

REVIDERING AV OMSORGSANALYSE FOR OPPDAL KOMMUNE 2014-2017



FORORD

Analyse av behov i omsorgssektoren 2015 er revidert. Bakgrunnen for denne revideringen er et økende behov for investeringer og driftstiltak for å møte krav og målsettinger om gode omsorgstjenester i Oppdal kommune.

Analysen peker på ulike utfordringer knyttet til et økt antall eldre, økt antall personer med demens samt et økende behov fra unge mennesker med ulik type funksjonshemming som har behov for bistand.

Analysen viser behov for investeringer knyttet til heldøgns omsorgsboliger, samt tilrettelagte boliger for unge personer med behov for bistand. Utover dette har kommunen som følge av samhandlingsreformen flere oppgaver som skal løses lokalt. Flere brukere skal ha hjelp og behandling utenfor sykehus, noe som medfører et nødvendig fokus på hva de ulike tjenestene skal inneholde av kompetanse og tilbud i fremtiden.

Med de utfordringer kommunen står overfor har det vært nødvendig å tenke omsorgssektoren under ett. Oppdal kommune skal fremstå med helhetlig tjenestetilbud med brukerne i fokus. Dette er illustrert gjennom «omsorgstrappa».

Forebyggende helsearbeid utgjør en vesentlig del av den nødvendige prioritering offentlig sektor må gjøre for å på sikt kunne nå de utfordringene vi har i helse og omsorgssektoren i årene fremover. Den gode velferdsstandarden kan ikke opprettholdes på lang sikt uten gode og helsefremmende tiltak. Dette er tiltak knyttet til befolkningen generelt med fokus på gode levevaner og ansvarliggjøring for egen helse, samt tiltak knyttet til personer i risikozonen.

Hverdagsrehabilitering og egenomsorg er to viktige begreper i forebyggende arbeid. Det er økt behov for rehabilitering som følge av reduksjon av antall rehabiliteringsplasser i institusjon. Flere brukere kommer hjem etter sykehusopphold med behov for opptrening. Å legge til rette for tilstrekkelig trening i brukers naturlige omgivelse vil forebygge sykehjemsopphold. Satsing på egenomsorg krever tett samhandling mellom ulike tjenesteområder. Koordinering av disse vil være sentralt for å lykkes.

Planen gir en beskrivelse av de ulike tjenestetilbud kommune har i dag. Videre redegjøres det for de utfordringer og behov Oppdal kommune har for å kunne møte fremtidige krav og målsettinger om gode omsorgstjenester.

Analysens kostnadsoversikt er knyttet til nye boliger for personer med demens, da dette er vedtatt i kommunens handlingsplan.

DISPOSISJON

1. SAMMENDRAG
 - 1.1 Behov for nye investeringer
 - 1.2 Behov for nye driftstiltak
2. KOMMUNESTYRETS BESTILLING
3. ANALYSEPROSESSEN
4. RAMMEFAKTORER
5. BEFOLKNINGSPROGNOSE
6. NYE SAMHANDLINGSOPPGAVER MED HELSEFORETAKET
7. OMSORGSTRAPP
8. BOLIGER FOR Å YTE BISTAND
9. PRIVATE OMSORGSBOLIGER
10. HJEMMETJENESTEN
 - 10.1 Omsorgsboliger uten døgnbemanning
 - 10.2 Omsorgsboliger med døgnbemanning
 - 10.3 Endringer i behov i hjemmetjenesten
 - 10.4 Kvalitet i tjenesten
11. SYKEHJEM
 - 11.1 Behov for sykehjems plasser
 - 11.2 Bemanningsbehov i sykehjem
 - 11.3 Tilrettelagt bofellesskap for personer med demens
 - 11.3.1 Alternativer for utbygging
 - 11.3.2 Kostnadsberegninger bofellesskap for personer med demens
 - 11.3.3 Investeringskostnader
 - 11.4 Bemanningsbehov og driftsutgifter i bofellesskap for personer med demens
 - 11.5 Organisering av sykehjem og bofellesskap for personer med demens
 - 11.6 Kvalitet i tjenesten
12. HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE STRATEGIER OG TILTAK
 - 12.1 Helsestasjons - og skolehelsetjenester
 - 12.2 Medisinsk habilitering og rehabilitering
 - 12.3 Folkehelseperspektivet
 - 12.4 Samarbeid med frivillige
 - 12.5 Aktivisering

Vedlegg

1. SAMMENDRAG

1.1 Behov for nye investeringer

På bakgrunn av befolkningsframskrivninger, en forventet og betydelig økning av personer med demens og nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen har arbeidsgruppa kommet fram til at det vil være behov for å investere i flere døgnbemannede botilbud, også etter at BOAS 2 er tatt i bruk. For å få frigjort plasser i sykehjemmet til nye behandlingsoppgaver har analysegruppa anbefalt en utbygging for personer med demens i ulike stadier av sin sykdom. Utbyggingen bør skje som mindre bokollektiv med tilstrekkelig fellesareal. I denne analysen skisseres også utbygging av lokaler til dagaktivisering for hjemmeboende personer med demens. Dette var ikke beskrevet som et behov i forrige omsorgsanalyse. Det er behov for mer egnede lokaler til dagaktivisering enn det som benyttes i dag.

Det er behov for en utbygging av heldøgns omsorgsboliger så tidlig som mulig etter at BOAS 2 er tatt i bruk. Det er satt av midler i langtidsbudsjettet til forprosjektering i 2014. Det betyr at et nytt botilbud kan bli tatt i bruk i løpet av 2016. Det er gjort en sammenstilling av kostnadene til investering og drift mellom to alternative forslag til løsning:

- *A. Frittstående utbygging*
- *B. Tilbygg til sykehjemmet*

Med BOAS 2, den foreslåtte utbyggingen for personer med demens og et potensial av ledige omsorgsboliger med døgnbemanning etter hvert som behovet blant utviklingshemmede blir mindre, regner analysegruppa med at behovet for boliger med døgnbemanning vil være dekket i planperioden.

Analysegruppa gjentar behovet for tilrettelagte boliger for *unge omsorgstrengende* med behov for bistand på dagtid. Dette ble ikke ble prioritert i handlingsprogrammet for 2012 - 2015.

1.2 Behov for nye driftstiltak

Bemanningsøkning i hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten må være tilstrekkelig bemannet til å dekke det nye avlastningstilbudet i Sildreveien avlastningsbolig.

Det vil bli et økt bemanningsbehov når nye boliger for unge omsorgstrengende er etablert tilsvarende 2 årsverk.

På grunn av redusert antall sengeplasser i kreftavdelingen i St Olavs Hospital er det blitt flere pasienter med kreftdiagnoser både i hjemmetjenesten og i sykehjemmet. Det er behov for å styrke kreftsykepleien med en kreftkoordinator, om mulig i samarbeid med annen kommune.

Bemanningsøkning i sykehjemmet

Som følge av samhandlingsreformen har sykehjemmet fått flere pasienter til utredning og behandling i stedet for i sykehus. Det er behov for økt kompetanse og grunnbemanning for å møte behovene.

Tilsynslegeressurs i sykehjem er økt fra 2014. Det vil avklares om etablering av øyeblikkelig hjelp-tilbud vil føre til ytterligere tilsynslegebehov i egen utredning.

Det er behov for bemanning til nytt bofellesskap for personer med demens.

Bemanningsøkning i Helse og familie

Mange barn og unge sliter i dag med psykiske problemer og har behov for tjenester fra fastlegen, *helsestasjon og skolehelsetjenesten*, både på individ - og gruppenivå. Noen må få opplæring i å " tåle livet " som er helsesøstertjenestens beskrivelse av utfordringene. Det er behov for å styrke psykisk helsearbeid i kommunen med en psykolog, om mulig i samarbeid med annen kommune.

Fagområdet *medisinsk habilitering og rehabilitering* har som målsetting å øke mestrings - og egenomsorgskompetansen hos brukerne, som er viktig når det gjelder å redusere/utsette den enkeltes omsorgsbehov. Med en sterk økning blant yngre eldre i planperioden, vokser også behovet for å lære å mestre egen omsorg. I forbindelse med innspill til handlingsprogrammet 2014 - 2017 ble det beskrevet behov for å styrke ergo-/fysiopterapibemanningen.

Økt samarbeid med Frivilligsentralen

Mer " næromsorg " og økt frivillig innsats vil bli nødvendig som supplement til den offentlige omsorgen i framtiden. Frivilligsentralen har signalisert at de har potensial til å bli mere benyttet i omsorgssektoren. Økonomien og rekruttering av frivillige er beskrevet som et hinder.

2. KOMMUNESTYRETS BESTILLING

I forbindelse med Handlingsplanen for 2014-2017 gjorde Rådmannen rede for behov for å revidere siste omsorgsanalyse. Kommunestyret ga sin tilslutning til det. Det ble satt ned en arbeidsgruppe for å gjøre dette arbeidet.

Mandat for arbeidsgruppen er: *Revidere siste omsorgsanalyse med hensyn til behovsbeskrivelse, bygningsløsning, kostnadstall og fremdriftsplan.*

Gruppas sammensetning er:

Enhetsleder Sykehjem	Turi Teksum
Enhetsleder Hjemmetjenesten	Lill Wangberg
Enhetsleder Bygg og eiendom	Eirik Kvål
Rådmann	Dagfinn Skjølvold
Fagforbundet HTV	Jan Nøstberg
Sykepleierforbundet	Ellinor Larsdotter Svisdal
Fagansvarlig helse og omsorg	Frøydis Lindstrøm (leder)

Rapporten legges frem innen 15. oktober

3. ANALYSEPROSESSEN

Analysegruppen har utpekt en faglig referansegruppe med slik sammensetning:

- enhetsleder helse og familie
- demenssykepleier
- kommuneoverlege
- tilsynslege ved sykehjemmet
- kreftsykepleier
- fagansvarlig medisinsk rehabilitering
- avdelingsleder ved BOAS
- avdelingssykepleier ved sykehjemmet
- fagansvarlig helsestasjon
- fagansvarlig psykisk helsearbeid

Referansegruppa har vært invitert til arbeidsmøte samt invitert til å komme med innspill til revidering av planen. Analysegruppa har også knytt til seg en bredt sammensatt brukergruppe med representanter for Oppdal Helselag, Oppdal Pensjonistforening, Mental Helse, Oppdal Demensforening og Pårørendeforeningen ved BOAS. Det har vært avholdt 5 møter i arbeidsgruppa. Tidlig i prosessen ble det arrangert et informasjonsmøte for referansegruppa og brukergruppa, der man også ønsket innspill til morgendagens omsorgsutfordringer. Innspillene er innarbeidet i omsorgsanalysen.

4. RAMMEFAKTORER

Lovverk, forskrifter og samhandlingsreform:

I *Helse- og omsorgstjenesteloven* og *Pasient- og brukerrettighetsloven* er oppgaver fra tidligere *Lov om helsetjenester i kommunene* og *Lov om sosiale tjenester* videreført. *Kvalitetsforskriften* og *Verdighetsgarantien* omtaler- og legger føringer for kvalitet i tjenesteyting.

I tillegg er det i *Samhandlingsreformen* tilkommet nye oppgaver eller foretatt tilføyelser og/eller presiseringer av tidligere bestemmelser:

- Ha et tilbud om helse - og omsorgstjenester som døgnopphold for øyeblikkelig hjelp til pasienter som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til
- Legge til rette for samarbeid med brukerorganisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse - og omsorgstjenesten
- Ved ytelsen av helse - og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer
- Plikt til å legge til rette for samhandling innad og med andre tjenesteytere for å kunne tilby de lovpålagte tjenestene
- Plikt til å samhandle med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helse - og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en helhet
- Plikt til å utarbeide Individuell Plan (IP) og tilby koordinator for pasienter og brukere med langvarige og koordinerte tjenester etter loven
- Plikt til å opprette Koordinerende Enhet (KE) for habiliterings - og rehabiliteringsvirksomhet med overordnet ansvar for IP

Stortingsmelding:

St.melding 29 *Morgendagens omsorg* omtaler både dagens behov og morgendagens utfordringer. Meldingen omtaler bl.a historie, utviklingstrekk og framtid, samfunnets omsorgsressurser, boligressurser og omgivelser, velferdsteknologi - en ny ressurs, innovasjon i omsorgsfeltet, faglig tilnærming. I denne analysen er to sentrale utfordringer vektlagt:

- Prognosene tilsier at tallet på personer med demens vil fordobles de neste 30 år. I stortingsmeldingen anbefales små, oversiktlige boenheter for å tilfredsstille behovene denne pasientgruppen har.
- Unge funksjonshemmede og unge med ulike bistandsbehov er en gruppe som i større grad har behov for omsorgstjenester. Dette er brukere med ulike funksjonshemminger som eks. Cerebral parese, lett psykisk utviklingshemming, annen nedsatt funksjon, mennesker med ulike psykiske lidelser. Tall fra Sør-Trøndelag viser at det er en betydelig økning av unge mennesker med bistandsbehov som har et økt forbruk på timer per bruker som hjemmehjelp/hjemmesykepleie/boveiledning (tradisjonelle hjemmetjenester).

Kommuneplanen 2010 - 2021, samfunnsdelen, definerer omsorg slik:

- å skape mest mulig helse
- å sørge for tilgjengelighet for alle (Universell utforming)
- å bidra til økonomisk trygghet for alle med lav inntekt
- å utnytte muligheter og ressurser som finnes i nærmiljøet (BEON - prinsippet)

- å få på plass forebyggende tiltak, forberede en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, investere i omsorgsboliger, utnytte ny omsorgsteknologi og sikre den nødvendige bemanningen i eldreomsorgen.

Fordi det svarer best til kommunestyrets oppdrag har analysegruppa konsentrert seg om siste kulepunkt i kommuneplanens definisjon av omsorg. I denne analysen har man ikke i samme grad hatt fokus på forebyggende tiltak som omsorgstiltak, i den grad det har vært mulig med et skille. Forebyggende strategier og tiltak er beskrevet i en egen utredning om folkehelsearbeid. Analysegruppa har allikevel sett på strategier og tiltak som kan forebygge og utsette behov for omsorgstjenester, særlig i aldersgruppen 67 - 79 år, som har størst vekst i planperioden. Prosjektet helsekartlegging av eldre på 75 år ble gjennomført i 2012. Friske 75 åringer uten tjenester ble intervjuet med spørsmål om tanker om fremtiden. Hva som er behovet for fremtidige helsetjenester og forebyggende helsearbeid. Behovet for informasjon om ulike tiltak som kan gjøre hverdagen lettere å mestre var betydelig.

For å imøtekomme de krav og utfordringer som beskrevet i rammefaktorene, må Oppdal kommune prioritere innsats på følgende områder:

- nye omsorgsplasser
- flere årsverk med økt kompetanse
- utbygging av tilpassede botilbud for personer med demens
- utvidelse av dagaktivisering for personer med demens

5. BEFOLKNINGSPROGNOSE

Gruppa har brukt SSB sine befolkningsframskrivninger som bakgrunn for analysen av behov i planperioden. For å belyse veksten i de eldste aldersgruppene (s.k. "eldrebølge") er prognosen fram mot år 2025 og 2040 også tatt med.

Framskrevet folkemengde, etter region, alder, tid og statistikkvariabel						
1634 Oppdal						
Alder	2014	2015	2016	2020	2025	2040
0 år	74	74	75	78	81	78
1-5 år	392	396	408	417	441	429
6-12 år	571	568	555	597	640	675
13-15 år	291	263	277	240	272	308
16-19 år	345	370	359	361	324	404
20-66 år	4028	4037	4061	4198	4307	4479
67-79 år	796	839	871	980	1082	1279
80-89 år	287	281	297	292	372	596
90 år +	63	66	65	70	66	141

SSB pr.24.09.2013

I 2015 viser prognosen størst økning blant yngre eldre 67 - 79 år sammenlignet med 2014. Nest størst er økningen i den yngste aldersgruppen. Det er kun ubetydelige endringer blant de eldste eldre. Fram mot 2040 viser prognosen en sterk økning i denne gruppen.

6. NYE SAMHANDLINGSOPPGAVER MED HELSEFORETAKET

- Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag
- Medfinansieringsansvar for konsultasjon og behandling av pasienter med medisinske sykdommer
- Døgntilbud i øyeblikkelig hjelp for somatiske (fysisk syke)pasienter, som er kjent for kommunehelsetjenesten og der kommunen kan ha et tilbud som er like godt som sykehuset. Dette må etableres innen 2016.
- Administrasjon av oppgavene inklusive å føre forhandlinger

7. OMSORGSTRAPP

Oppdal kommune har et differensiert omsorgstilbud til eldre. Helse- og omsorgstjenesten legger vekt på å yte bistand i hjemmet for å forebygge institusjonsopphold. Intensjonen er at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. For å gjøre dette mulig må det legges til rette for tidlig bistand med tilpasset omsorgsnivå.

Hjemmeboende brukere med behov for bistand, får tilbud i eget hjem der det legges vekt på egenmestring og trening for å opprettholde egenomsorg. Dette innebærer tidlig innsats i hjemmet.

Oppdal kommune har intensjon om å bygge ut tjenestetilbudet til personer med demens etter samme prinsipp som omsorgssektoren for øvrig. Dette fremstilles i omsorgstrappa, hvor tjenestetilbudet øker i takt med hjelpebehovet:

Trinn 1: Bruker med endret helse/adferd som gir grunnlag for utredning og diagnostisering. Det er viktig med en tidlig utredning for å kunne yte riktig bistand. I denne fasen er pårørende og fastlege viktige aktører. Bruker bor i eget hjem.

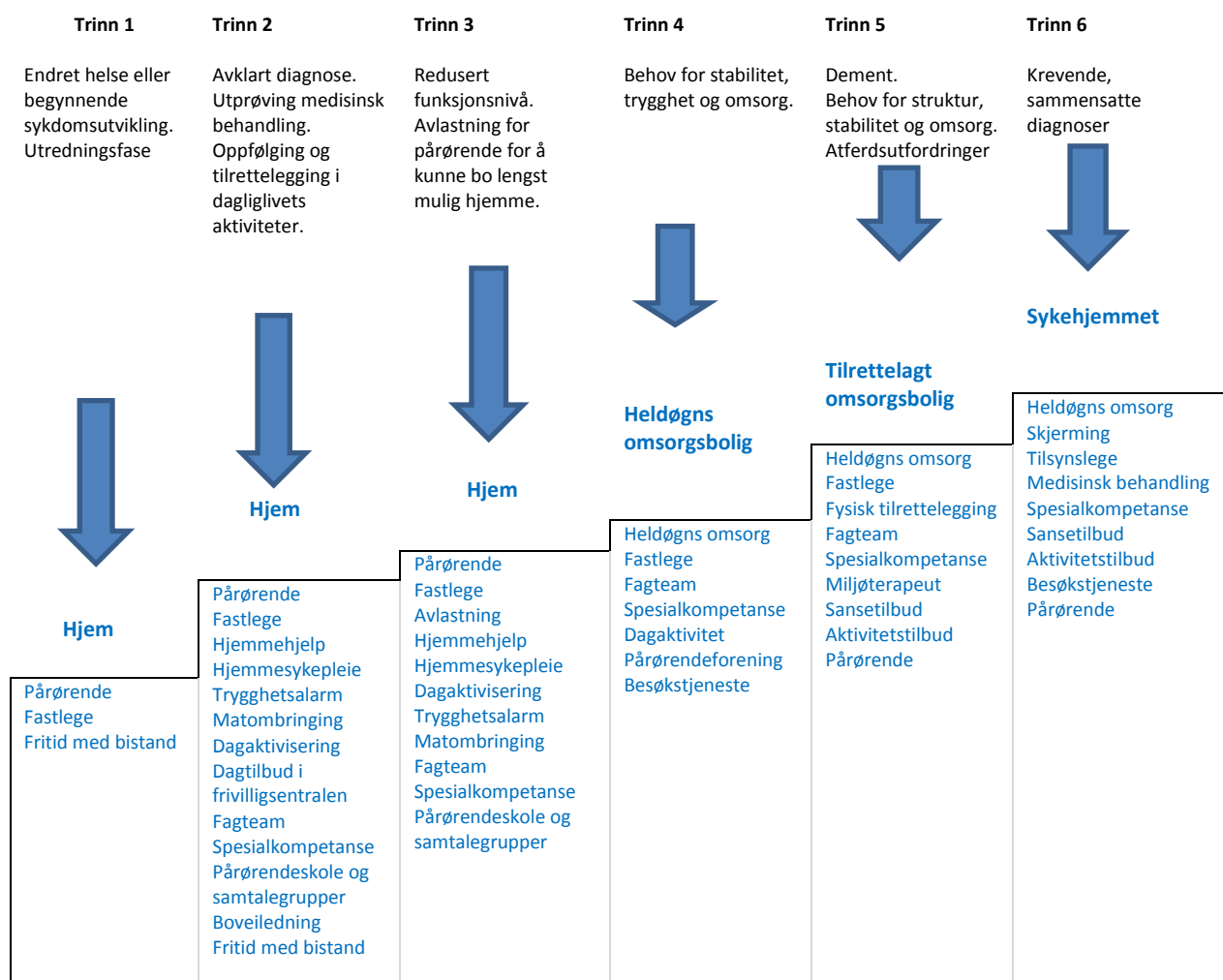
Trinn 2: Bruker har fått en diagnose og det kan være utprøving av medisinsk behandling. Det kan være behov for oppfølging og tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter for å gjøre hjemmetilværelsen stabil og trygg. Pårørende og fastlege er viktige aktører i denne fasen. Kommunen kan tilby bistand som: tilrettelegging fra ergoterapeut, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, trygghetsalarm, matombringing, dagaktivisering, demensteam, boveiledning, fritid med bistand, demenssykepleier, kreftsykepleier eller psykiatrisk sykepleier etter en behovsvurdering. Bruker kan fortsatt bo i eget hjem.

Trinn 3: Bruker har redusert funksjonsnivå. Pårørende kan ha behov for avlastende tiltak for å kunne være viktige ressurser og yte nødvendig bistand i hjemmet. Dette kan være avlastning i sykehjem eller omsorgsbolig med heldøgns omsorg, fritid med bistand (aktivitetskontakt), dagtilbud ved Bjørndalshagen, Huset, BOAS eller dagtilbud for personer med demens. Kommunen kan videre tilby bistand som på trinn 2 etter behovsvurdering. Pårørende og fastlege er viktige aktører. Bruker kan fortsatt bo i eget hjem.

Trinn 4: Bruker har behov for mer stabilitet, trygghet og omsorg. Kommunen kan tilby heldøgns omsorg i omsorgsbolig eller i BOAS. Her kan man i tillegg tilby dagaktivitet enten i BOAS, i eget dagtilbud for demente, ved Bjørndalshagen dagsenter eller ved Huset. For brukere med psykiske lidelse har kommunen et samarbeid med 2.linje-tjenesten (Orkdal DPS) om behandlingsopphold etter behov.

Trinn 5: Bruker har avklart diagnose eks. demensdiagnose eller autisme. Bruker har behov for struktur, stabilitet og omsorg. I tillegg preges pasienten av uro og/eller atferdsutfordringer. Oppdal kommune kan tilby omsorgsbolig med heldøgns omsorg i tilrettelagt bolig for demente. Her kan kommunen tilby en bolig som er fysisk tilrettelagt for brukergruppa. I tillegg kan kommunen tilby demensteam, demenssykepleier, miljøterapeutisk tilbud, aktivitetstilbud i tilknytning til bolig samt sansestimulering. Pårørende er en viktig aktør.

Trinn 6: Bruker har krevende sammensatte medisinske diagnoser og behandlingsbehov. Her vil man få heldøgns omsorg i sykehjem. For brukere med demens og utfordrende atferd kan man tilbys heldøgns omsorg i skjermet avdeling. Det gis videre tilbud om tilsynslege, medisinsk behandling, aktivitetstilbud i sykehjemmet samt sansestimulering.



Omsorgstrappa gir et bilde på hvordan Oppdal kommune ivaretar tiltak på ulike nivåer ut fra brukere sine ulike omsorgsbehov. Det vil til en hver tid være behovet som styrer tilbudet og det er tjenesteapparatet som tar beslutninger om aktuelle tjenestetiltak.

8. BOLIGER TILRETTELAGT FOR Å YTE BISTAND

Det er i tidligere handlingsplaner samt i boligsosial handlingsplan beskrevet et behov for å etablere og utvide tjenestetilbud til yngre mennesker med bistandsbehov. Dette er unge brukere med ulike hjelpebehov som eks, psykiske lidelser, unge som faller utenfor arbeidsliv med lettere autismediagnoser, cerebral parese o.a Dette er brukere som har behov for hjemmebaserte tjenester, dagtilbud samt tilrettelagte boliger med bistand.

I en nøkkeltallsrapport for Sør-Trøndelag fra KS

(<http://www.ks.no/tema/Okonomi1/Kommuneokonomi1/Nokkeltall/Fylkesvise-nokkeltallsrapporter-for-pleie--og-omsorgstjenester-2013/>) beskrives det en klar tendens til en økning i antall yngre tjenestemottakere:

«Dersom man ser på mottakere av hjemmetjenester som har omfattende bistandsbehov, så har disse i snitt 33 tildelte timer per uke i 2012, i 2008 var snittet 29 timer. Dersom gruppen av mottakere med omfattende behov deles inn etter alder, kommer det tydelig fram at mens gjennomsnittlig antall timer til de eldste har vært stabilt, har det vært en klar økning blant de yngre mottakerne. For aldersgruppen 18-49 år har antall timer i gjennomsnitt per uke økt fra 54 til 62.»

Boligsosial handlingsplan for Oppdal kommune beskriver at det er ca. 30 yngre brukere med ulike former for funksjonshemming, som mangler/kommer til å mangle egnet bolig i planperioden. Av disse er det 18 brukere i alderen fra 13 år - til 23 år med individuell plan og sammensatte behov. 13 av disse er over myndighetsalder og har krav på egen bolig. Ytterligere 4 vil bli myndig i løpet av planperioden. Det foreligger et skisseprosjekt for utbygging av boliger til denne gruppen som tidligere ikke har vært prioritert i handlingsprogrammet. Helse og familie beskriver et bemanningsbehov på 2 årsverk knyttet til disse tjenestene. Betaling for tjenester og husleie blir som i sammenlignbare kommunale omsorgsboliger.

Flere leiligheter i *Vikenhuset* er ikke av dagens standard.

På grunn av den sentrale beliggenheten er tomten godt egnet til omsorgsboliger for ulike målgrupper omsorgstrengende. For å unngå å spre kostnadskrevende døgnbemanning på for mange bygg med store innbyrdes avstander, bør et nybygg også i framtiden være forbeholdt brukere som ikke har behov for døgnbemanning.

Behov:

- *Planene for et tjenestetilbud for unge omsorgstrengende med behov for praktisk bistand må realiseres.
Investeringskostnad: for et evt nybygg ca. kr. 20 mill.*
- *Vikenhuset bør på sikt erstattes med et nybygg med tilrettelagte boliger for brukere med ulike former for omsorgsbehov på dagtid. Det må unngås å blande brukere som ikke vil ha glede og utbytte av å bo under samme tak.*

9. PRIVATE OMSORGSBOLIGER

Trender i bosetting

Det erfares at det de senere år er flere eldre som velger å selge sine boliger for å etablere seg i nye sentrumsnære leiligheter. Dette er som hovedregel boenheter med livsløpsstandard. Denne utviklingen vil påvirke fremtidig hjelpebehov knyttet til å bo i egen bolig så lenge som mulig. Flere vil kunne klare seg med mindre bistand i lengre perioder av alderdommen.

Kommunen har disposisjonsrett på 3 private omsorgsboliger med til sammen 20 leiligheter i Torshaug, Moatun og Dovreveien 8. Etterspørsel etter omsorgsboliger langt fra sentrum har avtatt og flere står pr oktober 2013 tomme. Det erfares at det de senere år er flere eldre som velger å selge sine boliger for å etablere seg i nye sentrumsnære leiligheter. Dette er som hovedregel boenheter med livsløpsstandard.

10. HJEMMETJENESTEN

Opplæring og bolig og Hjemmetjenesten ble slått sammen til en enhet for Hjemmetjenester i 2013. Sammenslåingen vil ikke medføre at det blir frigjort ressurser i selve tjenesteytingen, men gjennom ledelse. Ansatte i gamle Opplæring og bolig vil besitte nødvendig kompetanse i å vurdere brukere med sammensatte behov og håndtering av adferdsproblematikk, som vil bli nyttig bl.a. i demensomsorgen. Sammenslåingen er også et riktig skritt i retning av bedret samhandling internt.

Antall og % av brukere/pasienter i 2011 i de ulike aldersgrupper samt framskrivning etter befolkningsprognose

Alder	Antall 2011	Bruk i %	Antall 2012	Antall 2013	Antall 2014	Antall 2015	Antall 2016
0-17	0		0	0	0	0	0
18 - 49	10	0,4	11	11	11	11	11
50 - 66	8	0,6	9	9	9	9	9
67 - 74	13	2,7	13	15	15	16	17
75 - 79	15	6,9	15	15	16	16	16
80 - 84	22	11,9	22	21	20	19	20
85 - 89	38	36,2	40	42	43	43	42
90 +	15	22,1	15	14	13	14	14
Sum	121		125	127	127	128	129

På bakgrunn av både antall og % av brukere/pasienter i de ulike aldersgruppene i 2011, og som følge av befolkningsprognosen, viser tabellen bare små endringer i planperioden, med 7-8 flere brukere mot slutten av planperioden.

10.1 Omsorgsboliger uten døgnbemanning

Det er til sammen 37 kommunale ordinære omsorgsboliger/trygdeboliger uten døgnbemanning. 29 ligger i området Bjerkeveien/Bjerkehagen og 8 i tilknytning til sykehjemmet. Analysegruppa har vurdert 37 ordinære omsorgsboliger som tilstrekkelig i planperioden.

10.2 Omsorgsboliger med døgnbemanning

Behovet for døgnbemannede omsorgsboliger er stort. Pr. september 2013 er det 28 som står på inntaksteamets venteliste til BOAS. Kriterier for å stå på venteliste i Boas er at du har en kommunal tjeneste det være seg f.eks hjemmehjelp. I og med at kriteriene er lave vil det kontinuerlig forgå en behovsutredning før det tildeles bolig. Det vil med andre ord si at det ikke er de som har stått lengst på listen som vil få bolig og det vil alltid stå noen på listen.

I dag er til sammen 42 døgnbemannede omsorgsboliger i bruk. 20 av disse disponeres av brukerne i tidligere enhet Opplæring og bolig. I løpet av våren 2014 vil ytterligere 20 boliger i BOAS 2 være tatt i bruk.

Antall omsorgsboliger med døgnbemanning i bruk i planperioden.

Antall boliger	2013	2014	2015	2016	2017
BOAS 1 + 2	21	42	42	42	42
Bjerkevegen 15	4	4	4	4	4
Bjerkehagen	11	11	11	11	11
Mellomvegen 2	5	5	5	5	5
Sum	41	62	62	62	62

** 20 boliger i BOAS 2 er innflyttingsklar i løpet av 2014*

Bjerkevegen 15, Bjerkehagen 1 - 6 og Mellomvegen 2 benyttes i dag som boliger for personer med utviklingshemming og yngre med andre former for funksjonshemminger. Det er lite sannsynlig at det vil skje store endringer i bruken i planperioden. På sikt vil beboerne bli eldre og kunne få tilleggssykdommer som vil komme til å kreve tjenester på et annet nivå i omsorgskjeden. Bortsett fra Mellomvegen er disse boligene lokalisert i Bjerkehagen og vil egne seg til slik bruk også i framtiden. Etter at BOAS 2 er tatt i bruk har analysegruppen vurdert at det ikke vil være behov for flere ordinære døgnbemannede omsorgsboliger i planperioden.

10.3 Endringer av behov i hjemmetjenesten

Pr. i dag har sykehjemmet tilbud til brukere på langtidsplass som kunne benyttet seg av tilbud i heldøgns omsorgsbolig dersom BOAS 2 sto klart. Konsekvensen av dette er at sykehjemmet ikke har tilstrekkelig kapasitet til avlastning/korttidsplasser. Når BOAS 2 er tatt i bruk i løpet av 2014 vil sykehjemmet igjen kunne gi disse et tilbud. Andre pårørende med behov for avlastning vil få et tilbud, i sambruk med yngre brukere, innenfor 7 avlastningsplasser i Sildreveien avlastningsbolig, når den er tatt i bruk i september 2013. Dagaktivisering for personer med demens er i dag etablert i tilknytning til omsorgsboliger i Engveien. Disse lokalene er ikke godt egnet til dagaktivisering slik de fremstår i dag. Tilpasning av lokalene er et alternativ.

Som følge av samfunnsutviklingen og strengere inntakskriterier i sykehus må hjemmetjenesten være i stand til å håndtere nye oppgaver i planperioden:

- Flere utskrivningsklare pasienter med sammensatte diagnoser fra sykehus
- Flere deltidsoppdalinger med behov for hjemmesykepleie på hytta.
- Flere brukere med demensdiagnose/demenslignende adferd

- Lovpålagt ansvar for rådgivning og veiledning om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak.
- Flere pasienter med alvorlig sykdom som behandles i hjemmet
- Sørge for helhetlige pasientforløp sammen med sykehuset og fastlegene
- Plikt til å delta i arbeidet med Individuell Plan (IP)
- Krav til økt sykepleiefaglig kompetanse
- Økt behov for medisinsk rehabilitering i hjemmet - hverdagsrehabilitering
- Kvalitetssikring av informasjon ved elektronisk kommunikasjon mellom sykehus, fastleger og kommunehelsetjeneste

På grunn av redusert antall sengeplasser i kreftavdelingen i St Olavs Hospital er det blitt flere pasienter med kreftdiagnoser både i hjemmetjenesten og i sykehjemmet. Hjemmetjenesten har tilgang til 0,4 st. kreftsykepleier som i tillegg er ansatt i 0,6 st. som sykepleier i turnusarbeid i sykehjemmet.

10.4 Kvalitet i tjenesten

Gjennom brukerundersøkelse i 2011 har kommunen fått et bilde på tilfredsheten blant brukerne av hjemmesykepleie og praktisk bistand i eget hjem og i BOAS. På en skala fra 1 - 4 viser resultatet at brukerne generelt er svært godt fornøyd med tjenesten. Det positive inntrykket støttes i høy grad også i innbyggerundersøkelsen. For brukerne av hjemmetjenesten er det et snitt på 3,8 som er likt med beste kommune. Landsgjennomsnittet ligger på 3,5. Det var en egen undersøkelse for brukerne med utviklingshemming med et snitt på 3,5 og et landsgjennomsnitt på 3,4. Beste kommune scorer 4,0. Ingen søkere på hjemmesykepleie for avslag på sin søknad. Det gjelder også søkere på praktisk bistand. Hjemmetjenesten gir omsorg etter Eden filosofien som går ut på å øke/vedlikholde brukerens mestringsnivå for å hindre ensomhet, glemsomhet og hjelpsløshet. God livskvalitet gir et godt liv i eget hjem og utsetter behovet for heldøgns omsorg. En av fremtidens omsorgsutfordringer er at det blir mindre hjelpende hender og da er det viktig med fokus på dette. Gjennom prosjektet "saman om en bedre kommune" har arbeidsgruppa som tema Nye Boas - en heltidskultur, med fokus på kvalitet i tjenesten og rett kompetanse på rett sted. Søkere på omsorgsbolig med døgnbemanning kan oppleve å bli stilt på venteliste. Dette gjelder både yngre og eldre brukere.

Tabellen over viser at det ikke vil bli store endringer når det gjelder behov for hjemmetjenester knyttet til demografi i planperioden. De gode tilbakemeldingene fra brukere og innbyggere tilsier at dagens behovsdekning kan legges til grunn også for resten av planperioden. Usikkerheten er knyttet til endringer i behov i 2015 som følge av samhandlingsreformen.

Behov:

- *Lokaler til dagaktivisering for personer med demens*
- *Helsestasjon for seniorer, forbyggende helsearbeid*
- *Kontinuerlig bemanning av Sildreveien avlastningsbolig,*
- *Stilling som kreftkoordinator, muligens interkomm.*
- *Spisskompetanse i geriatri, diabetes, KOLS, kreft*
- *Lindrende behandling og neurologiske sykdommer*
- *Bemanning av boliger for unge voksne med behov for bistand*

- *Imøtekomme behov for varig tilrettelagt arbeid for unge uføre*
- *Styrke tilbudet med hverdagsrehabilitering i hjemmet*
- *Koordinator for unge brukere med sammensatte behov*

11. SYKEHJEM

Sykehjemmet ble i 2004 ferdigstilt med 60 enkeltrom for å oppfylle kravet til eneromreformen jfr. *Kvalitetsforskriften*, 52 langtidsplasser og 8 korttidsplasser. I de senere år har behovet for sykehjems plasser økt, slik at enkeltrom også er blitt benyttet som dobbeltrom. Fra og med 2009 ble budsjetttrammen økt tilsvarende 2 nye plasser. I 2011 ble det bevilget budsjettmidler til ytterligere 4 plasser, slik at 66 plasser var i bruk. Av økonomiske grunner ble antallet redusert til 64 i 2012 og 2013. Det er fortsatt 4 enerom som blir benyttet som dobbeltrom. 50 plasser brukes i dag av pasienter som har en demensdiagnose, hukommelsesforstyrrelser og/eller utagerende adferd.

De tradisjonelle sykehjemmene har etter samhandlingsreformen og reduksjon av antall sykehussenger til rehabilitering og kreftbehandling måtte endre karakter. Fra hovedsaklig å ha vært en boform for omsorgs- og pleietrengende eldre, innebærer endringene behov for:

- kompetansekrevende, avansert behandling ved sykehjemmet
- mer lindrende behandling
- utredning og behandling av kjente medisinske sykdommer i stedet for i sykehus
- avlastningsopphold
- rehabiliteringsopphold
- etablering av øyeblikkelig hjelp-opphold
- kapasitet til å ta i mot flere utskrivningsklare fra sykehus på kort varsel

Behovet for en slik omstilling raskt er spesielt stort i Oppdal etter at kommunen valgte å løse alle utfordringer som følge av reformen uten å gå med i SiO. Det er behov for å øke antall korttids plasser, men også i framtiden vil det være pasienter som vil ha behov for langtids plass i sykehjemmet som følge av aldersrelaterte og mer eller mindre kroniske sykdommer.

11.1 Behov for sykehjems plasser

En prioritering av korttids plasser vil gå ut over antallet langtids plasser i sykehjemmet. Behovsprognosen for de ulike formene for sykehjemsopphold etter 2015 er usikker av flere grunner:

- Mulig redusert behov for langtids plass som følge av BOAS 2
- Redusert behov for langtids plass blant personer med demens som følge av nybygg for personer med demens
- Økte behov som følge av samhandlingsreformen:
 - a. flere utskrivningsklare pasienter
 - b. medisinsk behandling lokalt som kan erstatte sykehusinnleggelse
 - c. nytt tilbud om døgnopphold i øyeblikkelig hjelp
 - d. økt behov for lindrende behandling
 - e. økt behov for døgnbasert medisinsk rehabilitering
- Økt avlastning for omsorgsytere med de tyngste omsorgsoppgavene i hjemmet

Etter en faglig vurdering og erfaringer så langt, er det behov for en økning av antall korttids- plasser fra 8 til 14:

- 2 til avlastning
- 2 til rehabilitering
- 2 til terminalpleie
- 4 til utskrivningsklare fra sykehus
- 2 til vurderingsopphold
- 2 til øyeblikkelig hjelp

Økning av antall korttidsplasser på bekostning av langtidsplasser vil ha en økonomisk konsekvens. Ved korttidsopphold betaler pasienten kr. 137,-/døgn (kr. 4180,-/mnd). Ved langtidsopphold betaler pasienten 75% av inntekt samt 85% av andre inntekter (gjennomsnittlig 11.000,-/mnd). Økning av antall korttidsplasser fra 8 til 14 vil tilsvare en inntektsreduksjon på ca. 500.000/år. Avlastning er en vederlagsfri tjeneste som ikke genererer egenbetaling.

11.2 Bemanningsbehov i sykehjem

Bemanningsfaktoren på sykehjemmet ligger i dag på 0,74 pr. pasient.

Stillingshjemler i skjermet enhet er i dag 0,9 pr. pasient. Det siste året har det imidlertid i tillegg vært behov for ekstra personell ved skjermet enhet, dette tilsvarer 0,14 stilling pr pasient. Til sammen tilsvarer dagens bemanning 1,04 stilling per pasient, hvilket er høyere enn bemanningen ved sykehjemmet for øvrig.

Samhandlingsreformen har store konsekvenser for kompetansebehovet og bemanning ved sykehjemmet. Pasienter skrives ut tidligere fra sykehus og er svært behandlingskrevende. Behandling er forordnet til alle døgnets tider. Dette gjelder legemidler, observasjoner, intravenøs behandling, parenteral ernæring, smertepumper m.m. I takt med nedleggelse av sykehussenger øker behovet lokalt for plasser og kompetanse til terminalpleie (kreft m.m) og rehabilitering. Antall innleggelser og utskrivelser har økt. I kombinasjon med økende antall pasienter med demens og demensadferd, er situasjonen totalt sett svært krevende. Det ble bevilget ressurser (2013 og 2014) til økning av tilsynslegeressurs og bemanning, men fortsatt gjenstår ytterligere økning på dag/kveld/helg for å tilfredsstille behovet. Dette dreier seg om økning av grunnbemanning fagarbeidere og sykepleiere. Det vil være behov for kompetanse innen rehabilitering, akuttpsykepleie, lindrende behandling og geriatri.

Kompetansestygingsplan er under utarbeidelse, den ferdigstilles i 2014. Den vil beskrive kompetansebehovet i pleie- og omsorgstjenestene opp mot hva som allerede finnes av kompetanse, hvordan bruke kompetanse der den trengs og eventuelle behov for ny kompetanse. Etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud ved sykehjemmet er ikke utredet, men vil sammen med endringer etter Samhandlingsreformen føre til endring i bemannings- og kompetansebehovet.

Oppdal kommune har pr. dato ansatt kreftsykepleier og demenssykepleier. Disse arbeider på tvers av alle enheter i kommunen, i samarbeid med flere fagpersoner og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det forventes økt produksjon av varmmat ved etablering av bofellesskap for personer med demens. Det vil som følge av utbygging av BOAS og nye omsorgsboliger til personer med

demens anslagsvis produseres 11.000 flere porsjoner varmmat pr. år. Dette vil medføre et behov for en bemanningsøkning tilsvarende 1 årsverk på kjøkken.

Behov:

- *bemannning for døgnopphold i øyeblikkelig hjelp*
- *rehabiliteringskompetanse*
- *akuttmedisinsk kompetanse*
- *kompetanse innen lindrende behandling og smerte*
- *spisskompetanse i geriatri/demens*
- *øke grunnbemanning sykepleier og fagarbeider*
- *øke bemanning kjøkken*

11.3 Tilrettelagt bofellesskap for personer med demens

Det er ikke slik at alle som har en demenslidelse har behov for heldøgns omsorg, da graden av demens vil variere fra lettere demens og relativt høyt funksjonsnivå - til de som har behov for skjerming jfr. Omsorgstrappa.

- Sykehjemmet har pr. september 2013 ca. 50 pasienter som har en demensdiagnose/hukommelsessvikt, de fleste kombinert med andre kroniske/alvorlige sykdommer. Mange har som følge av demensrelatert diagnose avvikende adferd.
- I BOAS er det pr. september 2013 er det 7 - 8 som har en demensdiagnose.
- I hjemmetjenesten er det pr september 2013 11 som har en demensdiagnose. 6 stykker deltar i dagaktivisering for personer med demens, ytterligere 10 kunne deltatt dersom det hadde vært kapasitet til det.

Når kommunen skal planlegge framtidens boliger for denne gruppen, bør planleggingen være preget av at flere av brukerne har behov for spesiell tilrettelegging. Personer med demens har behov for ulike tjenester og botilbud utfra funksjonsnivå. Det bør så langt som mulig etableres små boenheter for denne gruppen, dersom de ikke har stort behov for skjerming jfr omsorgstrappa og Stortingsmelding 29, *Morgendagens omsorg*.

Personer med demens er vare for endringer av rutiner og omgivelser. I størst mulig grad bør flytting mellom ulike boformer og behandlingstilbud unngås. Omsorgstjenestene bør i stedet tilstrebe kontinuitet og tilhørighet. Dette gjelder også bemanningen, da pasientenes/brukernes behov for stabilitet og kontinuitet gjør det mindre aktuelt med store personalgrupper som skal bistå flere brukergrupper.

I følge husbankens retningslinjer bør et bofellesskap for personer med ulike grader av demens etableres som mindre bokollektiv og tilstrekkelig med fellesareal. Det vil si at man etablerer boenheter med plass til seks til åtte beboere, som får anledning til å delta i vanlige aktiviteter i dagliglivet. Denne type stimulering kan ha en positiv effekt på adferd, og det anbefales at alle boenheter som skal yte omsorg for personer med demens, vektlegger hverdagslige aktiviteter. I et frittstående bygg bør hver boenhet ikke være mindre enn 30 m². I sykehjem er kravet 28 m².

Til grunn for forslaget om en egen demensbolig ligger en erkjennelse av at dagens omsorgsboliger ikke i tilstrekkelig grad er bygd og tilrettelagt for personer med demens og

andre former for funksjonsnedsettelse. På grunn av for dårlig tilrettelegging med mange rom, store arealer og lange korridorer er bygningsmassen i BOAS og sykehjemmet lite egnet som bolig for deler av denne gruppen. Analysegruppa mener at det er behov for en utbygging med tilrettelagte boliger for personer med demenssykdom i ulike stadier. Utbyggingen bør skje i kommunal regi. I gjeldende handlingsprogram med økonomiplan er det avsatt prosjekteringsmidler med 4 mill i 2014, og 43 mill i investeringsmidler i 2015. Det er avsatt kr. 8 mill. til drift i 2016.

Med bakgrunn i demografisk framskrivning, forventet effekt av BOAS 2, iverksetting av dagaktivisering for hjemmeboende og føringer i "*Morgendagens omsorg*" anbefales 26 tilrettelagte heldøgns plasser for personer med demens;

- Det foreslås å bygge to nye avdelinger i bofellesskap for personer med demens, med plass til 8 beboere på hver (totalt 16 plasser). Det må legges til rette bygningsmessig for at det kan etableres "sterk-avdeling" for 2-4 pasienter ved behov. Bofellesskapet må bygges ut i en etasje på bakkenivå for å utnytte sansehage og tilrettelegging for at fysisk aktive fortsatt kan være aktiv.
- I tillegg planlegges det å videreføre 10 plasser ved skjermet enhet på sykehjemmet. De 10 plassene er for pasienter som i tillegg til demens har sammensatte diagnoser som har behov for tettere medisinsk oppfølging, vurdering og behandling for sine somatiske lidelser. Enheten kan allerede i dag deles inn i to mindre avdelinger uten ytterligere bygningsmessige tilpasninger.

Ved utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger for personer med demens vil antall plasser for denne gruppen øke fra 10 til 26, 10 ved sykehjemmet og 16 i tilrettelagt heldøgns omsorgsbolig.

11.3.1 Alternativer for utbygging

Analysegruppa har vurdert to alternativer:

- *A: Frittstående bygg*
- *B: Tilbygg til sykehjemmet evt. ved korridor mellom byggene*

Det er gjort nye kalkyler over investerings- og driftskostnader for begge alternativene. I begge alternativene har analysegruppa lagt brukernes særlige behov til grunn når det gjelder krav til utforming av boareal, bemanning og organisering av hverdagslige aktiviteter. Det er ikke mulig å si noe eksakt om bemanningsbehovet før man kjenner omsorgsbehovet til den enkelte beboer. Når man planlegger bemanning knyttet til de to alternativene ser man at bemanningsbehovet vil være likt i begge alternativene, men alternativ B muliggjør sambruk av personell i særlige tilfeller.

Begge disse alternativene er tenkt bygd i én etasje, og skal inneholde to avdelinger med 8 boenheter i hver avdeling. I tillegg må bygget inneholde en personalbase samt fellesareal. Det er også ytret behov for et dagsenter for demente i tilknytning til dementboligene.

Alternativ A er et frittstående bygg som er tenkt plassert nord for eksisterende p-plass ved Sanatellvegen.

Alternativ B er tenkt sammenkoblet med Helsesenteret, på nordsiden av C-fløy. Dette alternativet vil legge beslag på gang- og sykkelstien som går på oversiden av sansehagen. Det må anlegges en erstatning for denne. Dette alternativet vil også føre til at eksisterende p-plass må erstattes med 30 nye p-plasser utover de plassene som demensboligene vil kreve. Dersom man velger alternativ B bør man også vurdere å klargjøre demensboligene for en evt. senere påbygging i høyden. Merkostnader til dette er ikke medtatt.

11.3.2 Kostnadsberegninger bofellesskap for personer med demens

Personer med demens med behov for heldøgns helse - og omsorgstjenester er i målgruppen for investeringstilskudd fra Husbanken til bygging av omsorgsboliger og sykehjem. Maksimalt tilskudd til sykehjem etter forslag til statsbudsjett 2014 utgjør 40 % av investeringskostnadene begrenset oppad til kr. 1 154 000 pr. plass. For heldøgns omsorgsbolig utgjør tilskuddet 30 % med et tak på kr. 865 500 000 pr. bolig. Husbanken forutsetter at all nybygging av sykehjem og omsorgsboliger er tilpasset mennesker med demens og anser små bokollektiv og avdelinger med aktivitetsmuligheter som bedre enn institusjoner i mange etasjer med store avdelinger og lange korridorer.

Den nye regjeringen vil at staten skal ta et større ansvar for en raskere utbygging av kapasiteten i eldreomsorgen. Den nye regjeringen gir i et foreløpig utkast forslag om å øke den gjennomsnittlige tilskuddsandelen pr. boenhet fra 35 % til 50 % av den maksimale godkjente anleggskostnaden f.o.m 2014, fordelt på hhv. 45% per omsorgsbolig og 55% per sykehjems plass. Tilskudd til fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger som er nødvendig for å kunne yte heldøgns tjenester og lokaler for dagaktivitet, foreslås også økt til inntil 55 % av godkjente anleggskostnader. Kommunens investeringer i omsorgsboliger og sykehjem inngår i momskompensasjonsordningen for kommunesektoren. Medregnet denne kompensasjonen vil staten kunne dekke om lag 70 % av godkjente anleggskostnader.

Det foreslås samtidig å øke den maksimale godkjente anleggskostnaden per boenhet til fra 2,885 til 3,3 mill. kroner i pressområder for å avhjelpe kommuner med særskilt høyt kostnadsnivå. Denne maksimale godkjente anleggskostnaden i ordningen, som utgjør beregningsgrunnlaget for tilskuddet, foreslås differensiert etter kostnadsnivået i kommunene.


Økning av tilskuddsandelen og heving av godkjente anleggskostnader i pressområdene fører til at de maksimale tilskuddskostnadene økes til 1 485 000 kroner per omsorgsbolig og 1 815 000 kroner per sykehjems plass i pressområder, og til 1 298 250 kroner per omsorgsbolig og 1 586 750 kroner per sykehjems plass i landet for øvrig.

11.3.3 Investeringskostnader

Forutsetning: Omsorgsboliger i to samlokaliserte bofellesskap med døgnbemanning for totalt 16 beboere med demens. Det skal legges til rette for velferdsteknologi og muligheter for skjerming av enkelte leiligheter ved behov.

• Arealet på leilighetene (16 x 35 m2)	:	560 m2
• Gangarealer (17% av boligdel)	:	95 m2
• Fellesareal (75 % av boligdel)	:	420 m2
• Adm.lokaler/lager/teknisk rom (60% av boligdel)	:	<u>336 m2</u>
Arealbehov	:	1411 m2

Kostnad	Alt. A Frittstående bygg	Alt. B Tilknytning til OHS
Nybygg uten dagsenter á 32.000 kr pr m2	45.152.000	45.152.000
Kostnad 17 m lang tilknytningskorridor	-	1.000.000
Fjerning samt etabl. av ny gangvei (50 m)	-	400.000
Fjerning og etablering av eks. p-plass (30 stk)	-	1.500.000
Etablering av 8 ny p-plasser	320.000	320.000
Uforutsette kostnader ved sammenbygging	-	1.000.000
Sansehage	500.000	200.000
Sum investeringskostnad	46.000.000	50.000.000



Dersom man velger å bygge dagsenter for demente i tilknytning til dementboligene vil det tilkomme en merkostnad på begge alternativene. Denne merkostnaden er ikke medtatt i kalkylen.

Vi vil minne om at det først er etter avholdt anbudsrunde vi vet hva investeringskostnaden vil være.

Husbankens investeringstilskudd vil for begge alternativene ligge på maksimum kr.13,85 mill. etter de foreslåtte 2014 satsene. Dette vil komme til fradrag for begge alternativene.

Byggets driftsutgifter er tenkt ivaretatt gjennom husleien.

11.4 Bemanningsbehov og driftsutgifter bofellesskap for personer med demens

Siden boliger for personer med demens er en ny driftsform i Oppdal, er det konferert med Sunndal kommune, Stjørdal kommune og Hamar kommune. Alle disse kommunene har etablert heldøgns omsorgsboliger for personer med demens. De har tett, fast bemanning - og har organisert også skjermede/forsterkede enheter som omsorgsboliger. Informasjon angående bemanning er innhentet fra disse, i tillegg til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Som tidligere beskrevet vil bemanningsbehovet vil være likt i begge alternativene, men alternativ B muliggjør sambruk av personell i særlige tilfeller.

Personalkompetansen i en ny omsorgsbolig for personer med demens er en viktig forutsetning for god drift og et kvalitativt godt tilbud. Personalet må ha kompetanse innen demens, miljøarbeid og adferd.

Beboere i bofellesskapet vil betale for renholdstjenester på lik linje som beboere i BOAS og hjemmetjenesten. Utgifter til renhold av fellesarealer i bofellesskapet vil imidlertid bli et

kommunalt ansvar. Når BOAS 2 står ferdig, vil det ikke være behov for renhold av hjemmetjenestens kontorlokaler på sykehjemmet, og renholdsressurser forventes flyttet til bofellesskap for personer med demens uten økte driftsutgifter.

Behov: 17,22 årsverk samlet kr. 10.386 596:

- ***Avd.leder** for heldøgns demensomsorg, 26 pasienter/beboere*
- ***dag/hverdag** 5 ansatte pr. 16 beboere på*
- ***dag/helg** 4 ansatte pr. 16 beboere*
- ***kveld** 4 ansatte pr. 16 beboere på*
- ***dag/ettermiddag** 1 aktivitør/miljøarbeider pr. 16 beboere*
- ***natt** 1 ansatt pr. 16 beboere*

11.5 Organisering av sykehjem og bofellesskap for personer med demens

Det er et mål at sykehjemmet går over til kun å tilby enerom når BOAS 2 og boliger tilrettelagt for personer med demens er ferdig utbygd.

Dagens organisering ved sykehjemmet innebærer drift av 2 avdelinger med 30 - 32 pasienter på hver avdeling. Hver avdeling er inndelt i 3 fløyer a` 10-11 pasienter. Skjermet enhet utgjør en av fløyene på bakkenivå. Korttids- og langtids plasser tilbys på begge avdelinger, avhengig av hvor det er ledighet. Det drives pr oktober 2013 med fast overbelegg og bruk av dobbeltrom.

Nye pasienter blir tildelt plass der det til en hver tid er ledig seng. Dette vanskeliggjør å benytte rett kompetanse på rett sted, og tillater ikke spissing av kompetanse utover det som allerede er iverksatt på skjermet enhet. Pasienter med behov for rehabilitering, lindrende behandling, terminalpleie, avlastning, øyeblikkelig hjelp, vurderingsopphold, pleie og omsorg, trygghet og annen behandling tilbys plass på alle fløyer og begge avdelinger bortsett fra ved skjermet enhet.

Det er hensiktsmessig at sykehjemmet organiseres med 3 avdelinger når boliger tilrettelagt for personer med demens skal driftes. Dette uavhengig av om alternativ A eller B velges. Det anbefales at heldøgns demensomsorg ved skjermet enhet ved sykehjemmet og i ny omsorgsbolig for personer med demens organiseres som én avdeling.

Anbefalt utbygging innebærer at Oppdal kommune (pleie- og omsorg) fra 2016 disponerer:

- 60 sykehjemsplasser, hvorav 10 tilrettelagt for personer med demens
- 16 plasser i bofellesskap for personer med demens
- 43 omsorgsleiligheter for eldre med heldøgns omsorgsbehov i BOAS
- 37 omsorgsboliger for eldre og funksjonshemmede med ordinær hjemmesykepleie
- 21 heldøgns omsorgsleiligheter for utviklingshemmede i bofellesskap
- 7 heldøgns avlastningsplasser for hjemmeboende med særskilte behov i Sildreveien

11.6 Kvalitet i tjenesten

Gjennom brukerundersøkelse i 2011 og 2012 har kommunen fått et bilde på tilfredsheten blant beboerne i sykehjemmet og deres pårørende. På en skala fra 1 - 6 viser resultatet at beboerne generelt er godt fornøyd med tjenesten med et snitt fra 2012 på 5,6 mot et landsgjennomsnitt på 5,2. Tilsvarende for de pårørende er 4,6 og 4,6. Både beboerne og pårørende er minst fornøyd med medvirkning og informasjon.

Iverksatte tiltak er innføring av inkomstsamtale og årssamtale for alle pasienter/pårørende, samt pårørendemøte med faglig informasjon en gang i året.

Gjennom deltakelse i prosjektet "Saman om ein betre kommune" har sykehjemmet fokus på kvalitet i tjenesten, og avdeling TUNET jobber målrettet gjennom sin deltakelse i prosjektet. Prosjektet har videre fokus på heltidskultur.

Sykehjemmet i gang med innføring av "Myskjaskolen", som innebærer musikk og rytme i miljøbehandling for personer med demens og sykehjemspasienter generelt.

12. FOREBYGGENDE STRATEGIER OG TILTAK

12.1 Helsestasjons- og skolehelsetjenester

Fokuset på forebygging og helsefremming har økt på nasjonalt nivå, og samhandlingsreformen peker på at "den nåværende velferdsstandard ikke kan opprettholdes på lang sikt uten gode forebyggende og helsefremmende tiltak." Kommuner og fylker har fått større ansvar for forebygging og helsefremming. Det nye lovverket krever at kommuner og fylker skaffer seg og dokumenterer en oversikt over lokale og regionale helseutfordringer og gjør gjennomtenkte, faktabaserte tiltak for å forebygge disse problemene. Det er viktig å merke seg at de fleste data som foreligger omhandler sykdommer, fordi dette er foreløpig den eneste type data som er tilgjengelig. I fremtiden er det svært viktig å fokusere betydelig mer på data og variabler om helsefremmende arbeid.

Helsedata for fylket viser med høy grad av sikkerhet at gruppen uføretrygdende 18-44 år, ligger dårligere an enn landet som helhet (kilde: FHI). Data for Oppdal viser tilsvarende funn, uten at man med høy sikkerhet kan fastslår dette. I denne sammenheng er det relevant å nevne at Oppdal kommune ikke har en strategi/plan i forhold til å utjevne sosiale helseforskjeller, jmf. St.meld.nr.20 "Nasjonale strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller".

Overvekt og fedme hos barn og unge i region midt-Norge har økt betydelig og ligger nå på 21%. Fylkesmannen påpeker betydningen av å iverksette tiltak, ettersom barn som lider av overvekt og fedme har mye større sjanse for å få helserelaterte problemer når de blir eldre.

Målinger utført i Oppdal viser:

Iso KMI >25	3.trinn	8. trinn	Førskolebarn	KMI gravide
2011	19 %		17 %	37,5 %
2013	21,25 %	6,8%	6,8%	35,2%

Svangerskapsomsorgen er en viktig samarbeidspartner i kommunens frisklivsarbeid. For å redusere andel overvektige gravide, kreves en styrket flerfaglig satsing. Den gravidens livsstil har direkte effekt på barnet i magen, og er av den grunn av særlig betydning også for barnets forutsetninger for utvikling av god helse gjennom livet.

Nyfødte skrives ut fra barselavdelingene stadig tidligere. Oppdal helsestasjon deltar i et 3-årig samarbeidsprosjekt med St.OH "Kjent jordmor i barselomsorgen"(tilskudd hdir.) Familien reiser hjem 6-48 timer etter fødselen. Gjennom prosjektperioden gjennomgår tjenesten en betydelig kompetanseheving knyttet til barselomsorg; alle utstyrsinvesteringer blir foretatt og samhandling med St.OH og kommunalt tilbud kvalitetssikres. Modellen skal sikre kontinuitet i omsorgen. Målet er å gi familien en god start, med tanke på amming og tilknytning, og på denne måten å stimulere positive resurser for god helse og forebygge psykiske plager. Fra 2015 må tilbudet implementeres i ordinær drift.

Hjelp som blir gitt tidlig, lokalt og i samarbeid med barnets nærmeste omgivelser, familien, gir størst nytte både for det enkelte barnet og samfunnet. Der en tidligere hadde sentralisert kompetanse og høye terskler for hjelp, skal det nå legges mer vekt på desentralisert kompetanse og lavterskeltilbud.

Familiens hus, eller familiesentermodellen, er en måte å organisere tjenester på som avspeiler denne tankegangen. Kort fortalt er det en modell for samordning av de av kommunens tjenester som i sum kan gi foreldre og barn et helhetlig, støttende og lett tilgjengelig tilbud i deres nærmiljø. I Oppdal kommune er det Familiesenter, på helsestasjonen, hver onsdag. Fagområder som inngår i tilbudet er psykisk helsetjeneste, PPT, skolehelsetjeneste, helsestasjon og forebyggende barnevern. Familiesentermodellen er en utmerket modell å bygge kommunens frisklivssatsingen, i forhold til ungdom- og barnefamilier, videre på - da dette ikke handler om å opprette nye stillinger for enkeltpersoner, men å styrke og ta i bruk tverrfaglig samhandling og fagkompetanse. Psykisk helsearbeid, ppt, fysioterapeuter, jordmødre, helsestasjonslege og helsesøstre inngår i kommunehelsetjenesten. Tjenestene befinner seg allerede på barn-, unge- og deres familiers arenaer og vil være viktige samarbeidspartnere for frisklivskoordinator. Gode vaner for livet er så mye mer enn fysisk aktivitet - og når vanene må endres - blir det for de som trenger det mest - utrolig sammensatt - derfor er tverrfaglighet en forutsetning for å lykkes. Det er av betydning å se sammenhengen mellom tjenestenes ordinære tilbud/programmer og styrket frisklivssatsing i fht overvekt. Gjennom en helhetlig tilnærming og plan vil vi lettere få øye på de mange muligheter og røde helsetrådene som sammen fører til helseeffekt.

Utvikling av psykiske plager og lidelser hos barn henger nært sammen med familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser. I oppdal kommune erfarer skolehelsetjenesten at antall henvendelser knyttet til psykiske vansker hos barn og unge øker. Barn og unge har behov for å rustes bedre til "å tåle livet". En styrking av skolehelsetjenesten og tverrfaglige lavterskeltilbud til klasser, grupper og enkelt familier, vil bidra til at flere barn og unge får hjelp til å utvikle mer robuste og hensiktsmessige mestringsstrategier. Samtidig vil flere barn og unge som strever, bli identifisert tidligere og tilbudt hjelp i kommunen evt. henvist videre til spesialisthelsetjenestens, før problemene "fester grepet".

Mestring og trivsel i grunnskolen legger et godt grunnlag for gjennomføring av videregående skole. Å forebygge frafall i videregående skole vil fremme helse fordi det øker muligheter for jobb, og aktiv deltakelse i samfunnet. Noe som kanskje er den viktigste faktoren i folkehelsearbeidet i kommunen.

Gjennom tilknytningen til skolen har skolehelsetjenesten potensial til å nå barn og unge i alle sosiale grupper. For ungdom er det viktig å ha et sted å henvende seg med sine problemer uten å bestille time og uten å måtte involvere foresatte.

Skolehelsetjenestens kontaktflate mot alle barn er spesielt verdifull i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. I tillegg til å gi elevene et tilbud i skolehelsetjenesten, kan tjenesten henvise til spesialisthelsetjeneste eller ta kontakt for forsterket støtte av andre tjenester i

kommunen. Dette betyr at en velfungerende skolehelsetjeneste også er viktig for at det øvrige kommunale hjelpeapparatet skal kunne fungere tilfredsstillende. Enkelte undersøkelser tyder på at barn og unges bruk av andre helsetjenester varierer etter sosial tilhørighet (kilde FHI)

”En god barndom varer livet ut”

Kilde: Jonas Gare Støre, 2012

12.2 Medisinsk habilitering og rehabilitering

Fagområdet er organisatorisk tilknyttet enhet Helse og familie men fungerer over enhetsgrensene for omsorgstjenester. Tjenesten medvirker til å redusere/utsette omsorgsbehov hos pasienter og brukere i alle aldre. Økt mestringskompetanse er målsettingen med tjenesten, selvsagt med individuelle mål og tilpasninger. Med en sterk økning blant yngre eldre i planperioden vokser også oppgaven med opplæring i å mestre egen omsorg. For å kunne lykkes må det også stilles større krav til samhandling om pasientflyten internt i kommunen ved bl.a. å sørge for et tett samarbeid mellom pasientene, hjemmetjenesten, sykehjemmet, fastlegene og de privatpraktiserende fysioterapeutene. Dagens bemanning på 3,2 årsverk er allerede for liten. Behovet for bemanningsøkningen er i gjeldende handlingsprogram beskrevet å være 0,5 st. ergoterapeut. Arbeidsgruppa har vurdert behovet for kapasitetsøkning til å være 1,5 stillingsressurs i perioden, fordelt på ergoterapi og fysioterapi og tilpasset behovet i samhandlingsreformen.

Sykehjemmet har behov for et utvidet tilbud av habiliterings - og rehabiliteringstjenester for å dekke morgendagens behov. For å øke egenmestring og trygghet i eget hjem bør tjenesten bidra til at *Smarthusteknologi* og ulike former for *sensorteknologi* blir tatt i bruk når beboerne ønsker det og det er etisk forsvarlig.

Koordinerende enhet (KE) er en funksjon i lovverket med overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan (IP) og for etablering og opplæring av koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Organiseringen må sikre en mest mulig tverrfaglig sammensetning og en effektiv ressursutnyttelse. Enheten forutsettes fortsatt lagt til fagområdet medisinsk rehabilitering.

12.3 Folkehelseperspektivet

Med redusert press på spesialisthelsetjenestene som mål har kommunen gjennom samhandlingsreformen og nytt lovverk fått et særskilt ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen. Alle enheter med omsorgsoppgaver skal ha fokus også på hva som kan fremme helsen hos den enkelte og hvordan sykdom, skade og sosiale problemer kan forebygges. Prosjekt *Helsekartlegging blant 75 - åringer* i Oppdal ble ferdig våren 2012. Resultatene viste at behovene bl.a. for forebyggende omsorgstiltak er stort. Det er aldersgruppen 67 - 79 som vil ha størst vekst i planperioden. Det er nok her man vil få kortsiktig effekt av forebyggende strategier. Det er også tenkelig at denne gruppen kan ha god nytte av å ta i bruk ny velferdsteknologi for å styrke og opprettholde egenomsorgsevnen. Folkehelseopplysning må settes inn tidlig og på en slik måte at den enkelte føler et økt ansvar for egen helse. Det blir den enkeltes ansvar å motta råd og følge dem. Det ble i 2013 startet et

forprosjekt til etablering av frisklivssentral i Oppdal. Det ble tilsatt en frisklivs koordinator i 30 % stilling som har etablert kontakt og samarbeid med leger, helsestasjon, fysioterapeuter og andre aktuelle samarbeidspartnere til sentralen. Det vil i 2014 tilsettes en fast frisklivs koordinator i 50 % stilling. Frisklivs koordinator vil ha tilhold i tilknytning til helsestasjonen. Målet for arbeidet i frisklivssentralen for 2014 er å drive frisklivstiltak for kronikergrupper knyttet til overvekt, diabetes og KOLS. Videre er helsestasjon for eldre et tiltak som er under planlegging og forventes iverksatt i 2014.

12.4 Samarbeid med frivillige

Ensomhet er en stor helsetrussel. Omsorgstjenesten vil ikke ha kapasitet til å dekke den enkeltes behov for fellesskap. Staten har forventninger til at *Næromsorg* vil bli den neste samhandlingsreformen med fokus på å mobilisere ressurser og sette samspillet med familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i sentrum. Medborgerskap skal innebære mer enn forbruk av offentlige tjenester og forutsetter at folk tar ansvar for oppbygging og utforming av tjenestetilbud, og har en rolle både som konsumenter og produsenter. Mange eldre legger ned en betydelig frivillig innsats i *Frivilligsentralen* som supplement til den offentlige omsorgen. Mer "næromsorg" og økt frivillig innsats vil bli nødvendig som supplement til den offentlige omsorgen i framtiden. Frivilligsentralen har signalisert at de har potensial til å bli mere benyttet i omsorgssektoren. Økonomien er beskrevet som et hinder. Kommunens tilskudd utgjør i år kr. 250.000. Beløpet må økes dersom samarbeidet med omsorgssektoren skal kunne utvides. Sammen med Frivilligsentralen og OVS er et *Livsglede-prosjekt* kommet i gang. Kommunen må spille en mer aktiv rolle i samarbeidet med frivillige organisasjoner og spesielt Frivilligsentralen.

12.5 Aktivisering

Det finnes tilbud for aktivisering i fellesskap for grupper pasienter og brukere i 4 offentlige bygg i kommunen. For beboere og hjemmeboende eldre i BOAS, for utviklingshemmede i 1. etasje i Bjørndalshagen, for brukere med psykiske problemer i sokkelen i Bjørndalshagen, for personer med demens i Engveien og for sykehjemsbeboerne i sykehjemmet. Regjeringen har satt fokus på aktivisering spesielt tilrettelagt for personer med demens, som også kan fungere som dagavlastning. Etter at bofellesskap for personer med demens er tatt i bruk er det naturlig at tilbudet blir lagt dit.

Behov:

- *Styrke kompetansen i helsestasjon og skolehelsetjenesten*
- *med kommunepsykolog*
- *Styrke bemanningen i med. habilitering og rehabilitering med 1,5 st.*
- *Ta i bruk velferdsteknologi i BOAS 2*
- *Økt tilskudd til Frivilligsentralen*
- *Økt fokus på helsefremming og forebygging*

Vedlegg:

Beregning av årlige driftsutgifter bofelleskap for 16 personer med demens :

	Kompetanse	Årsverk	Kostnad
Avdelingsleder Inkl. sosiale kostnader	Heldøgns demensomsorg Nytt bofellesskap og skjermet avdelings sykehjem	1 årsverk	Kr.625.657
Dagtid hverdag Inkl. sosiale kostnader	1 x høgskoleutdannet 4 x fagarbeidere	5,28 årsverk	Kr.2.641.442
Dagtid helg m/tillegg og sosiale kostnader	1 x høgskoleutdannet 3 x fagarbeidere	2,11 årsverk	Kr.1.060.769
Kveld alle dager m/tillegg og sosiale kostnader	1 x høgskoleutdannet 3 x fagarbeidere	5,9 årsverk	Kr.4.319.925
Nattevakt m/tillegg og sosiale kostnader	1 x fagarbeider	1,93 årsverk	Kr.912.687
Dag/ettermiddag hverdager	1 x aktivitør/miljøarbeider	1 årsverk	Kr.488.565
Helligdagstillegg pr. år			Kr.337.571
Sum		17,22 årsverk	Kr.10.386.596

Konsekvenser for utbygging av BOAS og nye omsorgsboliger for personer med demens

Kapasitetsøkning på kjøkkenet v/sykehjemmet	1 x kokk	1 årsverk	Kr.529.217
Sum			Kr.529.217

Konsekvenser for omgjøring av langtidsplasser til korttidsplasser i sykehjem

Omgjøring av langtidsplass til korttidsplass	langtidsplass = kr.11000 pr. mnd Korttidsplass = kr. 4180 pr. mnd Prisdifferanse = kr.6820 pr. plass pr. mnd	Inntektstap: 12mnd x 6820 diff = kr. 81 840 x 6 pasienter = kr.491 040	Kr.500.000
Sum			Kr.500.000