Representanter for NAV har bidratt innenfor områdene rus/psykiatri og sosialhjelpsmottakere. Fagansvarlig helse har fungert som sekretær.

I arbeidet med Omsorgsplan 2011 - 2014 har gruppen vurdert utviklingen i omsorgsbehov i planperioden, foreslått målsetting og beskrevet utfordringene for de ulike omsorgstjenestene i handlingsprogramperioden.

Utkast til Omsorgsplan 2011 – 2014 har vært drøftet i møte med frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner og aktuelle arbeidstakerorganisasjoner. Innspill fra møtet vil bli innarbeidet i planen.

1. Demografiske utfordringer for omsorgstjenestene i planperioden

Prognosen er hentet fra SSB fremskrivingsalternativ MMMM

Alder	2010	2011	2012	2013	2014	Endringer 2011 - 2014
0- 5	426	432	442	460	466	+ 34
6 - 15	917	915	901	883	883	- 32
16 - 18	296	279	285	278	273	- 6
19 - 49	2554	2604	2603	2638	2621	+ 17
50 - 66	1481	1474	1501	1483	1501	+ 27
67-79	662	686	704	750	775	+ 89
80 - 89	288	277	278	282	279	+ 2
90 +	53	61	59	59	58	- 3

Prognosen viser en positiv utvikling i småbarnsgruppen 0 - 5 år i planperioden mens det er nedgang blant barn/unge. Den største økningen vil allikevel skje i gruppen 67 - 79 år med 89 flere i 2014 enn i 2011.

Det blir en oppgave i omsorgsplanleggingen og i den øvrige kommuneplanleggingen å legge til rette for helsefremmende og sykdomsforebyggende strategier og tiltak som gjør at behovet for omsorgstjenester utsettes lengst mulig. Særlig gjelder det for den store gruppen yngre eldre.

2. Målsetting for omsorgstjenesten

Alle skal få oppleve å få sine omsorgsbehov dekket og ha mulighet til å delta på egne premisser i lokalsamfunnet

3. Omsorgsbehov som skal dekkes i planperioden

3.1 barn og unge med nedsatt funksjonsevne

I 2001 hadde 18,6 % (27) av barna 0 - 15 år en eller annen form for redusert funksjonsevne. I 2007 var dette tallet steget til 23,6 % som er økning på 27 %. Med samme utvikling vil 28,6 % av barna 0 - 15 år ha en funksjonshemming i 2014 som utgjør 39 barn. Tre av disse har en utviklingshemming mot syv i 2001. Prognosen bygger på *Sammenligningstall for kommunene* for de ulike årene utgitt av helsedirektoratet. Antallet fødte med utviklingshemming har gått ned i takt med nye diagnostiseringsmetoder i mors liv. De siste årene er det ikke født barn med utviklingshemming i Oppdal.

Ikke alle familier med barn med nedsatt funksjonsevne blir avhengig av samfunnets omsorgstjenester. Men utviklingen viser at det vil bli flere familier i løpet av planperioden som kan få behov for hjelp i hjemmet og ha krav på avlastende tiltak. Basert på dagens situasjon vil det hvert år være mellom 30 - 35 barn som utløser disse tjenestene. Ordningen med kommunal omsorgslønn til pårørende som steller sine barn i hjemmet må utvikles til å dekke en økt etterspørsel i planperioden. For barn/unge under 18 år er det sosialtjenesten som har ansvaret for å tilby/formidle omsorgstjenester til hjemmet, omsorgslønn, aktivisering m.v. Tjenestene leveres av hjemmetjenesten.

Utfordringen med flere unge brukere med nedsatt funksjonsevne tilsier at tjenestene til disse brukerne nå bør organiseres mere oversiktlig. Ansvaret for omsorgstjenester som hjemmene kan ha/få behov for er uklart organisert i kommunen i dag. Ved spesielle behov er det opptil 4 driftsenheter som kan bli involvert uten at deres innsatser er tilfredsstillende koordinert. I dag er det sosialtjenesten som har ansvaret for å skaffe bolig, aktivisering og avlastning til barn og unge under 19 år. Omsorgstjenester til familien leveres av hjemmetjenesten. Dette oppleves som uoversiktlig og uklart både av pårørende og av de ansvarlige for tjenestene.

Utfordringer i planperioden:

- Organiseringen av tjenester og tilbud til barn/unge med nedsatt funksjonsevne må bli tydeligere

- Kommunen må ha et hensiktsmessig tilbud av tjenester som er tilpasset barnefamilienes ulike behov
- Det må finnes tilbud som dekker barns/unges særegne behov for habilitering.

3.2 voksne med behov for omsorgstjenester

3.2.1 voksne med utviklingshemming

I 2010 er det 23 voksne med psykisk utviklingshemming i Oppdal. Alderssammensetningen viser at det er 22 i alderen 19 - 66 år og 1 i alderen 67 - 79. Uten tilvekst av barn, som tidligere påpekt, vil prognosen for utviklingen i planperioden se slik ut:

	2010	2011	2012	2013	2014
19 - 66 år	22	21	20	19	18
67 - 79	1	2	3	4	5
80 +	0	0	0	0	0
Sum	23	23	23	23	23

Levealderen hos utviklingshemmede har vært kortere enn for normalbefolkningen men forbedret omsorg, behandling og oppfølging har hatt som resultat at levealderen er på veg opp som for befolkningen ellers. Det vil bli en økning på 4 i aldersgruppen 67 - 79 år i planperioden med tilsvarende reduksjon i den yngre aldersgruppen. Vridningen mot flere eldre vil kunne gi endrede omsorgsutfordringer.

Helt siden ansvarsreformen i 1991 har personer med utviklingshemming i Oppdal vært omfattet av en " særomsorg " som innebærer at man mottar alle omsorgs -, aktiviserings - og fritidstilbud fra enhet *Opplæring og bolig*, og ikke fra hjemmetjenesten og øvrige kommunale tjenester som for andre deler av befolkningen. Enheten disponerer og tildeler også kommunale omsorgsboliger med heldøgns bemanning etter behov. For tiden er det 21 personer i alderen 19 - 69 år som bor i kommunal omsorgsbolig og mottar disse tjenestene.

Behov for tilpasninger i organiseringen

Planleggingsgruppa mener at tiden er moden for å behandle brukere med utviklingshemming på lik linje med andre omsorgstrengende. Det innebærer at den hjemmebaserte omsorgstjenesten for disse brukerne bør integreres i den øvrige hjemmetjenesten som derved kan bli tilført en spesiell fagkompetanse når det gjelder å håndtere adferdsavvik som det er blitt mer og mer bruk for. Den samlede hjemmetjenestene bør organiseres slik at den spesielle kompetansen i adferdsproblematikk, som i dag er knyttet til *Opplæring og bolig*, kan brukes fleksibelt både i hjemmetjenesten og i øvrige deler av omsorgstjenesten etter behov. Det bør opprettes en ny funksjon på heltid som *Fagansvarlig funksjonshemmede*. Fagansvaret bør omfatter alle som på grunn av nedsatt funksjonsevne har behov for spesielle tjenester i hverdagen og tilrettelegging i hjemmet.

Utfordringer i planperioden

- Organiseringen av omsorgstjenester, dagtilbud og andre tiltak som " særomsorg " i en egen enhet bør opphøre. Omsorgstjenesten bør integreres i hjemmetjenesten

- Spesialkompetansen hos de ansatte i enhet OBO bør benyttes der den trengs mest til enhver tid
- Pårørende, som har særlig tyngende omsorgsoppgaver i hjemmet må være sikret tilstrekkelig med avlastende tiltak

3.2.2 voksne med nedsatt funksjonsevne

For brukere over 19 år er det i dag hjemmetjenesten som har ansvaret for å tilby omsorgstjenester herunder BPA, skaffe bolig, aktivisering, avlastning og andre tilbud.

I 2010 er det 17 personer i alderen 18 - 49 år som er brukere av hjemmetjenestens tilbud. Med utgangspunkt i 2010 blir prognosen at det vil være ca. 19 brukere med nedsatt funksjonsevne som i planperioden vil ha behov for hjemmetjenestens tilbud. Økningen er beskjedent og vil ikke kreve økt kapasitet i hjemmetjenesten.

I den senere tid er det flere unge foreldre med små barn som er blitt rammet av alvorlig sykdom. Tilbudet av avlastende tiltak for omsorgspersonen og erstatning til hjemmet når det er mor som er syk er mangelfullt i dag. Det samme gjelder en "kommunal adresse" for henvendelser om hjelp.

Utfordringer i planperioden:

- Ansvaret for å tilby omsorgstjenester, aktivisering og andre tiltak til voksne med nedsatt funksjonsevne må være tydelig og oversiktlig plassert i organisasjonen
- Pårørende, som har særlig tyngende omsorgsoppgaver i hjemmet må være sikret tilstrekkelig med avlastende tiltak og hjelp i hjemmet ved behov

3.2.3 voksne med psykiske lidelser/rusproblematikk

I 2009 var det ca. 130 voksne brukere med psykiske lidelser som mottok omsorgstjenester fra den kommunale psykiatritjenesten. Blant disse er det flere med dobbeltdiagnose rus/psykiatri. For tiden er det ca. 70 voksne som misbruker en blanding av piller og alkohol men det er ikke lengre et miljø av tunge rusmisbrukere i Oppdal, slik det var for noen år tilbake. Ca. 20 av misbrukerne har behov for aktivisering og/eller omsorgstjenester.

Antallet langtidsmottakere av sosialhjelp er gått kraftig ned fra 158 i 2000 til 93 i 2009. Samtidig er det flere enn tidligere som har fått innvilget uførepensjon.

Tjenestetilbudet til brukerne av den kommunale psykiatritjenesten er for en stor del bygd ut gjennom den statlige opptrappingsplanen innenfor psykisk helsearbeid og som integrerte tjenester i det ordinære tjenesteapparatet. Brukere med dobbeltdiagnose har ofte behov for tett oppfølging både i aktiviseringen og i bolig. Gjennom NAV reformen er det etablert nye ordninger for rusavhengige og vanskeligstilte på arbeidsmarkedet. STYRK - prosjektet er en slik ordning som ønskes utvidet til også å gjelde tilbud av boliger med oppfølging.

Uten et effektivt forebyggende arbeid på flere områder er det grunn til å regne med en økning av voksne med rusproblemer og psykiske problemer i planperioden. Økningen antas å bli størst i aldersgruppen 18 - 25 år.

Utfordringer i planperioden:

- Kommunen må skaffe til veie egnede botilbud for omsorgstrengende unge voksne med psykiske lidelser
- Som en del av omsorgstilbudet til rusavhengige må kommunen bistå ved etablering i egnet botilbud, sysselsetting og/eller aktivisering

3.3 eldre med behov for pleie - og omsorgstjenester

I tillegg til kommunens eldre innbyggere er Oppdal en kommune med flere og flere eldre deltidsinnbyggere. Når de oppholder seg i Oppdal har disse samme krav på hjemmesykepleie og andre helsetjenester ved sykdom og skade som alle som bor i kommunen. Samme rettigheter gjelder ikke ved behov for omsorgstjenester eller sykehjemsopphold, bortsett fra kortere behandlingsopphold i st. f. sykehusinnleggelse. Her kan det bli endringer når Samhandlingsreformen skal settes ut i livet. Der er det foreslått rett til fritt sykehjemsvalg på lik linje med fritt sykehusvalg.

3.3.1 hjemmetjenester

Dagens forbruk av hjemmetjenester blant eldre

- 50 - 66 år: 1,4 %
- 67 - 79 år: 8,3 %
- 80 - 89 år: 45,1 %
- 90 + : 79,2 %

Med utgangspunkt i dagens forbruk ser prognosen for planperioden slik ut:

Alder	2010	2011	2012	2013	2014
50 - 66	20	21	21	21	21
67- 79	55	57	58	62	64
80 - 89	130	125	125	127	126
90 +	42	48	47	47	46
Sum	247	251	251	257	257

I Oppdal har hjemmetjenesten utgjort selve grunnpilaren i pleie - og omsorgstilbudet i innværende og tidligere planperioder. Sammenlignet med sammenlignbare kommuner i KOSTRA har Oppdal en betydelig høyere dekningsgrad av kjernetjenestene (pleie og omsorg i hjemmet) i aldersgruppen 0 - 66 år og i gruppen over 80 år. Førstnevnte avspeiler at kommunen har flere mennesker med utviklingshemming enn de andre kommunene.

Den høye dekningsgraden over 80 år viser at kommunen har tatt ønsket om å få bo i eget hjem så lenge som mulig på alvor. Spredt bosetting blant eldre i Oppdal gjør at reisekostnadene inkl. lønnskostnadene i hjemmetjenesten blir større enn i mange av de andre kommunene. Derved synker også produktiviteten.

Også når det gjelder hjemmetjenester ser man at det er den store økningen i gruppen 67 - 79 år som vil by på de store utfordringene. Den kraftige økningen vil føre til økt forekomst av aldersrelaterte sykdommer som muskel og skjelettlidelser, kreft og diabetes. I tillegg vil det komme en økning i livsstilsrelaterte sykdommer som kronisk obstruktiv lungesykdom

(KOLS), fedme og sykdommer som følge av økt bruk av alkohol og andre rusmidler i befolkningen. Bedre behandlingsmetoder gjør også at flere vil leve lengre med disse sykdommene.

Gjennom tidlig intervensjon må kommunen være med å legge til rette for sykdomsforebyggende og helsefremmende strategier i denne aldersgruppen. En viktig strategi vil være etableringen av en *Frisklivssentral* i tilknytning til helsestasjon. Det vil også bli viktig å utvikle samarbeidet med frivillige organisasjoner som har lang tradisjon innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid.

For hjemmetjenesten blir det nødvendig å ha et tilbud som kan ivareta de økte utfordringene.

For omsorgstrengende som ikke har behov for bolig med heldøgns bemanning kan det være aktuelt at kommunen planlegger for muligheter til å utvikle boliger i ulike former for fellesskapsløsninger.

3.3.2 kommunalt disponerte omsorgsboliger

Kommunen har etter avtale disposisjonsretten når det gjelder til sammen 26 private omsorgsboliger. Boligene er uten heldøgns bemanning. Med retten følger også plikt til å refundere husleietap utover en måned når boliger blir stående tomme mellom to beboere. Avtalene utløper i 2011. De private OASE - boligene på Lønset og på Torshaug er attraktive for de eldre. Det samme gjelder 6 boliger i Dovreveien 8. Når det gjelder Drivdalsheimen er den blitt en økonomisk utfordring fordi behovet for disse boligene ikke lengre ser ut til å være til stede. P.t. er det 5 av 9 boliger som står tomme. Trenden de siste årene er at eldre fra kretsene ønsker seg omsorgsbolig i sentrum.

Sammen med styret for Drivdalsheimen bør Oppdal kommune delta i et arbeid for å utrede alternativ bruk av Drivdalsheimen.

3.3.3 kommunale omsorgsboliger med heldøgns bemanning:

I mars 2010 er det 37 omsorgstrengende på venteliste til BOAS.

I dag er det 44 omsorgstrengende som bor i kommunal omsorgsbolig med døgnbemanning, . 28 er eldre og bor i BOAS, 12 med utviklingshemming/annen funksjonshemming bor i Bjørktunet, 4 med utviklingshemming i Bjerkeveien 15 og 5 i Mellomvegen.

I følge KOSTRA 2009 gir det den laveste dekningsgraden i aldersgruppen 80 + sammenlignet med egen kommunegruppe, med gjennomsnittet for fylket og med landsgjennomsnittet. Sammenlignet med disse kommunene er det også forholdsvis mange over 80 år i Oppdal i omsorgsbolig med heldøgns bemanning. For tjenesteytingen og ressursbruken i hjemmetjenesten er det en stor utfordring med så få omsorgsboliger når behovet er så mye større. På grunn av " eldrebølgen " og lavere sykehjemsdekning enn sammenlignbare kommuner vil utfordringen bare bli større i planperioden, dersom det ikke kan tas i bruk flere omsorgsboliger med heldøgns bemanning i perioden.

For de som trenger det må tilbudet av boliger med heldøgns bemanning utvides. Det er planlagt utbygging av BOAS med 17 nye boliger midt i planperioden. Bl.a. lengden på ventelisten viser at det ikke er endringer i behovet for omsorgsboliger med tilgang på

døgnbemanning. Minimum 10 av de 17 boligene bør etableres i skjermede små bofellesskap for demente. Ventelisten vil fortsatt være betydelig også etter en utbygging selv om dekningsgraden i aldersgruppen 80 + blir nær fordoblet.

For å skape ønsket trygghet i de døgnbemannede omsorgsboligene, uten at det belaster kommunen økonomisk, bør det legges til rette for å ta bruk omsorgsteknologi. Det kan også gjelde i private hjem når beboerne selv ønsker det og det er etisk forsvarlig.

Planer for utbygging med ferdigstillelse i 2013

	2010	2011	2012	2013	2014
BOAS	23	23	23	40	40
Dekning 80+	6,7 %	6,8 %	6,8 %	11,7 %	11,8 %

Utfordringer i planperioden:

- For å dekke behovet og opprettholde og helst øke produktiviteten i hjemmetjenesten gjennom mindre kjøring må planene om 17 nye omsorgsboliger i tilknytning til BOAS realiseres
- Behovet blant eldre for omsorgsbolig i fellesskapsløsning men uten døgnbemanning, bør utredes
- Hjemmetjenesten må ha kapasitet til å dekke behovet for omsorgstjenester som oppstår som følge av økningen i aldersgruppen 67 - 79 år
- Hjemmetjenesten må disponere nødvendig faglig kompetanse til å behandle og gi omsorg til langt flere med aldersrelaterte sykdommer og livsstilssykdommer
- Pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver i hjemmet må være sikret tilstrekkelig med avlastende tiltak
- Ordningen med omsorgslønn må gjøres mer attraktiv
- Det bør legges til rette for å ta i bruk omsorgsteknologi i kommunens omsorgsboliger
- Sammen med eier bør omsorgstjenesten delta i en utredning av alternativ bruk av Drivdalsheimen etter 2011

3.3.4 sykehjemstjenester

Oppdal kommune har en sykehjemsdekning som ligger under gjennomsnittet for egen kommunegruppe, for gjennomsnittet for fylket og for landsgjennomsnittet. Pårørende har forventninger om at det skal være tilgang til sykehjemsplass når behovet melder seg. Slik har situasjonen ikke vært på lenge. Det er den pleietrengende som selv må søke om plass i sykehjemmet. Det kan i mange tilfeller være en lengre prosess enn pårørende kunne ha tenkt seg. Her kan det bli endringer når Samhandlingsreformen skal settes ut i livet. Der er det foreslått rett til å legge inn i sykehjem for fastlegene på lik linje med rett til å legge inn i sykehus.

Sykehjemsplass har vært og vil fortsatt være et knapphetsgode. Andre pleie - og omsorgstjenester til pasienten skal ha vært prøvd først. Imidlertid må man i planleggingen ta hensyn til at bosettingsmønsteret har gjennomgått en merkbar forandring. Det er nå for tiden ikke uvanlig at pårørende bor på en helt annen kant av landet enn sine aldrende foreldre og ikke kan ta del i den daglige omsorgen. Ved å realisere den planlagte utbyggingen i tilknytning til BOAS med 17 nye boenheter vil disse også kunne tilbys sykehjemsbeboere som ikke lenger har behov for behandlingstilbudet der.

I 2010 er det ca. 8-9 av beboerne som kunne ha bodd i omsorgsbolig med heldøgns bemanning, dersom alternativet hadde eksistert. Dersom tilbudet av slike boliger økes som planlagt kan det se ut som om sykehjemmet vil kunne ha kapasitet til å løse noen av de nye utfordringene i planperioden uten utvidelse.

Dagens forbruk av sykehjemsplasser i Oppdal

50 - 66 år:	1 pas.	(0,007 %)
67 - 79 år:	11 pas.	(1,7 %)
80 - 89 år:	39 pas.	(14,0 %)
90 + :	11 pas.	(21,0 %)
Sum	62 pas.	

Forbruket av sykehjemsplasser tilsvarer omtrent det gjennomsnittlige forbruket på landsbasis.

Med utgangspunkt i dagens forbruk av sykehjemsplass ser prognosen for planperioden slik ut:

Alder	2010	2011	2012	2013	2014
50 - 66	1	1	1	1	1
67-79	11	12	12	13	13
80 - 89	39	39	39	39	39
90 +	11	13	12	12	12
Sum	62	65	64	64	64

Det brukes nok sykehjemsplasser til å dekke behovet i inneværende år. Med samme forbruk i de ulike aldersgruppene vil det på grunn av befolkningsendringer bli behov for 3 nye plasser i 2011. Behovet vil holde seg omtrent på det nivået gjennom hele planperioden.

I denne prognosen er det ikke tatt hensyn til behovet for flere sykehjemsplasser som følge av **Samhandlingsreformen** og oppbyggingen av kommunale lokalmedisinske sentre/intermediære behandlingss plasser. Det er heller ikke tatt hensyn til økt behov for sykehjemsplasser som følge av nedbyggingen av sengeplasser i sykehusene som er en del av Helse Midt - Norges **Strategi 2020**. I begge tilfellene er det en forutsetning at kommunen klarer å skaffe et behandlingstilbud som er utstyrt, bemannet og dimensjonert for å kunne ta imot enda flere utskrivningsklare (men ikke ferdigbehandlede) pasienter og dessuten gi et behandlingstilbud før, i stedet for og etter sykehusbehandling. Stortinget har ikke tatt stilling til enda hvordan kommunene skal settes økonomisk i stand til å ta på seg denne nye oppgaven.

Allerede nå er det blitt flere utskrivningsklare men ikke ferdigbehandlede pasienter både i sykehjemmet og i hjemmetjenesten. I tillegg til at disse pasientene er blitt flere er de også blitt mere pleie - behandlingstrengende enn tidligere.

Utfordringer i planperioden

- I 2011 må det være kapasitet til å ta imot 3 nye pasienter i sykehjemmet
- I planperioden må minimum 8 plasser være avsatt til korttidsopphold bl.a. for å gi et tilbud til utskrivningsklare pasienter fra sykehus
- Sykehjemmet må disponere nødvendig faglig kompetanse til å behandle langt flere med aldersrelaterte sykdommer og livsstilssykdommer
- Som følge av Samhandlingsreformen må sykehjemmet settes i stand til å behandle et økende antall pasienter før, i stedet for og etter sykehusbehandling
- Sykehjemmet må ha et skjermet tilbud til pasienter med alvorlig demenssykdom og store pleiebehov
- Potensialet som Lokalmedisinsk Senter bør utredes

4. Demensproblematikk

En av de største omsorgsutfordringene samfunnet vil stå overfor som følge av økt levealder er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av ca. 35 år. Den sterkeste veksten vil skje om 10 - 15 år. Ca. 60 - 70 % av disse pasientene vil komme til å utvikle Alzheimers sykdom. Slik prognosen nedenfor viser vil utfordringene ikke bli store innenfor planperioden i Oppdal.

Tilbudet til demente i Oppdal er ikke så godt utbygd som ønskelig. I sykehjemmet er det 10 plasser i skjermet enhet mens det er 34 pasienter som har en demensdiagnose. Blant hjemmetjenestens brukere er det ca. 6 som har fått diagnosen hvorav 2 bor i BOAS. To brukere er under vurdering. Boligene i BOAS er ikke spesielt tilrettelagt for demente. Fellesarealene er altfor store og det er ikke lagt til rette for skjerming i mindre enheter.

Det er generelt en mangel på egnede boliger for demente i kommunen. Kommunen må planlegge for egnede boliger og avlastende tiltak for de pårørende, som oftest bærer de tyngste byrdene over mange år. Planene for utbygging av BOAS omfatter to små skjermede bofellesskap med til sammen 10 boenheter og arealer for aktivisering for denne gruppen.

Prognose for forekomsten av demens blant eldre i planperioden:

Alder	forekomst	2011	2012	2013	2014
65 - 69 år	0,9 %	3	4	4	4
70 - 74 år	2,1 %	5	5	6	7
75 - 79 år	6,1 %	13	13	13	13
80 - 84 år	17,6 %	32	32	31	31
85 - 89 år	31,7 %	32	34	36	36
90 +	40,7 %	26	27	25	25
Sum		111	115	115	116

Utfordringer i planperioden

- Det må etableres små bofellesskap med tilgang til heldøgns bemanning utenfor sykehjemmet
- Pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver i hjemmet må sikres avlastende tiltak både i og utenfor hjemmet

5. Bemannings - og kompetansebehov

5.1 kompetansepotensial i enhet Opplæring og bolig

Ved en evt. samorganisering av enhet Opplæring og bolig og hjemmetjenesten til en hjemmetjeneste, jfr. pkt. 3 b.1, vil det gi muligheter til omdisponering av fagfolk innenfor sykepleie som det vil bli økt behov for i sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Det dreier seg om 4,6 årsverk sykepleier og 7,0 årsverk hjelpepleier/omsorgsarbeider.

I tillegg kommer 10,8 årsverk assistenter, 6,0 årsverk miljøarbeider med videregående opplæring og 8,6 årsverk miljøterapeut med høyskoleutdanning, som p.g.a. sin erfaring og kompetanse innenfor håndtering av adferdsavvik det vil bli behov for å bruke fleksibelt innenfor hjemmetjenesten. Det er en forutsetning at en evt. omdisponering av fagfolk ikke skal forringe tjenestetilbudet til de utviklingshemmede

Mulig uttak av full AFP i perioden tilsier en reduksjon i potensialet i enheten med 3,9 årsverk i 2014 som fordeler seg slik: 0,5 årsverk hjelpepleier, 3,0 årsverk miljøarbeider o.l. og 0,4 årsverk assistent. Det gir et samlet potensial til å dekke det økte kompetansebehovet som følge av flere brukere både i hjemmetjenesten og i sykehjemmet fordelt slik: 4,6 årsverk sykepleier og 6,5 årsverk hjelpepleier.

5.2 bemanningsbehov i hjemmetjenesten

Med samme tjenestekvalitet som i 2010 og for å opprettholde behovsdekningen på dagens nivå vil bemanningsbehovet i hjemmetjenesten inkl. BOAS framskrives slik i planperioden:

	2010	2011	2012	2013	2014	Mulig uttak av AFP 2014
Antall brukere	247	251	251	257	257	
Sykepleiere	15,3	15,5	15,5	15,9	15,9	1,1
Hjelpeleier/oms.arb	21,8	22,2	22,2	22,7	22,8	2,2
Hjemmehjelp o.l	19,3	19,6	19,6	20,0	20,0	2,4
Administrasjon	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	
Sum bem.behov	57,7	58,6	58,6	59,9	59,9	5,7

For å opprettholde behovsdekningen vil det bli behov for å gi et tilbud av hjemmetjenester til 4 nye brukere i 2011 og ytterligere 6 fra 2013. Det gir behov for en bemanningsøkning på 0,9 årsverk i 2011 og en ytterligere økning med 1,4 årsverk fra 2013 fordelt slik:

Sykepleiere	: + 0,6 årsverk
Hjelpepl./oms.arb.	: + 1,0 "
Hjemmehj.o.l	: + 0,7 "
<u>Admin.</u>	<u>: + 0,0 "</u>
Sum	+ 2,3 årsverk

Da er det ikke tatt hensyn til bemanningsbehovet etter utbygging av BOAS i 2012. Det er heller ikke tatt hensyn til behov for evt. ny/styrket kompetanse eller naturlig avgang i planperioden. Mulig uttak av full AFP i perioden tilsier et nytt bemanningsbehov i 2014 med inntil 5,7 årsverk. Samlet behov for ny kapasitet/kompetanse i 2014 kan anslås inntil 8,0 årsverk.

5.3 bemanningsbehov i sykehjemmet

Med samme tjenestekvalitet og behovsdekning som i 2010 vil bemanningsbehovet i sykehjemmet framskrives slik i planperioden:

	2010	2011	2012	2013	2014	Mulig uttak av AFP 2014
Antall pasienter	62	65	64	65	66	
Sykepleiere	17,8	18,7	18,4	18,7	19,0	2,6
Hjelpeleier/oms.arb	30,6	32,0	31,5	32,0	32,5	3,4
Assistent o.l.	13,3	13,9	13,7	13,9	14,1	3,0
Administrasjon	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	
Sum bem.behov	64,3	67,3	66,3	67,3	68,3	9,0

For å opprettholde behovsdekningen vil det bli behov for å gi et tilbud til 3 nye pasienter i 2011 og ytterligere 1 i 2014. Det gir behov for en bemanningsøkning på 3,0 årsverk i 2011 og en ytterligere økning med 1,0 årsverk fra 2014 fordelt slik:

Sykepleiere	: 1,2 årsverk
Hjelpepl./oms.arb.:	1,9 "
Assistent.o.l	: 0,8 "
<u>Admin.</u>	<u>: 0,1 "</u>
Sum	4,0 årsverk

Da er det ikke tatt hensyn til behov for evt. ny/styrket kompetanse eller naturlig avgang i planperioden. Mulig uttak av full AFP i perioden tilsier et nytt bemanningsbehov i 2014 med inntil 9,0 årsverk. Samlet behov for ny kapasitet/kompetanse fra 2010 til 2014 kan anslås inntil 13,0 årsverk.

Utfordringer i planperioden

- Både hjemmetjenesten og sykehjemmet må få tilført nødvendig bemanningsøkning som følge av flere brukere/pasienter, nye behandlings - og omsorgsoppgaver og avgang med AFP
- Turnusarbeidsplasser må gjøres mere attraktive
- Det må tas høyde for bemanningsmessige konsekvenser som følge av planlagte strukturendringer i spesialisthelsetjenesten, både som følge av Samhandlingsreformen og av Strategi 2020

6. Samarbeid med frivillige organisasjoner

6.1 samarbeid om omsorgsoppgaver

Den kommunale omsorgstjenesten har hatt glede og nytte av å samarbeide med frivillige lag og organisasjoner i Oppdal gjennom mange år. Oppdal Helselag eide og drev Oppdal helsesenter i en årrekke inntil kommunen ble overdratt ansvaret tidlig på 1990 - tallet. Etter dette har helselaget vært en stor økonomisk bidragsyter til ulike helse - og omsorgsformål. Røde Kors besøkstjeneste er blitt mer og mer viktig etter hvert som kommunen har dreid

hjemmehjelpstjenesten mere over til å bli et supplement til pleie og omsorg i hjemmet. Hjemmehjelpen har fått mindre tid til den sosiale dimensjonen den tidligere hadde.

Oppdal Frivilligsentral har alltid representert et viktig supplement til den offentlige omsorgen i kommunen. Det er sentralen som sørger for matombringen til hjemmeboende eldre i helger og høytider og rekrutterer ledsagere når eldre hjemmeboende skal til sykehus. I tillegg arrangerer de dansekvelder i sykehjemmet og i BOAS og holder åpen kafe i sentralens lokaler en formiddag i uken.

Alt dette er oppgaver som er med på å underlette og live opp hverdagen for den enkelte omsorgstrengende men som også i noen grad sparer kommunen for lønnskostnader. Når omsorgsbehovene øker er det viktig for omsorgstjenesten at det blir lagt til rette for å opprettholde og helst utvide det frivillige omsorgsengasjementet.

Utfordringer i planperioden

- Omsorgstjenesten må ta initiativ til et forpliktende samarbeid om nye oppgaver som Oppdal Frivilligsentral kan bidra til å løse. Samarbeidsoppgavene må være tydelig beskrevet og ansvaret klart plassert både i omsorgstjenesten og i sentralen
- Kommunen må bidra til at de frivillige organisasjonene, som allerede utfører oppgaver som kommer omsorgstrengende i kommunen til gode, har rammebetingelser som gir muligheter til fortsatt engasjement og utvikling
- " Grønn Omsorg " bør utredes som et mulig aktivitetstilbud til aktuelle brukergrupper i løpet av planperioden
- Frivillige organisasjoner må stimuleres til å utarbeide planer for å rekruttere nye medlemmer blant seniorbefolkningen

6.2 samarbeid om helsefremmende og sykdomsforebyggende strategier

Omsorgsplanleggingen må også omfatte strategier som kan bidra til å utsette behovet for omsorgstjenester, særlig i den sterkt voksende gruppen yngre eldre. Dette kan skje gjennom å legge til rette for mest mulig helse gjennom helsefremmende arbeid og sykdomsforebygging. Dette blir både et individuelt ansvar og et samfunnsansvar som flere må ta del i.

Den viktigste strategien vil være å hindre seniorbefolkningen å stille seg utenfor, og motivere til fortsatt aktivisering og deltakelse i lokalsamfunnet. Ulike forskningsprosjekter har vist at fysisk aktivitet, sosial tilhørighet og et rikt kulturelt engasjement vil kunne bidra til å utsette avhengigheten av offentlige omsorgstiltak. Frivilligheten i Oppdal har tradisjon for å utvikle aktiviteter på alle disse områdene. Oppdal kommune må bli en større bidragsyter for å sikre at de frivillige organisasjonene kan få utviklet enda flere av disse aktivitetene i planperioden.

Riktig kosthold og mosjon er også viktig for å forebygge sykdom og beholde helsen. Begge treningssentrene i Oppdal har utviklet kostholdsprogram og treningsprogram tilpasset ulike sykdomsgrupper. I det forebyggende arbeidet bør kommunen legge opp til et samarbeid for å

få utviklet program som er spesielt innrettet mot utviklingen av ulike former for livsstilssykdommer.

I det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet vil den kommunale helsetjenesten og omsorgstjenesten også ha stor nytte av å samarbeide med Oppdal Distriktsmedisinske Senter KF.

Utfordringer i planperioden

- Frivillige organisasjoner bør benyttes i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet, evt. i partnerskap med kommunen og andre
- Idrettslag og det øvrige kulturlivet må gis nødvendig støtte for å kunne ha et tilbud som også omfavner eldre og personer med nedsatt funksjonsevne