

VESTRE TOTEN KOMMUNE

PLAN FOR OMSORGSAVDELINGEN

2011 - 2014



Vedtatt KST 15.12.10

Plan for omsorgsavdelingen 2011 – 2014

1. INNLEDNING	6
2. INNSTILLINGER	6
3. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	7
4. STATLIGE, REGIONALE OG LOKALE FØRINGER	8
4.1 LOVKRAV.....	8
4.2 STORTINGSMELDINGER.....	8
4.2.1 <i>Framtidas omsorgsutfordringer, Stortingsmelding 25</i>	8
4.2.2 <i>Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47</i>	9
4.3 RUNDSKRIV IS-1/2010, HELSEDIREKTORATETS NASJONALE MÅL OG HOVEDPRIORITERINGER,.....	10
4.4 REGIONAL UTVIKLING AV SAMHANDLINGSTJENESTER.....	10
4.5 KOMMUNEPLAN (2008 – 2019).....	11
4.6 BUDSJETT OG ØKONOMIPLAN FOR KOMMUNEN.....	11
4.7 VI VIL PLAKATEN.....	11
4.8 SERVICEMODELLEN.....	12
4.9 RUSPOLITISK HANDLINGSPLAN.....	12
4.10 PSYKIATRIPLAN.....	12
4.11 REHABILITERINGSPLAN.....	12
4.12 BEMANNINGSPLANER / KOMPETANSEPLAN OG KURS- OG OPPLÆRINGSPLAN.....	12
4.13 REVIDERT RAPPORT MED ANBEFALINGER OM BRUK AV KOMMUNENS EKSISTERENDE OG NYE HELDØGNSPLASSER....	13
4.14 TJENESTENIVÅ OG KRITERIER FOR TILDELING AV OMSORGSTJENESTER.....	13
5. FAKTA OG NØKKELTALL FOR VURDERING AV FRAMTIDAS OMSORGSTJENESTER	13
5.1 ORGANISASJON.....	13
5.2 NØKKELTALL.....	14
5.3 DRIFTSUTGIFTER	15
5.4 BRUKEROVERSIKT.....	16
5.5 LØNNSUTGIFTER- KOSTRA.....	17
5.6 BEFOLKNINGSUTVIKLING.....	17
5.7 INDIVIDUELL PLAN - IP.....	20
5.8 TVERRFAGLIG TEAM FOR MENNESKER MED SAMMENSATTE BEHOV.....	20
5.9 BOLIGUTVIKLING.....	21
6. FØRENDE PRINSIPPER OG MÅL	21
6.1 BEON.....	21
6.2 MESTRING.....	22
6.3 OMSORGLØFTET.....	22
6.4 MÅL.....	23
7. LAVTERSKELE OG IKKE HJEMLEDE TILTAK – VURDERINGER OG ANBEFALINGER	24
7.1 TRYGGHETSALARM.....	24
7.2 MATOMSORG TIL HJEMMEBOENDE, OMSORGSBOLIGER OG I SYKEHJEM.....	24
7.3 DAGSENTER.....	26
7.3.1 <i>Dagsenter for eldre samt dagrehabilitering</i>	28
7.3.2 <i>Erindringssenteret</i>	28
7.3.3 <i>Psykiatrisk dagsenter</i>	28
7.3.4 <i>Møteplassen – lavterskeltilbud for brukere med psykiske problemer/lidelser</i>	29
7.3.5 <i>Kirkevegen 10, dagsenter for mennesker med spesielle behov</i>	29
7.3.6 <i>HUSET, lavterskeltilbud rusmisbrukere</i>	29
7.3.7 <i>Aktiv omsorg</i>	30
7.4 ARBEIDSTRENING.....	31
7.4.1 <i>Grønn Omsorg / Grønt arbeid</i>	31
8. LOVPÅLAGTE HJEMMETJENESTER - VURDERINGER OG ANBEFALINGER	31

8.1 HJEMMESYKEPLEIE, HJEMMEHJELP OG PRAKTISK BISTAND	31
8.2 MILJØARBEID	32
8.3 PSYKIATRI - VURDERINGER OG ANBEFALINGER	32
8.4 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE – BPA	34
8.5 OMSORGLØNN	34
8.6 AVLASTNING.....	35
8.6.1 Hjemmeavlastning.....	35
8.6.2 Avlastning i institusjon.....	35
9. BOTILBUD I VESTRE TOTEN - VURDERINGER OG ANBEFALINGER	35
9.1 UBEMANNEDE BOLIGER	35
9.2 BEMANNEDE BOLIGER.....	36
9.2.1 Raufosstun sykehjem.....	37
9.2.2 Gimle sykehjem.....	38
9.2.3 Korterudvegen – på Raufoss og Sundskogvegen Omsorgsboliger på Eina - Boliger for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne som har behov for heldøgns omsorg.....	38
9.2.4 Tyttebærstien, Ytterskogvegen og Elvesvingen Omsorgsboliger.....	38
9.2.5 Eventyrvegen Omsorgsboliger	38
9.3 BRUK AV EKSISTERENDE BYGNINGSMASSE SAMT FORSLAG TIL NYE BOLIGER.....	38
9.3.1 Vurdering av bygningsmasse Gimle	39
9.3.2 Geografisk plassering av nye boenheter.....	40
9.3.3. Kommunal drift eller i regi av boligstiftelse	40
9.3.4 Omgjøring av sykehjems plasser til omsorgsboliger.....	41
9.3.5 Forslag disponering av sykehjems plasser og omsorgsboliger etter opprusting.....	41
9.3.6 Forslag / anbefalinger for samlet heldøgns tilbud.....	42
9.3. 7 Omdisponering av ressurser.....	44
9.4 SAMARBEID LEGE OG FYSIO /ERGOTERAPITJENESTEN	44
9.4.1 Tilsynslege i sykehjem.....	44
9.4.2 Legetjenester ved omsorgsboliger og hjemmeboende.....	45
9.4.3 Vurdering.....	45
9.4.4 Fysio / ergoterapitjenesten.....	45
10 . IKT; FAG- OG ØKONOMISYSTEMER FOR OMSORG	45
11. STRATEGI FOR FRIVILLIG ARBEID.....	46
12. KREFTPLAN 2010 – 2013.....	47
12.1 BAKGRUNN OG MANDAT.....	47
12.2 SENTRALE FØRINGER FOR KREFTOMSORGEN.....	47
12.3 SAMHANDLINGSREFORMEN:	48
12.4 KOMMUNEHELSETJENESTEN	49
12.4.1 Fastlegen i kreftbehandling.....	49
12.4.2 Hjemmetjenesten.....	49
12.4.3 Sykehjemmet	49
12.4.4 Fysio- ergoterapitjenesten.....	49
12.4.5 Ressurssykepleier	50
12.5 FOREBYGGENDE KREFTARBEID.....	50
12.5.1 Tobakksbruk.....	50
12.5.2 Kosthold.....	51
12.5.3 Fysisk aktivitet.....	51
12.5.4 Alkohol.....	51
12.6 KREFTFOREKOMST OG UTVIKLINGSTREKK.....	51
12.6.1 Kreftpasienten.....	52
12.6.2 Pårørende.....	53
12.7 STATUS 2009 I VESTRE TOTEN KOMMUNE I FORHOLD TIL PALLIATIV/KREFTOMSORGEN:.....	54
12.8 INNSATSOMRÅDER OG TILTAK/FORSLAG	54
12.8.1 Palliativ pleie og behandling i sykehjem	55
12.8.2 Dagtilbud til kreftpasienter ved Raufosstun (prøveprosjekt).....	55
12.8.3 Sykepleiernettverk for kontaktsykepleiere innenfor palliativ omsorg.....	56
12.9 HANDLINGSPLAN 2010 TIL 2013.....	56
12.10 LITTERATURHENVISNINGER OG NETTADRESSER:	57

13. DEMENSPLAN	58
13.1 INNLEDNING	58
13.2 SENTRALE FØRINGER	58
13.3 MÅL	58
13.4 STATUSBESKRIVELSE	58
13.4.1 Utviklingen av demens.....	59
13.4.2 Antall personer med demens i Norge.....	59
13.4.3 Antall personer med demens i Vestre Toten.....	60
13.4.4 Eksisterende tilbud i Vestre Toten	60
13.5 BEHOV / TILTAK	61
13.5.1 Demenskoordinator.....	61
13.5.2 Demensteam.....	61
13.5.3 Dagplasser	61
13.5.4 Rekruttering og kompetanseheving.....	62
13.5.5 Heldøgns plasser – etablering av nye omsorgsboliger samt ombygging av eksisterende tilbud / plasser	62
13.5.6 Utredningsplass	62
13.5.7 Avlastningsplass.....	62
13.5.8 Demensuke	63
13.5.9 Krav til bemanning.....	63
13.5.10 Hjemmetjenester	63
13.6 KONKLUSJON / OPPSUMMERING	63
13.7 HANDLINGSPLAN 2011-2014.....	64
14. REHABILITERING - VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	65
15. ALTERNATIVE ARBEIDSTIDSORDNINGER - VURDERINGER OG ANBEFALINGER	66
12 TIMERSTURNUS	66
ØKT GRUNNBEMANNING.....	66
RUNDTURNUS.....	66
16. KVALITETSARBEID OG INTERNKONTROLL I OMSORGSAVDELINGEN.....	67
16.1. OPPGAVER OG MÅL	67
16.2. TILGANG TIL REGELVERK.....	68
16.3. KOMPETANSE	68
16.4 MEDVIRKNING	68
16.5 BRUKERERFARINGER	68
16.6 TRYGGE TJENESTER, SIKKERHET FOR BRUKER OG RISIKOANALYSE	69
17. HELSE, MILJØ OG SIKKERHET	70
17.1 MÅL FOR HMS-ARBEIDET I VESTRE TOTEN KOMMUNE	70
17.2 OVERORDNA MÅL FOR HMS- ARBEIDET I OMSORGSAVDELINGEN.....	70
17.2.1 Gode ledere.....	70
17.2.2 Medarbeidere skal oppleve trygghet tross kontinuerlig endring.....	70
17.2.3 Omsorgsavdelingen er en trygg og sikker arbeidsplass.....	71
17.2.4 Jobbnærvær stabiliseres på et akseptabelt nivå.....	71
17.2.5 Være bevisst på- og bruke omsorgsavdelingens HMS aktivt.....	71
18. STRATEGIER FOR Å NÅ VTK'S MÅL MED SERVICEMODELLEN	71
18.1 OVERORDNET MÅL.....	71
18.2 KORTSIKTIG MÅL.....	71
19. KOMPETANSEPLAN	73
19.1. INNLEDNING	73
19.2. FØRINGER.....	73
19.2.1 Sentrale føringer.....	73
19.2.1.1 Omsorgsplan 2015.....	73
19.2.1.2 Samhandlingsreformen.....	74
19.2.1.3 Lov og avtaleverk	74
19.2.2 Lokale føringer.....	75
19.2.2.1 Kommuneplan 2008-2019.....	75
19.2.2.2 "Tverrfaglig samarbeid – plakaten"	75
19.2.2.3 Revisjonsrapport vedr kompetansebehov.....	75
19.2.2.4 Prosjektet Omsorg i Utvikling.....	75

19.3	STATUS.....	75
19.3.1	Organisering av Omsorgsavdelingen	75
19.3.2	Kompetansestatus pr 31/12 -2009	76
19.4.	UTFORDRINGER.....	77
19.4.1	Utfordringer knyttet til kompetanse	77
19.4.1.1	Tjeneste.....	77
19.4.1.2	Personell.....	77
19.4.2.	Ledelse og organisering	77
19.4.2.1	Legetjenesten.....	78
19.4.2.2	IKT.....	78
19.4.2.3	Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten	78
19.4.3	Flerkulturelt samfunn	79
19.5.	MÅL.....	79
19.5.1	Mål for Kompetanseplanen	79
19.6	SATSNINGSOMRÅDER.....	79
19.6.1	Rekruttere og beholde fagutdannet personell.....	80
19.6.1.1	Grunnutdanning for ufaglærte.....	80
19.6.1.2	Lærlinger / helsefag	80
19.6.1.3	Øke personalandelen med høgskole utdanning	80
19.6.1.4	Videreutdanning.....	81
19.6.1.5	Stillingsprosent.....	81
19.6.2	Mestring	81
19.6.3	Ledelse og organisering	81
19.6.3.1	Forebyggende helsearbeid	81
19.6.3.2	Samarbeid med frivillige	81
19.7.	TILTAK.....	81
19.7.1	Rekruttere - beholde fagutdannet personell.....	81
19.7.1.1	Grunnutdanning	82
19.7.1.2	Helsefagarbeidere	82
19.7.1.3	Øke andel med høgskoleutdannede.....	82
19.7.1.4	Videreutdanning	82
19.7.1.5	Ressurssykepleier for lindrende behandling 1/1st. i 2010	82
19.7.1.6	Hospitering på spesialavdelinger	82
19.7.2	Mestring	82
19.7.2.1	Refleksjonsgrupper	82
19.7.2.2	Ansattes dag	83
19.7.2.3	Andre tiltak.	83
19.7.3	Ledelse og organisering.....	83
19.7.3.1	Jobbe videre med ulike arbeidstidsordninger	83
19.7.3.2	Rekruttere - beholde kompetent personell.....	83
19.7.3.3	Saksbehandler / tjenestetildeling.....	83
19.7.3.4	Utradisjonelle yrkesgrupper i Omsorgstjenesten	84
19.7.3.5	Tverrfaglig rehabilitering	84
19.7.3.6	Legetjenesten.....	84
19.7.3.7	IKT	84
19.7.3.8	Forebyggende helsearbeid	84
19.7.3.9	Frivillige organisasjoner.....	84
19.8	ØKONOMI.....	84
19.8.1	Kostnadsoppstilling for formelle grunn- og videreutdanninger det søkes støtte til i 2010-2013:.....	84
19.8.2	Økonomiske rammebetingelser.....	85
20.	HANDLINGSPLAN MED ØKONOMISKE BEREKNINGER	86
20.1	LAVTERSKELE OG IKKE HJEMLEDE TILTAK.....	86
20.2	LOVPÅLAGTE HJEMMETJENESTER	87
20.3	OMDISPONERING AV RESSURSER IFBM OMLEGGING FRA SYKEHJEM TIL OMSORGSBOLIGER	87
20.4	HELDØGNS OMSORGSTJENESTER.....	88
21.	FINANSIERING AV NYE DRIFT- OG KAPITALKOSTNADER	89
22.	VEDLEGG.....	89

1. Innledning

Kommunen har ansvar via lov, til å planlegge, utforme og organisere omsorgstjenester til alle med behov for slike tjenester.

Planen er en virksomhetsplan for tjenesteområdet omsorg. Den har vært rullert annet hvert år; siste gang i april 2008 (Kommunestyret). Det foreslås en rulling hvert 4. år knyttet opp mot kommuneplanens fireårsdel.

Omsorgsplan 2011 – 2014 har en kortsiktig- (2010 – 2015) og et langsiktig (2016 – 2025) perspektiv.

Planen omfatter det helhetlige omsorgstilbudet til Vestre Totens innbyggere og favner alle brukergrupper. Den berører tjenester som grenser opp mot omsorg og der vi naturlig har et nært samarbeid (f.eks legetjenester og fysio/ergoterapitjenester).

Kommunestyret vedtok 18.06.08 oppstart av prosjektet "Gjennomgang av omsorgstjenesten i Vestre Toten" (som senere fikk navnet "Omsorg i utvikling"). Til grunn for dette vedtaket forelå rapport fra RO (Ressurssenter for Omstilling i kommunene) i mai 2008. Forprosjektet var kommunale delprosjekter som ble gjennomført høst 2008/vår 2009. Styringsgruppa for prosjektet "Omsorg i utvikling" vedtok 10.09.09 oppstart av hovedprosjektet (01.10.09 – 31.03.10) på grunnlag av en utarbeidet prosjektplan.

Fagrapporten forelå i mars 2010 og ble behandlet i Utvalg for velferd og opplæring den 4/5-10, og hhv i Formannskapet og i kommunestyret den 2/6 og 10/6-10. Rapporten er en viktig del av grunnlaget for omsorgsplanen i VTK.

Planen er ment å være et styringsverktøy for politikere og ansatte i omsorgsavdelingen. I tillegg vil den fungere som informasjon til brukere og øvrige innbyggere i kommunen. (finnes også på nett).

2. Innstillinger

Vedtak UVO lyder:

- 1. Utvalget tar rapportene til orientering*
- 2. Fagrapporten er en del av grunnlaget for rullert/revidert omsorgsplan som behandles i sept / okt 2010 med følgende presiseringer / innspill:*

*-deltid/heltid
-kompetanseansvarlig
-tilsynslegeordning i omsorgsboligene
-fleksibilitet i arbeidsordninger*

- 3. Anbefalinger etter politisk behandling legges inn i omsorgsplanen som rulleres høsten 2010. Planen legges ut til bred høring i forkant av dette.*

Politiske føringer for ønsket detaljeringsnivå og økonomiske beregninger (overordnet) må kommuniseres og avklares i forkant.

Innsats legges inn i en årsplan med forslag til konkrete tiltak på kort - (2015) og lang (2016 – 2025) sikt.

4. Prioriterte oppgaver i 2010 er:

- Mestringsplan og informasjonsplan
- Strategi for frivillig arbeid

3. Oppsummering og konklusjon

Omsorgsplanen foreslår to førende prinsipper for framtidige omsorgstjenester i Vestre Toten kommune. Det ene er mestringsprinsippet, som i utgangspunktet innebærer at folk ønsker å ha ansvar for å mestre eget liv og helse. Det andre er BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå), som blant annet innebærer at folk etter en individuell vurdering av sine behov skal få et korrekt og tilpasset individuelt tilbud på rett nivå.

Dette innebærer:

- ny visjon, verdier og målsettinger
- forslag til innhold i en mestringsplan for ansatte og informasjonsplan rettet mot innbyggerne
- økt fokus og satsing på aktiv omsorg og forebyggende arbeid
- mer samarbeid med frivillige
- styrking av hjelpetiltak (ulike hjemmetjenester med mer) slik at folk kan bo hjemme lengst mulig
- sykehjemmene i kommunen skal fortrinnsvis bli brukt til korttidsopphold med vekt på medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, avlastning, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold og omsorg ved livets slutt. Det anbefales imidlertid langtidsplasser for spesielle brukergrupper.
- mennesker som har behov for varig bo- og heldøgnsstilbud, bør primært tilbys dette i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning
- ny organisering av tjenestetildeling og saksbehandling, inkl. nytt innhold og rutiner
- kompetanseplan 2010-2013
- fokus på fleksible arbeidstidsordninger

I tillegg inneholder Omsorgsplanen

- Plan for demensomsorg
- Plan for kreftomsorg.
- Plan for HMS-arbeid og kvalitetssikring/internkontroll.

Ut over det som anbefales for VTK, foregår det et samarbeid på regionalt nivå.

Samhandlingsreformen, St.m 47 og generell samfunnsutvikling gir utfordringer som krever regionalt samarbeid i vesentlig større omfang enn i dag.

Prosjektet "Samhandlingsreformen i Gjøvikregionen" tar utgangspunkt i føringene som beskrives i Stortingsmelding 47 og et opplevd behov for bedre samarbeid om Helse- og omsorgstjenester i Gjøvikregionen.

4. Statlige, regionale og lokale føringer

4.1 Lovkrav

Kommunens lovmessige forpliktelser til å yte omsorgstjenester er i hovedsak nedfelt i sosialtjenesteloven og i kommunehelsetjenesteloven, med tilhørende forskrifter.

Pasientrettighetsloven gir også føringer, og kommunen må videre oppfylle kravene i Kvalitetsforskriften.

Tildeling av omsorgstjenester er enkeltvedtak etter reglene i forvaltningsloven, med tilhørende formkrav til saksbehandling og klagebehandling. Saksbehandling og tjenestetildeling omtales under kapittel 19.7.3.3 i planen)

Kommunen har også andre ulovfestede tjenester som tilbys, for eksempel dagtilbud, matombrining, arbeidstreningstilbud og trygghetsalarm. De ulovfestede tjenestene beskrives i planen og er innført som et supplement til lovbestemte tjenester fordi de har stor forebyggende effekt.

4.2 Stortingsmeldinger

Stortingsmeldingene Framtidas omsorgsutfordringer (2005-2006) st.m 25 og Samhandlingsreformen (2008-2009) st.m 47 gir viktige føringer for utvikling av omsorgstjenestene framover.

Hovedpunkter fra disse meldingene blir kort omtalt her.

4.2.1 Framtidas omsorgsutfordringer, Stortingsmelding 25

Meldinga inneholder tre delplaner: Omsorgsplan 2015, Kompetanseløftet 2015 og Demensplan 2015.

Omsorgsplan 2015

Nye brukergrupper

Sterk vekst i yngre brukergrupper med nedsatt funksjonsevne, og et større spekter av helsemessige og sosial problemer, krever en annen faglig kompetanse, samt et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.

Aldring

Behovsvekst som følge av et økende antall eldre vil etter hvert kreve utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatt behandling. Omfanget av denne utfordringen må likevel ses i lys av at den nye eldregenerasjonen har bedre helse og mer ressurser i form av høyere utdanning, og bedre økonomi å møte alderdommen med.

Knapphet på omsorgsytere

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

Medisinsk oppfølging

Det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av mottakere av hjemmetjenester, beboere i omsorgsboliger og sykehjem. Dette gjelder særlig mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Aktiv omsorg

De fleste undersøkelser peker på hjelp i dagliglivet; måltider, aktiviteter, sosiale og kulturelle forhold som svake punkt i dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde, med plass til flere yrkesgrupper, slik at omsorgstilbudet dekker flere psykososiale behov.

Kompetanseløftet 2015

Med bakgrunn i den kommunale helse- og omsorgstjenestens personellutfordringer er det utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløftet. Planen er en del av Omsorgsplan 2015. Formålet med Kompetanseløftet er knyttet til stortingsmeldingens strategi om kapasitetsvekst og kompetanseheving.

Demensplan 2015

Demensplan 2015 løfter fram tre hovedtema; bedre tilrettelagte botilbud, utbygging av dagaktivitetstilbud og økt kunnskap og kompetanse. Helse- og omsorgsdirektoratet forventer at kommunene starter utbygging av dagtilbud for mennesker med demens i 2009.

4.2.2 Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47

I denne meldingen, som ble lagt fram i juni 2009, skisseres følgende tre hovedutfordringer:

1. Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Hovedgrepene for å takle disse utfordringene er som følger:

1. Klarere pasientrolle; pasientmedvirkning, helhetlig pasientforløp, én person som kontaktpunkt ved koordinerte tjenester.
2. Ny framtidig kommunerolle:
 - Økt innsats og ansvar for forebygging og innsats i sykdomsutviklingens tidlige faser og kroniske sykdommer.
 - Vekst i behov for helsetjenester skal i størst mulig grad løses i kommunene.
 - Helhetlig tenkning; forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).
 - Forhindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne.

Aktuelle oppgaver som kan bli tillagt kommunene:

- Tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold – som: Døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering, habilitering.
- Tverrfaglige team, ambulante team for: diabetes, kols, rehabilitering, habilitering, demens, lindrende behandling, psykisk helse, rus.
- Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling.
- Administrasjons- og systemarbeid: Helseovervåkning, folkehelsearbeid med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver, arbeid med avtaler.

3. Etablering av økonomiske insentiver:

Kommunene skal stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, som riktigere bruk av sykehusene.

- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- Kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse:

- Riktigere oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at spesialisthelsetjenesten kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene.
- Sterkere søkelys på helhetlige pasientforløp gjør det lettere for pasientene å finne fram til den aktuelle kompetansen.

Nasjonal helseplan skal legge til rette for tydeligere og mer helhetlig prioritering innenfor de samlede helse- og omsorgstjenestene.

Samhandlingsreformen ble behandlet i Stortinget den 27.april 2010.

- Medfinansiering av innleggelser for 80 + skal vurderes.
- Betaling for utskrivningklare pasienter.
- Lengre innfasingstid enn forespeilet, 10-15 år fra 2012.
- Ny helse- og omsorgslov kommer på høring ila 2010.
- Finansieringsdelen tas i forbindelse med budsjettbehandlingen.
- Vedtaket får ingen konsekvenser for det igangsatte arbeidet i regionen.

4.3 Rundskriv IS-1/2010, Helsedirektoratets Nasjonale mål og hovedprioriteringer,

1. Det forebyggende arbeidet skal styrkes. Kommunene bes om å prioritere:
 - Å skaffe oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer. Oversikten bør ligge til grunn for politisk behandling.
 - Styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste
 - Etablere og utvikle lavterskeltilbud med lærings – og mestringsaktiviteter på levevaneområdet.
2. Mindre kommuner bør forberede samarbeid med andre kommuner for å løse kompetanse-krevende oppgaver i tjenesten.
3. Det er et mål å etablere samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Dialogen om dette bør etableres i 2010.
4. Det er et mål å etablere lokalmedisinske sentre som skal avlaste sykehusene. Mindre kommuner bør samarbeide om dette.
5. For å styrke den elektroniske kommunikasjonen i helsetjenesten, bes kommunene:
 - Ta i bruk elektronisk pasientjournal i pleie- og omsorgstjenestene
 - Tilknytte seg Norsk Helsenett
 - Ta i bruk elektronisk signering av sykemeldinger

Nasjonal Helseplan 2007-2010 (Hodept 18.02.2009) identifiserer seks bærebjelker for helse- og omsorgssektoren.

- Helhet og samhandling
- Demokrati og legitimitet
- Nærhet og trygghet
- Sterkere brukerrolle
- Faglighet og kvalitet
- Arbeid og helse

4.4 Regional utvikling av samhandlingstjenester

Vestre Toten har, sammen med de fire andre kommunene i Gjøvikregionen og Sykehuset Innlandet (SI), vært med på å etablere et regionalt samhandlingsprosjekt; "Samhandlingsreformen i Gjøvikregionen". Prosjektet er innvilget midler fra Helse- og

omsorgsdepartementet, avsatt til oppfølging av samhandlingsreformen. Prosjektet har minimum et 2-3 års perspektiv .

I august 2010 forelå en faglig sluttrapport som beskriver mulige samhandlingsarenaer mellom kommuner og Sykehuset Innlandet. Samarbeidet knyttes opp mot kompetanse, systemer og felles funksjoner.

Forstudiet presenterer anbefalte områder for videreføring i forprosjekter.

Målsettinger for hovedprosjektet

- **SAMFUNNSMÅL:**
Innbyggerne i Gjøvikregionen er sikret gode helse- og omsorgstjenester til rett tid, på rett nivå, til riktig kostnad.
Det skal satses på forebygging for å dempe veksten i helseutgiftene.
- **RESULTATMÅL:**
Kommunale gjennomføringsplaner for Samhandling, inkl. økonomiske og organisatoriske konsekvenser, er vedtatt og implementering er startet opp innen desember 2012.

Det er inngått forpliktende avtaler kommunene i mellom og mellom kommunene og Sykehuset Innlandet om hva som skal samordnes og på hvilken måte.

Samhandlingstiltakene skal innbefatte kompetanseutvikling, systemer og felles virksomheter. Plan for eventuelle omorganiseringprosesser er del av anbefalingen.

Fagrapporten behandles i de respektive kommuners kommunestyre september 2010 der forslag til vedtak er:

1. Kommunestyret tar Fagrapporten for prosjektet Samhandlingsreformen i Gjøvikregionen, forstudien, til orientering. Denne legges til grunn for kommunens og regionens videre arbeid med Samhandlingsreformen.
2. Mandat for Forprosjektet:
 - Konkretisering av tiltaksforslagene i Forstudien fram mot gjennomføring i Hovedprosjektet
 - Finansiering av de foreslåtte tiltakene
 - Prosjektgjennomføring i perioden oktober 2010 til april 2011
3. Organiseringen av Forprosjektet videreføres som i Forstudien.

4.5 Kommuneplan (2008 – 2019)

Planen ble behandlet i kommunestyret 04.februar 2010

Den reviderte planen har visjonen: **Trygghet , trivsel og utvikling.**

4.6 Budsjett og økonomiplan for kommunen

Den anstrengte økonomiske situasjonen i kommunen stiller strenge krav til budsjettdisiplin.

4.7 Vi Vil plakaten

(vedlegg 1)

VTK har som mål å forbedre seg på samarbeid og service. I 1996 ble Vi Vil- plakaten og servicemodellen lagt til grunn for endringarbeidet. Endring; fordi det stilles krav til bedre- og mer brukertilpassede tjenester innen offentlig sektor.

4.8 Servicemodellen

(vedlegg 2)

Overordna mål med servicemodellen og serviceledelse er brukertilfredshet og medarbeidertilfredshet.

4.9 Ruspolitisk handlingsplan

Ruspolitisk handlingsplan 2000 – 2003 for Vestre Toten Kommune ble vedtatt av kommunestyret 15. juni 2000. Rullert plan er vedtatt av kommunestyre 17.04.2008.

Kommunens overordnede mål for rusmiddelpolitikken 2004-2007 er:

- Redusere det totale alkoholforbruket i kommunen
- Redusere rusmiddelrelaterte problemer i kommunen
- Drive effektivt forebyggende arbeid gjennom en aktiv salgs- og skjenkepolitikk i kombinasjon med opplysningsvirksomhet og holdningsskapende arbeid.
- Gi et effektivt behandlings-, etterverns-, aktivitets- og omsorgstilbud til rusmiddelmissbrukere.

4.10 Psykiatriplan

St.prp 63 (97 –98) la opp til betydelig styrking av tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Målene med planen er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Kommunens tilbud må omfatte følgende grunnelementer:

- Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand.
- Muligheter for å delta i meningsfylte aktiviteter
- Muligheter for å inngå i et sosialt fellesskap
- Nødvendige helsetjenester.

Planer for det samlede psykiatriarbeidet i kommunen ble rullert for perioden 2007 – 2010 og vedtatt politisk 08.03.2007.

Regjeringen ser det som viktig at feltet psykisk helse fortsatt gis høy prioritet. Dette gjelder ikke minst tiltak for barn og unge.

4.11 Rehabiliteringsplan

Kommunen utarbeidet plan for re-/habilitering i 1995 og planen ble videreutviklet i 2000.

Planen bygger på lov om helsetjeneste i kommunene trådt i kraft 01.01.1984.

Overordnet mål er : Alle bruker i kommunen skal gis mulighet til å gjenvinne, bevare og utvikle mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet.

Rullert rehabiliteringsplan 2010 – 2012 ble vedtatt av kommunestyret 21.12.2009

4.12 Bemanningsplaner / Kompetanseplan og kurs- og opplæringsplan

Disse planene har til hensikt å få oversikt over kompetansebeholdning og behov for rekruttering. De er viktige dokumenter for kvalitetssikring av tjenestene innen omsorg.

Kompetanseløftet 2015

Planen skal ha et rullerende 4-årig handlingsprogram som oppdateres jevnlig innenfor en planperiode på ni år fra 2007 til 2015.

Kompetanseløftet inngår som en del av regjeringens "Omsorgsplan 2015" og er først og fremst rettet mot de kommunale omsorgstjenestene.

Lokal plan er lagt inn som et kapittel (kap 19) i omsorgsplanen.

Årlig kurs og opplæringsplan

Planen inneholder i stor grad interne kurs og opplæring innen omsorgsavdelingen.

I tillegg har en satt opp eksterne kurs som bør prioriteres. (anerkjente fagseminarer)
Planen omhandler også utdanningstiltak, både grunn- og videreutdanning.

4.13 Revidert Rapport med anbefalinger om bruk av kommunens eksisterende og nye heldøgns plasser

Rapporten gir anbefalinger i tråd med årlig kartlegging av behov hos brukere og søkere til tilbud. Dette er et viktig dokument i planleggingen av heldøgnsstilbud i kommunen. Rapporten revideres hver høst.

4.14 Tjenestenivå og kriterier for tildeling av omsorgstjenester

Alle tjenester innen omsorg er serviceerklært.

Erklæringene gir rammer for nivået og innholdet samt begrensninger i tjenestene. På bakgrunn av RO-rapporten mai -08 og føringer gitt i prosjekt "Omsorg i Utvikling" har disse serviceerklæringene blitt revidert og innarbeidet i en ny "veileder" for tjenestetildeling med nivå og kriterier i august 2010. Vedtas Lederteam Omsorg i oktober 2010.

Denne må til politisk behandling i kommunestyret.

I tillegg til dette finnes tjenestebeskrivelser på kommunens hjemmesider.

5. Fakta og nøkkeltall for vurdering av framtidens omsorgstjenester

5.1 Organisasjon

Organisasjon

Hjemmetjenester	Sykehjem Gimle og Raufosstun	Storkjøkken
Hjemmesykepleie Psykiatrisk sykepleie Dagsenterdrift: <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk dagsenter • Møteplassen • Grønn Omsorg • Kirkevegen Hjemmehjelp Miljøarbeid Omsorgsboliger på Raufoss, Eina, Reinsvoll og Bøverbru. Avlastningssenter og hjemmeavlastning Omsorgslønn Trygghetsalarmer Brukerstyrt pers. assistanse	Sykeavdeling Rehabiliteringsenhet Psykogeriatrisk avd. Demensavd. Renhold Dagsenter Erindringssenter og sansehage	<u>Gimle storkjøkken:</u> Produksjon varmat institusjoner, O-boliger og hjemmeboende. Pakking, distribusjon, mottak og kantine. middag hjemmeboende ØTK <u>Raufosstun kjøkken:</u> Mottak, kantine, catering og middagssalg Kostveiledning, brukerrettet og kollegialt (hele omsorg) Servering arrangementer Kostombud (tverrfaglig samarbeide)
141.92 årsverk / 234 personer (I tillegg kommer mottakere av omsorgslønn og hjemmeavlastere og BPA)	Gimle :76,58 årsverk/ 120 personer Raufosstun: 37,85 årsverk/ 66 personer 114.43 årsverk / 186 personer	14,25 årsverk/ 17 personer (+0,88 årsverk/ 3 personer i catering)

I tillegg kommer ledelse (1), fagstab (3) og merkantile (4 stillinger / 4 personer) til sammen 8 personer. Til sammen **279,6 stillingshjemler er fordelt på 437 personer**. Gjennomsnittlig stillingsbrøk er 0,64.

Dette er en nedgang fra 2008, og vanskeliggjør målsetningen om gjennomsnittlig stillingsbrøk på 0,75% innen 2015.

Enhetene ble ledet av tre driftsenhetsledere.

14 teamledere utgjør 1.linje. (fra 1/7-10 etter omorganisering i Storkjøkkenet)

5.2 Nøkkeltall

Nøkkeltall

Sammenligningstall fra KOSTRA:

SSB grupperer norske kommuner for å gjøre regnskapstall sammenlignbare.

VTK tilhører kommunegruppe 8

Definisjonen på kommunegruppe 8 (KG 8) :

Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter.

30 kommuner tilhører KG 8. I Oppland er det foruten VTK, Jevnaker og Nord Fron.

	VTK 2009	VTK 2008	KGR 2009	Oppland 2009	Landet 2009
Prioriteringer					
Netto dr.utg. pleie/omsorg i % av kommunens tot. netto dr.utg	35,9	36,0	34,4	38,2	35,7
Netto dr.utg. institusjonene i % av netto dr.utg pleie/omsorg	49	52	43	46	46
Netto driftsutgifter pr innb. i kr pleie-og omsorg	12.580	12.205	12.303	14.836	13.109
Netto driftsutgifter pr innb. 80+ i kr pleie-og omsorg	257.034	249.474	276.419	262.266	286.404
Netto driftsutgifter pr innb. 67+ i kr pleie-og omsorg	84.064	83.158	93.942	92.965	99.635
Andel årsverk i brukerrettet tj med fagutdanning	80	82	76	75	73
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende pr 1000 innb 0-66 år	21	19	19	19	19
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende pr 1000 innb 67-79 år	77	89	80	92	83
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende pr 1000 innb 80+ år	259	333	354	322	350
Antall gj.sn tildelte timer pr uke for brukere av hj.spl	3,8	2,4	5,5	3,6	4,6
Andel innb.80+ i institusjon	8,2	14	12,1	15,9	14,1
Nto. driftsutg. Kjernetjenester til hjemmeboende, pr. innb.	6086	5581	6235	7233	6395
Andel i skjermet enhet for aldersdemente	25,9	23,7	21,9	23,4	23,4
Andel på tidsbegrenset opphold	21,4	21,3	20,2	19,2	21
Plasser i institusjon i % av innbyggere over 80 år	17,3	19,0	16,1	18,6	18,2
Korrigerte brutto driftsutgifter i institusjon pr kommunal plass	860185	814034	845720	770225	830128
Andel plasser i enerom	100,0	100,0	95,4	95,2	93,8

Sammenstillingstall fra Kostra viser at institusjonstjenestene står for 49 % av driftsutgiftene. 10 plasser ble lagt ned i februar 2009. Andel plasser i enerom er 100%.

Hjemmetjenester må styrkes. Mange brukere har lite tjenester. Tjenestene sliter med å gi nok tjenester til hjemmeboende med store hjelpebehov. Presset på heldøgns omsorg blir derfor større.

Kommunen har flere yngre (under 67) enn eldre som mottar hjemmetjenester enn sammenligningsgruppene.

Det brukes forholdsvis store ressurser i sykehjem til en liten gruppe brukere.

Institusjonene har stor grad av rett kompetanse ift bemanningsplaner. Dette påvirker driftsutgifter i form av høyere lønnskostnader ifht landet og fylket.

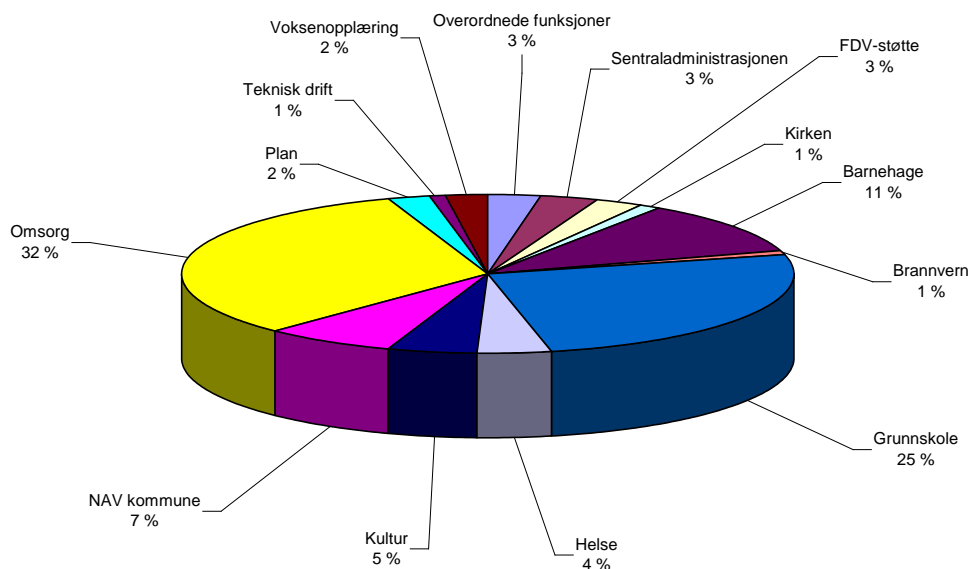
At andelen korttidsplasser er høy, påvirker aktiviteten. Andelen korttidsplasser bør fortsatt økes. Andelen innbyggere 80+ i institusjon var lav på rapporteringstidspunktet. Kontroll pr september 2010 viser høyere tall. Kommunene har relativt mange sykehjemsplasser for demente.

KVALITETSINDIKATORER	VTK 2009	VTK 2008	Oppland 2009	Oppland 2008	Landet 2009	Landet 2008
System for brukerundersøkelser	Ja	Ja				
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon.	18,5	17,8	11,1	11,9	14,3	14,5
Andel plasser med bad/ WC	51,9	46,6	62,5	56,7	67,7	66,4

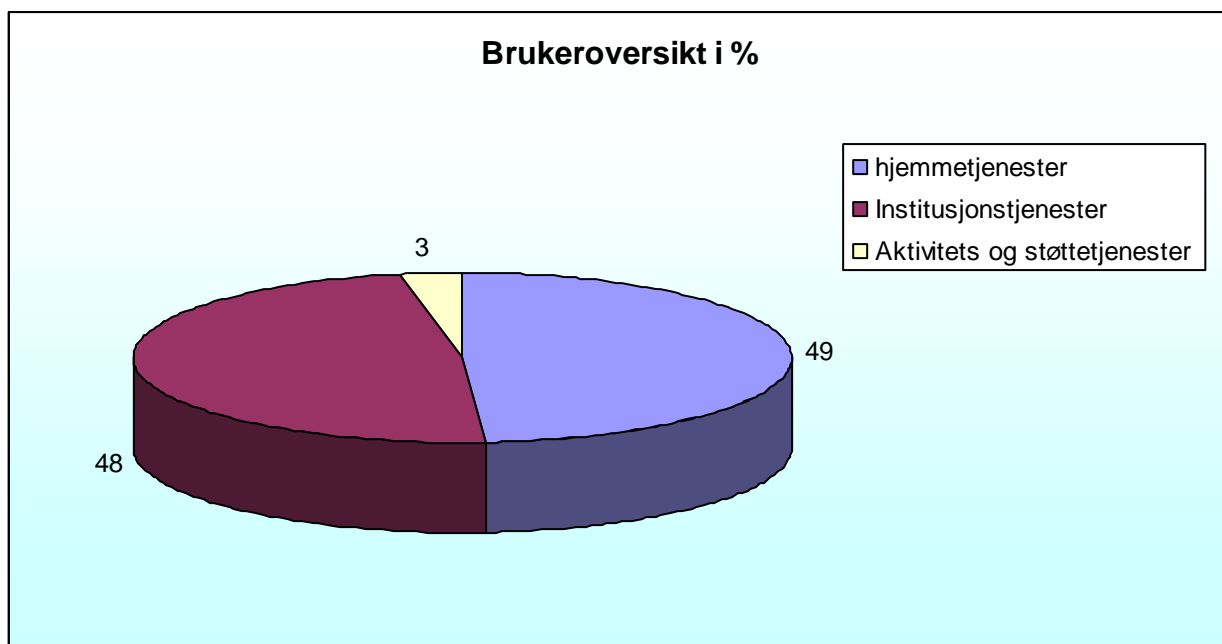
5.3 Driftsutgifter

FORDELING AV BRUTTO DRIFTSUTGIFTER PÅ TJENESTEOMRÅDENE

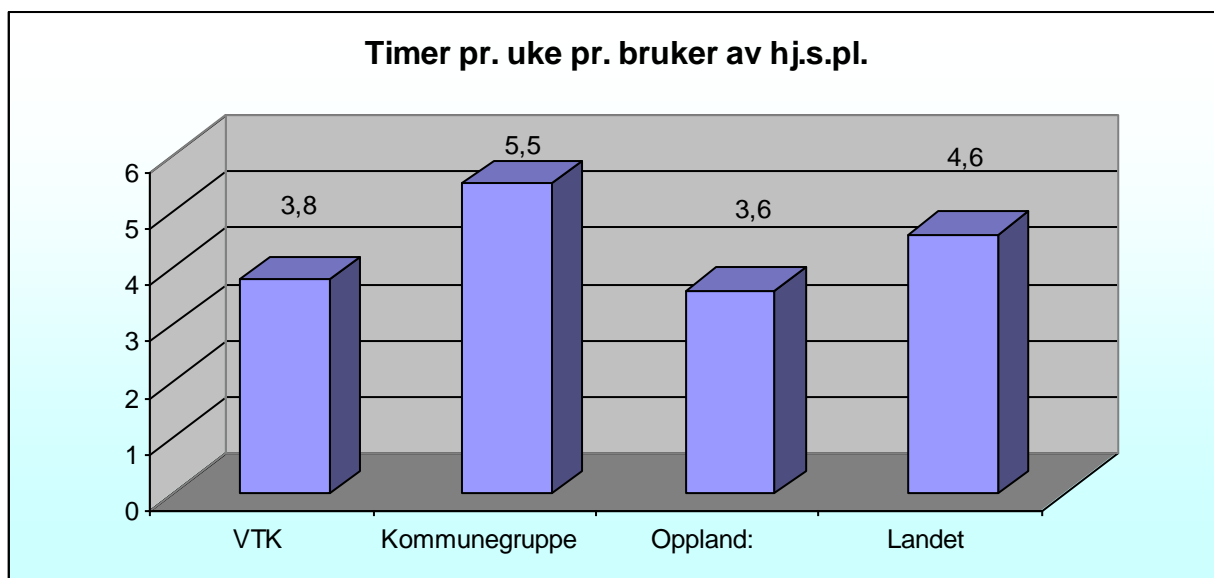
608 MILL KRONER I 2009



5.4 Brukeroversikt

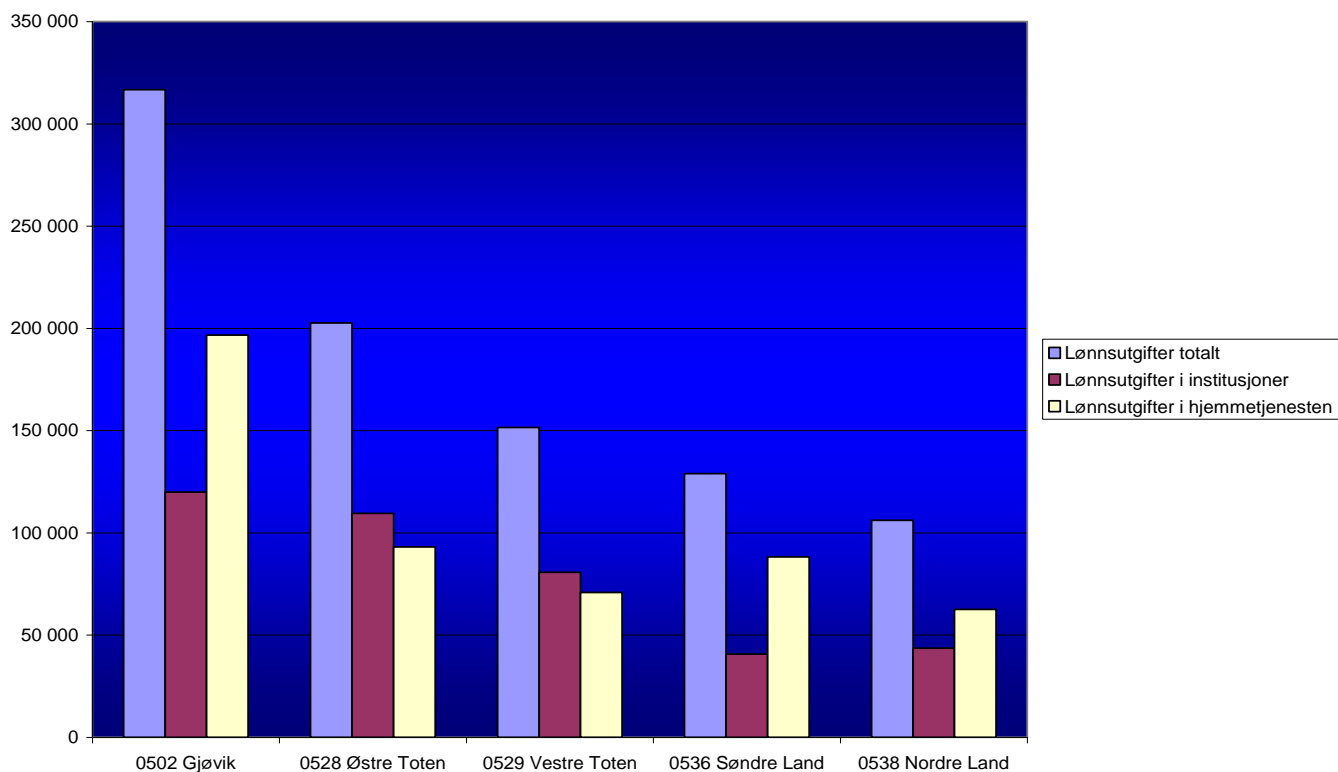


Timer pr uke pr bruker av hjemmesykepleie



5.5 Lønnsutgifter- Kostra

For å sammenligne kommunene ser vi på totale lønnsutgifter innen pleie og omsorg, deretter hvordan de er fordeler seg på institusjoner og i hjemmetjenesten.



Forøvrig er det ingen store forskjeller mellom kommunene fordelt pr. innbygger.

5.6 Befolkningsutvikling

Folkemengde 1. januar 2010 og endringane i 2009 Gjøvikregionen						Kilde: Statistisk Sentralbyrå			
	Folkemengde				Innflyttingar	Utflyttingar	Netto-	Tilvekst	01.01.2010
Kommune	01.01.2009	Fødte	Døde	Fødselsoverskudd	I alt	I alt	innflytting		Folkemengde
Gjøvik	28611	328	288	40	1519	1357	162	196	28807
V-Toten	12 714	122	127	-5	593	540	53	56	12 770
Ø-Toten	14 464	142	168	-26	644	565	79	54	14 518
N-Land	6 680	74	90	-16	229	219	10	-8	6 672
S-Land	5 797	60	79	-19	306	274	32	14	5 811
Totalt i regionen	68 266	726	752	-26	3291	2955	336	312	68 578
Regionens endring08-09									312

Tilvekst 05 - 10	2005	2006	2007	2008	2009
Gjøvik	171	112	370	310	196
V-Toten	53	11	25	79	56
Ø-Toten	-151	-64	70	5	54
N-Land	-110	-17	-84	44	-8
S-Land	-31	-13	-79	-56	14
Tot regionen	-68	29	302	382	312

Illustrasjonen viser folkemengde og befolkningstilvekst i regionen 2005 – 2009

BEFOLKNINGSFRAMSKRIVNING – KOMMUNEN I GJØVIKREGIONEN

Basis: Registrert folketall i kommunen 1.1.2009, SSB's MMMM-alternativ.

Framskrevet folkemengde, etter alder, region,

Middels nasjonal vekst (Alternativ

2010 2015 2020 2025 2030

0-66 år

0502 Gjøvik	24 497	25 219	25 864	26 507	27 226
0528 Østre Toten	12 120	11 813	11 530	11 381	11 252
0529 Vestre Toten	10 859	10 691	10 564	10 531	10 604
0536 Søndre Land	4 841	4 646	4 437	4 268	4 145
0538 Nordre Land	5 473	5 187	4 918	4 716	4 570
Totalt	57 790	57 556	57 313	57 403	57 797

67 år og eldre

0502 Gjøvik	4 310	4 827	5 379	5 983	6 523
0528 Østre Toten	2 398	2 652	2 927	3 177	3 450
0529 Vestre Toten	1 911	2 274	2 576	2 817	2 971
0536 Søndre Land	970	1 064	1 201	1 335	1 439
0538 Nordre Land	1 199	1 311	1 430	1 530	1 614
Totalt	10 788	12 128	13 513	14 842	15 997

Framskrevet folkemengde, etter alder, region,

Middels nasjonal vekst (Alternativ

2010 2015 2020 2025 2030

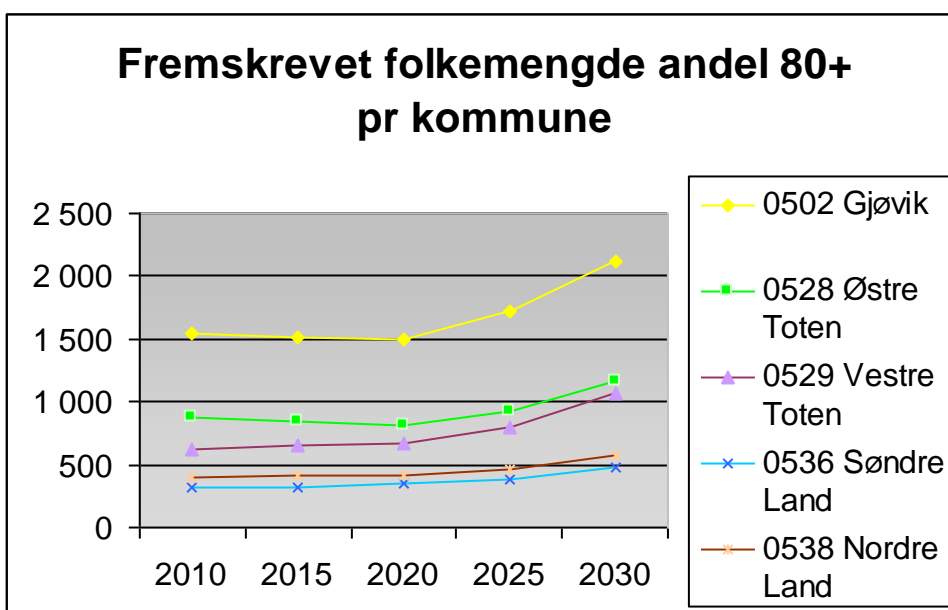
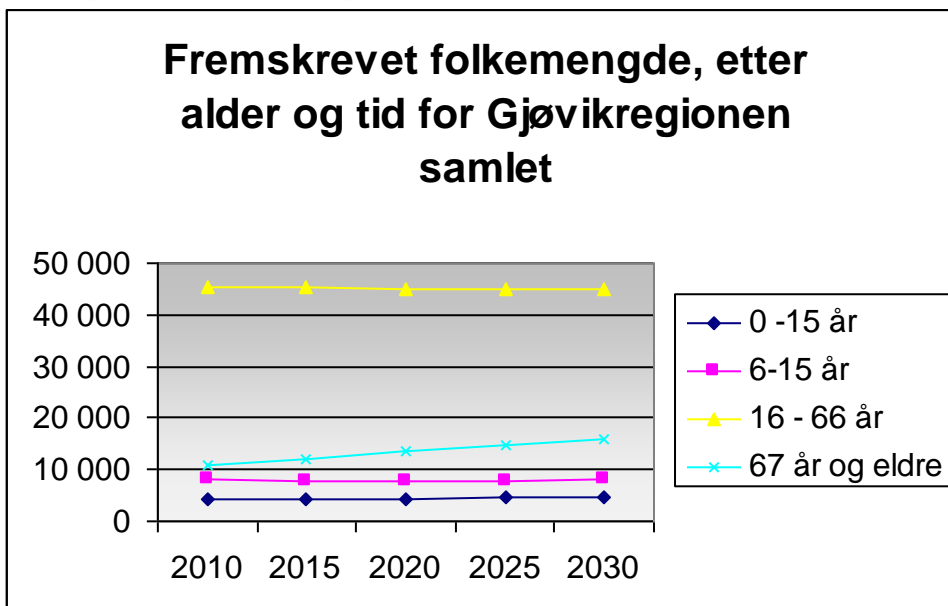
80 år og eldre

0502 Gjøvik	1 547	1 511	1 497	1 720	2 125
0528 Østre Toten	877	851	818	918	1 169
0529 Vestre Toten	625	649	675	789	1 070
0536 Søndre Land	326	311	348	384	482
0538 Nordre Land	399	418	417	461	573
Totalt	3 774	3 740	3 755	4 272	5 419

Framskrevet folkemengde, etter alder, region,
Middels nasjonal vekst (Alternativ
2010 2015 2020 2025 2030

<u>90 år og eldre</u>					
0502 Gjøvik	204	279	301	287	302
0528 Østre Toten	128	169	166	158	163
0529 Vestre Toten	82	114	121	126	142
0536 Søndre Land	55	64	61	58	75
0538 Nordre Land	55	79	71	82	88
Totalt	524	705	720	711	770

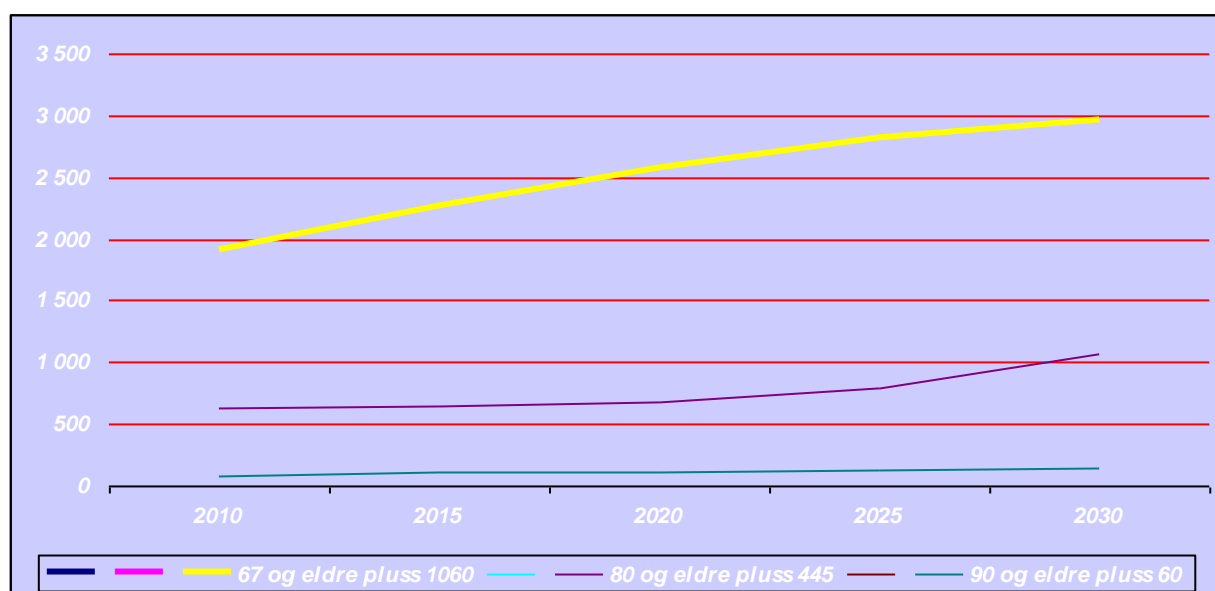
Noen grafiske framstillinger:



Fremstillingen viser en betydelig vekst i aldersgruppene 80 år og eldre fra ca 2020.

Vestre Toten

	2010	2015	2020	2025	2030
0-66 minus 225	10859	10691	10564	10531	10604
67 og eldre +1060	1911	2274	2576	2817	2971
80 og eldre +445	625	649	675	789	1070
90 og eldre +60	82	114	121	126	142
+805 innbyggere	12770	12965	13140	13348	13575



5.7 Individuell plan - IP

Innføring av bestemmelsene om bruk av individuelle planer i det tverrfaglige arbeidet med brukerne, har på mange måter bygget opp under mangeårig bruk av ansvarsgrupper i Vestre Toten kommune.

"Prosedyrer for Individuell Plan" er utarbeidet og gjelder alle tjenester i kommunen (2008).

"Retningslinjer for drift av ansvarsgrupper" og "Mal for Individuell Plan" er utarbeidet. (ansvar: Tverrfaglig team) I 2009 ble det utarbeidet en ny, forenklet mal for IP.

Alle tjenesteområder skal i praksis ivareta koordinatorfunksjonen / lede ansvarsgrupper (jamfr sak i Rådmannens ledergruppe 11.juni og 19.nov.-07).

5.8 Tverrfaglig team for mennesker med sammensatte behov

Teamet er kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabiliteringsvirksomhet. Det skal bidra til samordning og tverrfaglig samarbeid.

Teamet skal avklare den enkelte brukers behov for rehabilitering/habilitering, og medvirke til at henviste brukere får opprettet ansvarsgrupper når dette er formålstjenlig.

Teamet har representanter fra tjenesteområdene helse, omsorg og NAV på følgende måte: Fysioterapeut (p.t. koordinator av teamet), veileder fra NAV, helsesøster, psykiatrisk sykepleier og lege.

5.9 Boligutvikling

Omsorgsavdelingen har ansvar for tildeling av 70 trygdeboliger, 49 heldøgns-bemannede omsorgsboliger, 8 trygdeboliger for psykiatriske brukere og 63 klausulerte boliger.

Det er ventelister til omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Behovet for bygging av omsorgsboliger med heldøgns bemanning behandles i eget kapittel 9.3 i planen.

Vi har ventelister til trygdebolig. De fleste av søkerne vil kunne fungere bra i lettstelte leiligheter privat eid og/eller i borettslag. Vi anser det å ha tilrettelagt bolig livet ut som et privat anliggende. Det anbefales derfor ikke bygging av flere trygdeboliger. VTK er en pilotkommune for universell utforming, og det vil være økt fokus på den enkeltes ansvar ift dette.

6. Førende Prinsipper og Mål

Plan for omsorgsavdelingen legger til grunn at folk ønsker å ha ansvar for å mestre eget liv og helse. Dette skal være et viktig førende prinsipp for framtidige omsorgstjenester i Vestre Toten kommune, og prege hele omsorgstjenesten i tiden framover.

BEON (beste effektive omsorgsnivå) skal være et annet viktig førende prinsipp. Dette innebærer blant annet at folk etter en individuell vurdering av behov skal få et korrekt og tilpasset individuelt tilbud på rett nivå.

6.1 BEON

BEON (beste effektive omsorgsnivå) En individuell vurdering av behov skal gi et korrekt og tilpasset individuelt tilbud på rett nivå.

Kort oppsummert innebærer dette:

- økt fokus og satsing på aktiv omsorg og forebyggende arbeid, inkl. frivillig arbeid
- styrking av hjelpetiltak (ulike hjemmetjenester med mer) slik at folk kan bo hjemme lengst mulig
- at sykehjemmene i kommunen fortrinnsvis blir brukt til korttidsopphold med vekt på medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, avlastning, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold og omsorg ved livets slutt. Det anbefales imidlertid langtidsplasser for spesielle brukergrupper. Mennesker som har behov for varig bo- og heldøgnsstilbud, bør tilbys dette i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning.

6.2 Mestring

Mestring handler om å ha kontroll over utfordringer som livet gir.

Mestringsbegrepet bygger på en erkjennelse av evnen til å utvikle og ta i bruk egne ressurser. Det handler ikke om å være vellykket, men om å klare seg mest mulig i hverdagen.

Nye muligheter

Det er viktig å ikke gi diagnosen eller funksjonshemmingen større plass enn det den må ha.

Strategier for å mestre

I mestringsarbeidet fokuseres det på andre ting enn diagnosen eller lidelsen man har.

Fokus på det friske

Det er sentralt å være opptatt av å fremme helse. For at mennesker kan utnytte sine mestringsressurser er det viktig å fokusere på det som er friskt og de muligheter som finnes i det enkelte menneske og den enkeltes situasjon.

Det er utarbeidet et mandat for innhold i en mestringsplan og en orientering/informasjonsplan til kommunens innbyggere, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

Arbeidet skal ferdigstilles innen 01.12.10. vernepleierkonsulent i omsorg leder arbeidet. En egen mestringsplan er et nødvendig verktøy i arbeidet med mestringsfokus og framtidens omsorgstjenester. Det er imidlertid ikke nok med en egen plan og andre dokumenter som omtaler og løfter fram mestringsfokuset sin betydning. Det viktigste er hvordan mestringsfokuset blir praktisert og opplevd i møtet mellom ansatte og innbyggere/brukere/pårørende.

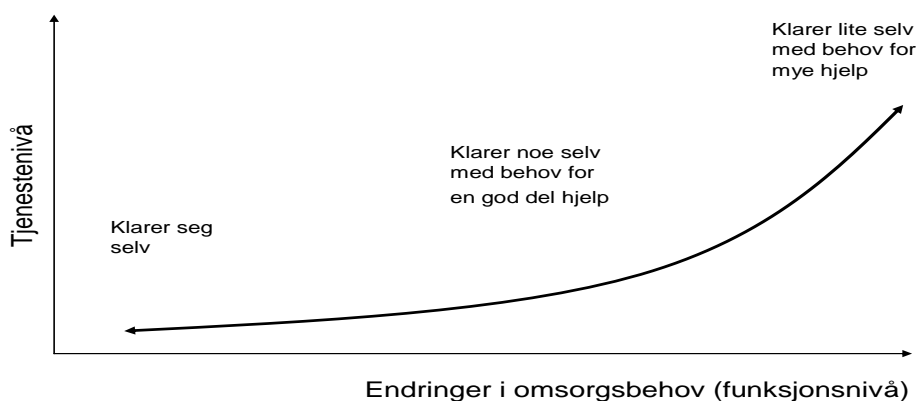
En egen informasjonsplan rettet mot kommunens innbyggere er et nødvendig verktøy for å informere og orientere om mestringsfokus og innholdet i framtidens omsorgstjenester.

6.3 Omsorgsløftet

Alt dette kan synliggjøres gjennom dette Omsorgsløftet:

OMSORGLØFT

Opprettholdelse av livskvalitet



Kilde: Gran kommune 2009

Nederst på grafen ligger f eks lavterskeltilbud, dagsenter, trygghetsalarm, mat til hjemmeboende etc. Øverst finner vi heldøgnsbemannede tilbud med sykehjem som den mest ressurskrevende tjenesten.

Denne grafen gir et bedre bilde enn den tradisjonelle "omsorgstrappa" da ingen tjenester i prinsippet kan utelukkes på noe nivå. Det kan f.eks tildeles både hjemmehjelp og støttekontakt i heldøgnsbemannet bolig

6.4 Mål

Utvalg for velferd og opplæring (UVO) vedtok forslaget til ny visjon, verdier og målsetting for omsorgstjenesten den 16.02.10.

VISJON

Sammen skaper vi muligheter

VERDIGRUNNLAG

Respekt Mestring Trygghet

OVERORDNEDE MÅL

Alle med omsorgsbehov skal oppleve at deres egne ønsker, muligheter og ansvar for å mestre eget liv, blir ivaretatt

HOVEDMÅL

1. Brukeren møtes med respekt
2. Brukeren mestrer dagliglivet
3. Brukeren opplever trygghet
4. Brukeren opplever et godt tilpasset tjenestetilbud

DELMÅL TIL HVERT AV HOVEDMÅLENE

Hovedmål 1: Brukeren møtes med respekt

- Delmål 1: Brukerens identitet og selvrespekt legges til grunn
- 2: Brukerens verdier og normer respekteres
 - 3: Brukerens rett til privatliv ivaretas
 - 4: Brukeren gis mulighet til å bo i opprinnelig bolig så lenge som mulig
 - 5: Brukeren får en verdig omsorg i livets slutfase

Hovedmål 2: Brukeren mestrer dagliglivet

- Delmål 1: Brukeren tar ansvar for egenomsorg og nyttiggjør egne ressurser
- 2: Brukeren gis mulighet til å opprettholde, gjenvinne og videreutvikle sitt funksjonsnivå
 - 3: Brukeren tar del i ulike aktiviteter, også utenfor eget hjem når dette er mulig

Hovedmål 3: Brukeren opplever trygghet

- Delmål 1: Befolkningen kjenner til våre tjenester og gis relevant informasjon og veiledning, også om andre aktuelle tilbud
- 2: Brukeren har tillit til våre tjenester og tjenesteutøvere
 - 3: Brukeren opplever en effektiv, forsvarlig og trygg saksbehandling basert på en individuell vurdering

Hovedmål 4: Brukeren opplever et godt tilpasset tjenestetilbud

- Delmål 1: Brukeren får et tilpasset tjenestetilbud etter grad av funksjonssvikt
- 2: Brukeren opplever sammenheng i tjenestetilbudet

7. Lavterskel og ikke hjemlede tiltak – vurderinger og anbefalinger

7.1 Trygghetsalarm

Omsorgsavdelingen har ansvar for tildeling av trygghetsalarmer.

Kapasiteten er max 250 alarmer (kommunale og private).

Kommunen har avtale med Raufoss Beredskap AS.

Antall alarmer bør økes pga stor søknad og en økning i antall eldre og personer med omsorgsbehov.

Anbefalinger :

Antall alarmer bør økes med 20 innen 2015

Og med ytterligere 30 innen 2025 (til sammen 50 alarmer)

Kostnad – kr 2500,- pr alarm samt en økning i faste utgifter til RAB

7.2 Matomsorg til hjemmeboende, omsorgsboliger og i sykehjem

Storkjøkkenet legger vekt på å planlegge helsefremmende måltider med fokus på sammenhengen mellom kosthold og helse.

Matomsorgen for alle kommunens brukergrupper skal ha en forebyggende effekt i alle livets faser.

Storkjøkkenet er bevisst på at mat er en viktig kulturbærer, og at måltidene også er viktige ved markering av sosiale begivenheter med ulike roller i hverdag og til fest.

Disse forholdene vektlegges ved storkjøkkenets planlegging av matomsorgen.

Storkjøkkenet bruker bl.a kostrådene til "Nasjonalt råd for ernæring" (tidligere kalt Statens ernæringsråd) som veileder under planleggingen. Ny utgave kommer nå i høst/vinter 2010.

Storkjøkkenet har i samarbeid med sykeavdelingene, en kostombudsordning, som er et tverrfaglig kommunikasjonsforum der matomsorg og kvalitetssikring av pasientenes behov er tema.

En kostombudsordning planlegges også i omsorgsboligene og i hjemmetjenester for å få bedre kontroll på kosttilbudet for alle brukergrupper i omsorg.

En ny tverrfaglig samarbeidsgruppe skal etableres for å jobbe med pasientenes døgnrytme, kost/ernæring og gjennomføring av måltidene. Gruppen skal planlegge gode døgnrytmeplaner til pasientenes beste og redusere lengden på nattfasten.

Storkjøkkenets kostøkonom tilbyr kostveiledning for enkeltbrukere og ansatte.

Organisering

Storkjøkkenet har 1 driftenehetsleder og 2 teamledere og er delt i 2 enheter som gir forskjellige tjenester: Denne organiseringen er innført fra 01.07.2010

Enhet for produksjon, pakking og distribusjon

Disse tjenestene ligger til kjøkkenet på Gimle.

Enheten ivaretar varmmatproduksjon og pakking av 2 retters middag pr.dag til sykehjemmene, omsorgsboligene og hjemmeboende, samt også til hjemmeboende i Østre Toten kommune.

Enheten har også ansvar for distribusjonen ut til mottakene i sykehjem, omsorgsboliger og til alle husstander for hjemmeboende 1 gang pr.uke. Maten er nedkjølt og distribueres i kjølebiler for ivaretagelse av matsikkerheten.

Behovsprøving for mat til hjemmeboende er fjernet, slik alle som ønsker mat kan bestille.

Enheten produserer 350 varmatporsjoner pr.dag.

Enhet for mottak, kantiner og catering.

Mottakene og kantinene er i begge sykehjemmene Gimle og Raufosstun.

Enheten ivaretar frokost, mellommåltider og kveldsmåltider på sykehjemmene (i samarbeide med sykeavdelingene) Enheten har også ansvar for kantinene med salg til beboere, ansatte, pårørende/besøkende og begge sykehjem har tilbud om middagssalg for tilreisende pensjonister/trygdede i kommunen.

Storkjøkkenet planlegger å markedsføre kafedrift for kommunens innbyggere og bidra til økt bruk av sykehjemmene som sosial arene.

Det planlegges også oppstart av tilbud om familiekoldtbord på søndag på Gimle og Raufosstun. Dette tilbudet er for beboerne som da kan velge mellom dagens middag eller koldtbord. I tillegg vil tilbudet være for pårørende, andre besøkende (kommunens innbyggere) og ansatte m/evt. familier.

I tillegg har enheten ansvar for cateringdriften der all aktiviteten er tillagt kjøkkenet på Raufosstun.

Prosjekt – Mat som medisin

Storkjøkkenet har fått ta del i kunnskapene fra prosjektet ”mat som medisin”. Målet for prosjektet er at eldre som får hjemmetjenester eller bor på institusjon skal få bedre helse med færre medikamenter ved å tilrettelegge maten for den enkelte. Prosjektet rettes mot brukere av hjemmetjenester, institusjoner og kantiner i helse- og sosialtjenesten og bidrar med motivering og kvalitetssikring i alle ledd – fra leverandører til pleiere.

Plan for matomsorg

Storkjøkkenet planlegger å utarbeide en plan for matomsorgen med et 4 årig perspektiv. Det er behov for en mer konkret og målrettet strategi for en bedre matomsorg, med bakgrunn i endringer i kostanbefalinger fra nasjonalt råd for ernæring, kunnskapene vi høster fra prosjektet ”mat som medisin” og ”nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring”.

Matsikkerhet

Storkjøkkenet er i mål med matsikkerhetsprogrammet HACCP.

HACCP = Hazard analysis and critical control point (fareanalyse og kritiske kontrollpunkt)

Systemet sikrer at produksjon og omsetning av mat skal foregå i tråd med krav i lover og forskrifter og målsetningen er at forbrukeren spiser TRYGG MAT.

Dette nye hygieneregelverket trådte i kraft 1.mars-2010 i Norge.

Utstyr / maskinpark

Utskifting av gammelt utstyr blir en utfordring i årene som kommer. Utstyret brukes mye, og lenger enn generelt beregnet levealder for storkjøkkenutstyr.

Det prioriteres ikke utskiftninger så lenge utstyret fungerer, så dette har medført ”opphopning” av gamle årganger. Storkjøkkenet må forvente større reparasjonskostnader og havarier i de nærmeste årene hvis ikke midler til nytt utstyr blir prioritert.

Anbefalinger:

Dagens ordning med mat til hjemmeboende videreføres

Tverrfaglig arbeid der døgnrytmeplaner legges til grunn for matomsorg starter opp i 2011

Plan for matomsorg utarbeides i løpet av 2011

7.3 Dagsenter

Fagrapporten OiU foreslår:

Fram til 2015 foreslås en økning på totalt 37 plasser pr.uke og fram til 2025 foreslås en ytterligere økning på 38 plasser pr.uke. Dette innebærer altså en økning på totalt 75 plasser pr.uke fram til 2025. I tillegg oppgis usikkerhet om konkret behov for økning ved flere andre dagtilbud av ulike årsaker (bl.a. pågående prosjekter og vanskeligheter med å vurdere behov pr.dato).

Det understrekes

- følge opp prosjektene Møteplassen og Huset for vurdering av framtidig behov
- vurdering av framtidig behov ved flere andre dagtilbud og vurdere ev. også opprettelse av helt nye dagtilbud
- behov for avklaring av målsettingene ved de enkelte dagtilbudene og for enkeltbrukere
- mestringsfokus må være sentralt i dagtilbud.
- utvidet samarbeid og samhandling med andre tjenesteområder og samarbeidsparter om dag- og aktivitetstilbud
- særskilt vurdering av samarbeidet med frivillige ved alle dagtilbudene
- evaluering av igangsatte tilbud og prosjekter for å øke treffsikkerheten og sikre progresjon

Oversikt over dag – og aktivitetstilbud pr. 01.01.10

I kommunal regi

Navn	Sted	Målgruppe	Antall plasser og åpningstider	Søknad og kostnad
Dagplass Raufosstun	Raufosstun sykehjem, Raufoss	Eldre og trygdede som bor hjemme og trenger sosial stimulering og aktivisering.	12 plasser mandag og tirsdag. 5 plasser onsdag Kl. 08.30 – kl. 15.00	Må søke om plass. Kr. 110,- pr. dag.
Dagplass Raufosstun med rehabiliteringstilbud	Raufosstun sykehjem, Raufoss	Behov etter akutt sykdom eller skade som har forandret livet, eller sviktende helse over tid.	3 plasser på onsdager Kl. 08.30 – kl. 15.00	Må søke om plass. Kr. 110,- pr. dag.
Dagplass erindringssenteret	Gimle sykehjem, Bøverbru	Hoveddiagnosen skal være aldersdemens. Vedkommende skal være forholdsvis fysisk frisk og mobil.	6 plasser på mandager, onsdager og fredager.	Må søke om plass. Kr. 95,- pr. dag.
Psykiatrisk dagsenter	Fossegård, Raufoss	Mennesker med alvorlig psykiatrisk lidelse som bor i kommunen og har behov for et tilbud på dagtid.	6 plasser 5 dager /uke (ikke lør- og søndager) Kl. 09.00- kl. 15.00	Må søke om plass. Gratis
Dagtilbud Kirkevn.10	Kirkevn.10, Raufoss	Svaktfungerende utviklingshemmede og mulifunksjonshemmede som bor i V.T.K., og har behov for et tilbud på dagtid.(Gjelder ikke de som omfattes av skole- eller sysselsettingstilbud.)	Det finnes til enhver tid et bestemt antall plasser, mandag til fredag, kl. 09.00 – kl.13.30	Må søke om plass. Kr. 25,- pr. dag, for mat og drikke.
Møteplassen	Storgt. 56 A, Raufoss	Primært personer med psykiske problemer.	Man- til fredag Kl. 09.00 – 14.30	Omsorg fra 01.01.10

Med kommunalt tilskudd

Navn	Sted	Målgruppe	Antall plasser og åpningstider	Søknad og kostnad
Dagtilbud på Eina.	Helsehuset på Eina.	Voksne med behov for sosial kontakt og stimulering, med adresse Eina, og nærområdet til Eina.	Ca. 25 brukere. Mandager Kl. 10.00 – 15.00	Tilskudd fra Omsorg, til transport. Frokost/middag. 60.kr betales til Vestre Toten storkjøkken for middag
Grønn Omsorg	Lunde Gård, Raufoss	Tilrettelagt arbeidstrening på gård, spesielt myntet på unge med psykiske lidelser	Man- og torsdag Kl. 10.00 – 14.00 5 plasser	Tilskudd fra Omsorg
Ungdom i arbeid	Gaukom, Bøverbru	Ungdommer i videregående opplæring	4-5 brukere Mandag-fredag	Kultur
RA-pensjonistenes Aktivitetssenter	Veltmanåvegen 2, 2830 Raufoss	Alle pensjonister i Vestre Toten kommune, også førtidspensjonister	Div. aktiviteter. Åpent man-, ons- og fredag Kl.09-13	Kr 125,- pr år i kontingent til pensjonist-foreningen. Tilskudd via Omsorg.
Huset	Knut Hamsundsvei 19, Raufoss	Lavterskeltilbud til rusmisbrukere	Mandag og torsdag kl. 09 – 15. Tirsdag kl.09-17	Prosjekt: NAV, og Omsorg
ATS Gjøvik/Toten AS	Gaukom og Gjøvik	Tilrettelagt arbeid for yrkeshemmede	20 ATS plasser (kommunale plasser) 10 VTA plasser (varig tilrettelagt arbeid) Mandag-fredag	Søknad via NAV

Noen andre aktivitetstilbud i kommunen med flere aktører

Arrangør (lag/forening)	Type aktivitet og målgruppe	Hvor foregår aktiviteten?	Når foregår aktiviteten?
Kulturnettverket innlandet	Trening for mennesker med psykiske lidelser	Toten treningssenter Spent Gjøvik	Hver tirsdag kl 13 -14 hver fredag 13 -14
NAV Vestre Toten / psykiatritjenesten samt NAV Østre Toten	Trening og aktivitet for mennesker med rusproblematikk som er i en rehabiliteringsfase – trenger aktivitet for å erstatte rus	Bøverbru skole F eks fjellhallen, skisted osv	Fast trening mandager 19.30 til 21 Det krever at brukeren er motiverte, rusfri og har oppmøtekompetanse En søndag i måneden med varierte aktiviteter. Samt en helgetur i halvåret
Grønt arbeid	Spesielt myntet på unge med psykiske helseproblemer. Samme målgruppe som ovenfor.	Lunde Gård, Raufoss	Fire dager per uke Kl. 10.00 – 14.00 5 plasser

7.3.1 Dagsenter for eldre samt dagrehabilitering

Det er behov for 12 (10 + 2 rehab)nye plasser innen 2015 og ytterligere 8 (3 +5 rehab) plasser innen 2015.

Det betyr drift 5 dager pr uke med til sammen 42 plasser. Frivillig innsats i tillegg til ansatte er aktuelt.

I tillegg gis støtte til dagtilbud Eina drevet på frivillig basis. Bør videreføres som nå.

Anbefaling

Utvidelse til 4 dager innen 2015 – kostnad / ressurs 40% stilling – 250.000 + transport

Utvidelse til 5 dager innen 2025 – økning fra 40 til 80% stilling – 500.000 + transport

(egenbetaling dekker mat)

7.3.2 Erindringscenteret

Erindringscenteret gir tilbud 3 dager pr uke til seks brukere (18 plasser)

Midlertidig utvidelse til 5 x 6 plasser fra 01.08.2010 pga mange demente med behov for avlastning og/eller sosial stimulering. Frivillig innsats er aktuelt.

Økning i antall eldre tilsier i tillegg et nytt erindringscenter med 30 plasser fra 2020.

I tillegg bør oppstart av Inn på tunet- prosjekt som et tilbud til mennesker med demens som ikke kan nyttegjøre seg ordinære dagtilbud. Det kan være fysisk aktive/utagerende brukere med behov for aktivitet og "armslag".

Dette bør kunne bli et samarbeidsprosjekt, gård/omsorg

Forslag: Prosj.5 pl. 2 dager/uke Ti + To, Totalt 10 plasser . Her bør frivillige kunne komme inn.

Anbefaling

Seks plasser 5 dager pr/uke videreføres . Kostnad ut over dagens nivå er 420.000

Innen 2025: Nytt erindringscenter med 30 plasser må på plass. Til sammen 60 plasser.

Samarbeid med frivillige må vurderes.

Kostnad nytt erindringscenter 30 plasser må utredes. Lønn utgjør 2 stillinger (1,1 mill). I tillegg kommer skyss. Lokalteter må avklares

Inn på Tunet

Innen 2012- Søke prosjektmidler via dept til oppstart av "Inn på tunet"

7.3.3 Psykiatrisk dagsenter

Omsorg driver dagsenter for brukere med diagnose knyttet til psykiatri. 6 plasser 5 dager pr. uke Totalt 30 plasser. Tilbudet er gratis og innvilges etter vurdert søknad.

Behovet forventes å øke.

Frivilligsentralen kjører noen brukere, og det er mulighet for mer samarbeid her.

Anbefaling

30 plasser opprettholdes på Fossegård.

Samarbeid med frivillige opprettholdes og om mulig, utvides.

7.3.4 Møteplassen – lavterskeltilbud for brukere med psykiske problemer/lidelser

Møteplassen er en del av omsorg fra 01.01.2010. (ref kommunestyresak 11.06.2009)

Møteplassen

Møteplassen er et aktivitetshus for mennesker med psykiske lidelser. De holder til i Storgata 56 på Raufoss hvor det gis et tilbud til om lag 40 personer. Her drives aktiviteter som søm, kunstmaling, turgruppe, kjøkkenaktiviteter med mer.

Møteplassen drives med en 50% stilling mindre fra 01.07.10. For at dette skal være mulig, er det nødvendig å involvere frivillige og gjøre mer aktiv bruk av medvirkning fra brukerne. Frivilligsentralen har transportoppgaver for noen brukere. Det bør være mulighet for mer samarbeid her.

Anbefaling

Møteplassen drives som et lavterskeltilbud med økt grad av frivillig innsats og brukermedvirkning.

Åpningstid skal være 5 d / uke.

7.3.5 Kirkevegen 10, dagsenter for mennesker med spesielle behov

Dagsenteret gir tilbud til svaktfungerende utviklingshemmede og multifunksjonshemmede som har behov for et tilbud på dagtid og som ikke omfattes av skole eller sysselsettingstilbud.

Dagsenteret er åpent mandag til fredag.

Det er i alt tolv brukere med vedtak 2 – 5 dager per uke. Det er 7-8 brukere per dag.

Behovet tilsier en økning på tre brukere på sikt (til totalt 15)

Mulighet for frivillige inn bør vurderes.

Det gis i tillegg tilbud til ungdom som er for gamle for SFO (fra og med 8. klasse), med behov for tilsyn etter skoletid.

Anbefaling

Tilbudet opprettholdes og økes til 15 når behovet tilsier dette. Stillingsressurs avhenger av den enkeltes behov.

7.3.6 HUSET, lavterskeltilbud rusmisbrukere

Prosjektet er et samarbeid mellom omsorg og NAV.

Tiltaket er en del av en prosjektklynge der boligjenester, styrking av rusarbeid, boligsosialt arbeid, verksted for selvtillit og aktiv fritid må ses i en sammenheng.

Disse er samlet under felles styringsgruppe der også rådmann inngår.

Formålet er å tilby rusmisbrukere skadereduserende helse- og sosialtjenester som samtaler, råd, veiledning, ernæring, sårstell, dusjmuligheter, klesvask og videreformidling til andre tjenester.

Rusmisbrukere er underforbrukere av nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Huset KAN bidra til å senke terskelen til det ordinære tjenesteapparatet.

Huset ligger sentralt i Raufoss og holder oppe tre dager pr uke. Det har vært drift siden høsten 2009, og ca 25 stk er brukere av tilbudet.

Det er vanskelig å vurdere behovet for evt utvidelse , men tiltaket bør absolutt videreføres.

Prosjektet går fram til 2012.

Frivillig innsats er aktuelt.

Anbefaling

Huset videreføres etter endt prosjektperiode.

En gradvis opptrapping av kommunal innsats fra nå og fram til avsluttet prosjektperiode vil lette overføringen til ordinær drift.

Kostnad avhenger av hvilket nivå vi legger oss på , men 1,5 st er et minimum.

7.3.7 Aktiv omsorg

Prosjektet ” Slipp kulturen inn” startet i september 2004 som et samarbeidsprosjekt mellom omsorg- og kulturavdelingen. Prosjektet var i første omgang rettet mot sykehjemmene; Gimle og Raufosstun.

Målet med prosjektet var å bidra til økt trivsel for pasientene gjennom aktivitet, adspredelse og felles opplevelser. Det skulle senke terskelen mellom institusjonene og omverdenen, og bidra til at kommunens innbyggere som bor på institusjonene skulle bli deltagere i et levende lokalsamfunn. Informasjon og samhandling med pårørende skulle bedres.

Muligheten til i så stor grad som mulig å delta i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, har vi fått til ved hjelp av frivillige organisasjoner, skole, barnehager, kulturskolen og andre lokale aktører på mange plan. Vi har åpnet sykehjemmene våre, og blitt flinkere til å tenke individuell behandling. Pasientene har fått mulighet til å delta aktivt i det som skjer. Fokuset er rettet mot den personen de var før de ble syke.

Bedre informasjon og samhandling med pårørende har bidratt til at pårørende deltar mer sammen med sine, på aktiviteter og arrangement som foregår inne på institusjonene. Sundskogveien og Korterudveien omsorgsbolig er etter hvert blitt mer og mer med. Avdelingene har valgt kulturkontakt blant de ansatte, og disse er et viktig bindeleddet til avdelingene.

Alle aktiviteter blir bekjentgjort på Vestre Toten kommunes hjemmeside under kalendere. Aktivitetene blir i dag administrert av en 40% stilling på kulturkontoret.

Anbefaling

Arbeidet må videreføres med minimum 40% stilling til koordinering, samarbeid med frivillige og kulturkontaktene på enhetene

7.4 Arbeidstrening

ATS VTK ble lagt ned i 2009. De fleste arbeidstakerne/brukerne fikk et tilbud ved ATS Gjøvik/Toten as der VTK er medeiere. Utgifter til tiltaket (plasser i VTK) er lagt til Omsorgsavdelingens budsjett.

De brukerne som ikke fikk arbeidstilbud via ATS, har fått tilbud på Kirkevegen dagsenter. Henvendelser og søknad om arbeidstilbud går til NAV. Det forutsettes et tett samarbeid mellom omsorg og NAV for å finne riktig tilbud til enkeltbrukere.

7.4.1 Grønn Omsorg / Grønt arbeid

Vestre Toten sin del i Grønn omsorg består av to dager pr uke med plass til 5 arbeidstakere på Lunde gård / ansvarlig er Ole Dullerud. Kommunen lønner en 25% stilling.

Hovedaktiviteter er :gårdsarbeid, kurs/opplæring, ekskursjoner (turer/bedriftsbesøk) og produksjon (dyrefigurer/fuglekasser)

Aktivitetene gir arbeidstrening for personer med psykiske lidelser, og som trenger skjermet aktivitet og gir derfor tilbud til enkeltmennesker som det kan være vanskelig å finne tilbud til andre steder i kommunen.

Det er et formalisert samarbeid med psykiatritjenesten.

Grønt arbeid er et tilbud til unge med psykiske problemer. Gir tilbud fire dager pr uke med til sammen 5 plasser (max 5 brukere). Utvidelse må vurderes løpende ifht behov. Tilbudet er organisert i NAV.

Anbefaling

Grønn Omsorg vurderes løpende for evt behov for utvidelse

Grønt arbeid organiseres via NAV. Samarbeidet NAV / Omsorg bør styrkes

8. Lovpålagte hjemmetjenester - vurderinger og anbefalinger

8.1 Hjemmesykepleie, Hjemmehjelp og praktisk bistand

Hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenesten har felles oppmøte - arenaer.

For Raufoss er dette Fossegård og Korterudvegen, og for Sør ;Tyttebærstien- og Sundskogvegen omsorgsboliger.

Belastningene er tidvis store, og det er nødvendig å styrke disse tjenestene.

Sykepleiedekning er en utfordring og bør styrkes.

Anbefaling

En generell styrking av hjemmesykepleie er nødvendig for til å møte utfordringene når de kommer.

God kompetanseplanlegging.

Hjemmetjenester styrkes i takt med omlegging fra sykehjemsdrift til heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Omfang og kompetanse beskrives under anbefalinger for bruk av plasser

8.2 Miljøarbeid

Mennesker med utviklingshemming har generelt sett mange og til dels alvorlige tilleggslidelser. Det kan være somatiske og psykiatriske diagnoser. Levealderen øker for denne gruppa, noe som medfører utfordringer det ikke har vært fokus på tidligere.

Det bør fortsatt arbeides for å bygge samlokaliserte boliger til mennesker med særskilte behov. Hvis dette ikke blir gjort, vil disse brukerne kunne bli svært kostnadskrevende.

VTK rapporterte til sammen 71 brukere med utviklingshemming som mottok tjenester pr. 01.01.10.

I tillegg opplever tjenesten miljøarbeid, spesielt på Raufoss, at brukere med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk øker i antall og at omfanget av tjenestene er mer omfattende. Dette gjør at miljøarbeidertjenesten på Raufoss nå har liten kapasitet til flere/nye brukere innenfor eksisterende rammer.

I Revidert rapport med anbefalinger om bruk av kommunens heldøgns plasser høsten 2009, står det at flere yngre brukere kan komme til å få et behov for tilrettelagt bolig i løpet av en 5 års periode, der det må tilrettelegges for heldøgnsbemanning ved behov. Kommunen har 15 bemannede boliger til brukergruppen pr dato. Det anbefales bygging av 6 nye boliger på Raufoss. På lengre sikt ser vi at behovet øker ytterligere.

I aldersgruppen fra 30 år og oppover ser det pr. i dag ikke ut til å være behov for nye omsorgsboliger. Eldre mennesker med utviklingshemming kan som utgangspunkt tenkes inn i ordinære tjenestetilbud når de får større pleiebehov, med mulig behov for tettere oppfølging/bemanning og tilrettelegging.

Anbefaling

Seks nye heldøgnsbemannede omsorgsboliger innen 2015 til gruppen.

Investering 1,6 mill pr boenhet

Drift: kr 0,5 – 1,0 mill pr boenhet (avh av den enkeltes behov)

Seks boliger i tillegg i perioden 2015 – 2025 (til sammen 27 boliger)

8.3 Psykiatri - vurderinger og anbefalinger

Det vises til kommunens psykiatriplan 2007 – 2010 vedtatt i kommunestyre 08.03.2007 og Ruspolitisk handlingsplan 2008-2012.

Planarbeidet stiller store krav til tverrfaglig samarbeid med tanke på et helhetlig og samordnet tilbud til denne brukergruppen.

Målene er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv.

Psykiatritjenesten for voksne er organisert under tjenesteområde Omsorg. Daglig drift koordineres av teamleder for psykiatritjenesten i tett samarbeid med øvrige involverte tjenesteområder. Et lite, men sterkt team følger opp de tyngste brukerne samt sørger for nødvendig veiledning av øvrig turnuspersonell .

Psykiatrikompetansen er ellers spredt som turnusstillinger innen hjemmetjenester, miljøarbeid og turnusstillinger rettet inn mot psykiatriboliger i kommunen. Tverrfaglig team og ansvarsgrupper ivaretar oppfølging, IP (individuell plan) og kontinuitet for den enkelte tjenestemottaker. For øvrig er det også psykiatrikompetanse i de øvrige tjenestene.

Omsorgssjef er kontaktperson i forhold til psykiatriarbeidet i kommunen. Fra rådmannens side er det utarbeidet klare retningslinjer for hvordan det forventes at tverrfaglig samarbeid skal foregå i kommunen.

Forventet utvikling

Voksne

- *På landsbasis vil ca. halvparten av befolkningen i løpet av livet få en psykisk lidelse, og ca 20-30 % har hatt en slik lidelse siste året. Inkludert i tallene er 10-15% med alvorlige psykiske lidelser.*
- *Psykiske lidelser er årsak til hver femte sykmelding og hver fjerde uførepensjonering.*
- *Antallet personer som både har en psykisk lidelse og som samtidig er rusavhengige, er økende.*
- *Psykiske lidelser synes å øke med alderen.*
- *Selv om den psykiske sykkelighet synes relativt stabil, ser det ut som om folk mestrer hverdagen dårligere enn før. Hovedtyngden finnes innen diagnosegruppen depressive lidelser.*
- *Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har økt betraktelig de siste årene.*

Psykiatritjenester for barn og unge er ikke organisert i en enhet, men tjenestene er spredt på ulike tjenesteområder, som helse, skole, kultur, barnehage og sosial.

Forventet utvikling

Barn

- *Hos barn er det en økning i atferdsforstyrrelser, mens stemningslidelser øker blant unge. Flere gutter enn jenter har problemer.*
- *Undersøkelser viser at ca. 8% av barnepopulasjonen har klare behandlingsbehov.*
- *Videre regnes det med at 15–20% av barn og unge har psykiske vansker som påvirker funksjonsnivået.*
- *Depresjoner og selvsykdom øker blant unge jenter.*
- *Det er en økning i bruk av alkohol og andre rusmidler blant ungdom generelt. Forbruket øker mer blant ungdom enn i befolkningen for øvrig.*

(Rundskriv IS-1368, Utviklingstrekk i Helse og sosialsektoren, kap7. psykisk helse)

Tjenesten opplever en økende pågang; spesielt fra yngre brukere med alvorlige sinnslidelser. Dette er brukere som krever omfattende ressurser og setter store krav til tverrfaglig samarbeid. Asylmottaket i kommunen påvirker tjenestebehovet. Brukere med omfattende tjenestebehov er kommunens ansvar i samarbeid ned SIR (Sykehuset Innlandet Reinsvoll). Det er behov for mer kompetanse for bedre kulturforståelse.

Et godt og utstrakt samarbeid med 2.linjetjenestene (sykehus og distriktpsikiatriske sentra) er av avgjørende betydning for å få til helhet og sammenheng i tjenestene.

Kommunen har åtte trygdeleiligheter på Raufoss for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Dette er et tidsbegrenset botilbud for de som kan nyttiggjøre seg aktiv miljøterapi.

Sju samlokaliserte omsorgsboliger med heldøgns bemanning i Eventyrvegen sto ferdig i januar 2008.

På grunn av endringer på 2. linjenivå, har kommunen overtatt oppgaver med å gi et døgntilbud til flere alvorlige sinnslidende de siste årene. I tillegg skal kommunene gi tilfredsstillende tilbud mht bolig, arbeid og fritid.

Det antas en større økning i antall yngre personer i rusmiljøet i vår kommune. De er vanskelige å fange opp, da mange har få- eller ingen tjenester.

Ifølge søkerlista pr. 17.11.09 står to personer på venteliste til omsorgsboliger i psykiatritjenesten.

Det er ikke behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger på kort sikt (fram til 2015), men heller en styrking av tjenester til hjemmeboende, flere dagplasser og lavterskeltilbud.

I et langsiktig perspektiv (fram til 2025) vil det være behov for flere heldøgns plasser. Det er rimelig å anta et behov på 7 nye boliger på lang sikt. Det bør satses på større private enheter og mindre fellesarealer for å unngå institusjonspreg og uro i fellesrom.

Det er mørketall i tjenesten og vanskelig å være konkret om utviklingen, men den samfunnsmessige utviklingen viser et økende behov for tjenester i fremtiden.

Anbefaling

Det bygges 7 nye heldøgnsbelemannede omsorgsboliger i perioden 2015 – 2025.

Disse bør ikke samlokaliseres med Eventyrvegen

Investerings / drift: 1,6 mill pr boenhet og min. 5,5 stillinger ; dvs 3,0 mill pr år

Hjemmetjenester styrkes med 1 stilling innen 2015 og 1 st 2015 – 2025

Tverrfaglig gruppe vurderer behov for rullering av kommunens psykiatriplan

8.4 Brukerstyrt personlig assistanse – BPA

Interessen for og antall søkere til BPA øker, og omfanget av tjenester de trenger varierer kraftig. En utvidelse av ordningens målgruppe og sterkere rettighetsfesting har naturlig nok ført til flere henvendelser og søknader. Det stilles derfor store krav og ressurser til saksbehandling og administrasjon av ordningen. Vi har avtale med ULOBA (andelslag, NON profit selskap) for to brukere.

Anbefaling

BPA ordningen styrkes i takt med økende behov.

8.5 Omsorgslønn

Omsorgslønn er et økonomisk bidrag til personer som har særlig tyngende omsorgsoppgaver over lang tid.

Det er en økende pågang av søknader til omsorgslønn som krever gode saksbehandlingsrutiner og kompetanse. Vestre Toten ligger svært lavt mht max tildelte timer pr uke (10 timer / uke).

Anbefaling

Satser for omsorgslønn bør på sikt heves. Dette for å understøtte omsorgen fra pårørende og andre frivillige nærpåsoner samt med tanke på vanskeligheter med å rekruttere til omsorgstjenesten i framtida

8.6 Avlastning

Barn med sammensatte behov pga. ulike funksjonshemninger trenger mange og sammensatte tjenester. Det forutsetter god samordning /koordinering av tjenestene. Pårørende til disse barna har store og ofte tyngende omsorgsoppgaver.

St.m 47 peker på utfordringer ifht rekruttering

Et viktig tiltak blir å understøtte omsorgen som utføres i privat og frivillig regi. Dette gjelder tjenester som blant annet avlastning. Denne tjenesten bør derfor styrkes i årene som kommer.

8.6.1 Hjemmeavlastning

Det gis hjemmeavlastning i form av helgeavlastning enten hjemme hos bruker eller i avlasters hjem.

Anbefaling

Ordningen videreføres og styrkes i takt med behov. På sikt bør satser for godtgjøring økes.

8.6.2 Avlastning i institusjon

Det gis avlastning i institusjon (Kirkeveien 10). Verken åpningstidene eller bemanning slik det er nå dekker behovet, spesielt m.h.t helger og fleksible avlastningsordninger. Vi merker også en økt pågang i forhold til barn/unge med så omfattende og komplekse behov og krav til fagkompetanse, at privat avlastning ikke er noe alternativ.

Avlastningstilbudet i Kirkeveien må derfor drives kontinuerlig for å kunne gi et forsvarlig og mest mulig fleksibelt avlastningstilbud og nødvendig pauser i omsorgsarbeidet for pårørende. Fra høsten 2010 utvides tilbudet til tre helger pr mnd (i tillegg til annen hver uke). Dette gjøres med omdisponering av interne ressurser.

Anbefaling

Utvidede åpningstider i Kirkeveien 10 til kontinuerlig drift.

Kostnad: Kostnad med dagens bemanning , men avlastning på full tid vil bli 74,75 timer mer pr. uke = tilnærmet 2,1 stilling. Lønnsutgifter 1 mill.

9. Botilbud i Vestre Toten - vurderinger og anbefalinger

9.1 Ubemannede boliger

Klausulerte borettslagsleiligheter:

Dette er leiligheter bygget av Gjøvik og Omegn boligbyggelag i samarbeid med Vestre Toten kommune, og med omsorgstilskudd fra staten.

Leilighetene tildeles av Vestre Toten kommune, Omsorgsavdelingen.

Disse leilighetene er et tilbud til de som er over 60 år, eller som har pleie- og omsorgsbehov, og har vært bosatt i Vestre Toten kommune de siste 2 år.

Leilighetene har livsløpsstandard.

Det er 32 leiligheter på Raufoss (Prøventunet), 12 leiligheter på Eina (Triangelen) og 11 leiligheter på Reinsvoll (Torvtunet) Totalt 55 leiligheter. (i tillegg er det 1 leilighet på Reinsvoll som boligkontoret tildeler).

Klausulerte leiligheter:

Dette er leiligheter bygget av Per Bergheim i samarbeid med Vestre Toten kommune, og med omsorgstilskudd fra staten.

Leilighetene tildeles av Vestre Toten kommune, Omsorgsavdelingen

Disse leilighetene er et tilbud til de som er over 60 år, eller som har pleie- og omsorgsbehov, og har vært bosatt i Vestre Toten kommune de siste 2 år.

Leilighetene har livsløpsstandard.

Det er 8 leiligheter på Raufoss.

Trygdeleiligheter for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne:

Trygdeleiligheter er et tilbud for eldre og funksjonshemmede som har et pleie- og omsorgsbehov og som trenger en tilrettelagt bolig.

Hver leilighet inneholder stue /kjøkken, soverom og bad.

Størrelsen på leilighetene er fra ca. 50 kvm til 77 kvm.

Stiftelsen har ansvar for drift.

Det er 35 trygdeleiligheter på Raufoss, 5 trygdeleiligheter på Bøverbru, 12 trygdeleiligheter på Reinsvoll og 6 trygdeleiligheter på Eina, Totalt 58 trygdeleiligheter for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Trygdeleiligheter for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer

Dette er et tidsbegrenset botilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som kan nyttiggjøre seg aktiv miljøterapi.

Det er 8 trygdeleiligheter for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, på Raufoss.

Trygdeleiligheter for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne

Dette er leiligheter for brukere som trenger nærhet til miljøarbeidertjenesten.

Disse leilighetene er bygget i nær tilknytning til omsorgsboliger for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne (miljøarbeider tjenesten).

Det er 4 trygdeleiligheter på Raufoss, 4 trygdeleiligheter på Reinsvoll og 4 trygdeleiligheter på Bøverbru. Totalt 12 trygdeleiligheter for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne.

9.2 Bemannede boliger

Husbankens veileder for lokalisering, organisering og utforming av omsorgsboliger og sykehjem gir retningslinjer for sykehjem og ulike botyper. Husbanken opererer med følgende begrep (med arealangivelse):

Bofellesskap for demente: privatareal på 30-35 m²

Sykehjemsplasser: privatareal på minst 24 m² (Begrep ved omgjorte sykehj.pl.)

Bofellesskap: privatareal på mellom 40-45 m²

Bokollektiv: privatareal på > 30 m²

Omsorgsboliger: privatareal på 55 m², helst 60 m²

Omsorgsboliger og sykehjem i Vestre Toten kommune

Det anbefales bruk av tre betegnelser for botyper i kommunen. Alle med heldøgns- (stasjonær) bemanning.

1. Omsorgsbolig for mennesker med demens

Dette forstås som en gruppe boliger med små boenheter. Disse anbefales bare til personer som trenger mye omsorg og tett oppfølging. Husbankens veileder sier: Den private boenhet bør være relativt begrenset, oppholdsrom og soverom, gjerne utformet som sovealkove, eget bad og entre med garderobe. Erfaring viser at en størrelse på 30 – 35 kvm er godt egnet. Minikjøkken er ikke nødvendig eller ønskelig for denne brukergruppen.

Mennesker med demens vil tilbringe mye av dagen i fellesarealet i nær kontakt med personalet. Disse rommene bør ligge sentralt. Det anbefales 4- 6 beboere på hver enhet.

2. Omsorgsbolig for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne

Boligene omtales i veilederen som bofellesskap, dvs. en gruppe boliger hvor privatenheten er forholdsvis selvstendig. Erfaringer kommunen har gjort med bl.a. boliger for mennesker med psykiske lidelser, og anbefalinger som gis, stemmer med dette.

Anbefalt areal er mellom 40-55 kvm. Det gir mulighet for en viss grad av selvstendig liv og husholdning. For at privatenheten skal være tilfredsstillende må den inneholde stue/kjøkken, soverom eller alkove, bad, entre eller forgang og uteplass. Større privatenhet betyr ikke nødvendigvis mindre fellesarealer. Fellesarealer må tilpasses gruppen som skal bo der.

3. Sykehjem

De viktigste oppgavene for sykehjem i fremtiden blir korttidsplasser brukt til medisinsk behandling ved akutt sykdom, rehabilitering, avlastning, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, overgangspleie etter sykehusbehandling og omsorg ved livets slutt. Dette dreier seg om opphold av begrenset varighet. Hensikten er at pasientene skal tilbake til sine respektive hjem.

Det vil være noe variasjon i utforming av de ulike sykehjemsavdelingene ut i fra årsaken til oppholdet. Det må for eksempel legges til rette for trening til rehabiliteringspasienter. Omsorg ved livets slutt har et særlig behov for hyggelige omgivelser og plass til pårørende, også for overnatting. Rommene på sykehjem må som et minimum inneholde kombinert oppholds- og soverom, bad med WC og en forgang. Husbanken erfarer at rommene bør ha et areal på minst 24 kvm for å være funksjonell.

Det er til sammen kuttet 33 sykehjemsplasser siden 2002. (5 plasser i januar 2008 og 10 plasser i februar 2009)

På grunn av økende krav til kompetanse og behandling på høyere nivå enn tidligere, har omsorgsavdelingen vedtatt en funksjonsdeling avdelingene imellom.

9.2.1 Raufosstun sykehjem

Raufosstun sykehjem er delt i 2 sykeavdelinger med henholdsvis 14 og 24 plasser, totalt 38 plasser. I tillegg drives det dagavdeling Rehabiliteringsenheten i avd B har 7 plasser.

Raufosstun sykehjem har også en liten psykiatrisk enhet med 6 plasser knyttet til avdeling B.

Raufosstun, avd A vil ta imot kreftpasienter og avd B vil ta psykiatri og rehabilitering foruten vanlige sykehjemspasienter.

9.2.2 Gimle sykehjem

Gimle sykehjem er inndelt i fem avdelinger.

Etter siste nedskjæringer tilsvarende ti plasser i februar 2009, er det totalt 70 pasientplasser. I tillegg drives Erindringsssenteret, som er et dagtilbud til hjemmeboende mennesker med diagnosen aldersdemens.

Gimle sykehjem har et løpende og stort behov for vedlikehold og utskifting av gammelt utstyr. Det er fortsatt behov for å styrke budsjett til disse formålene. Det bør gjøres ombygginger og oppgraderinger (fellesareal og flere bad) på flere avdelinger

På Gimle er avd 1 korttidsavdeling med høy aktivitet, avd 3 ; slagpasienter og eldre brukere med spesielle behov, (i tillegg til vanlige sykehjemsplasser) og avdeling 4 og 6 er forbeholdt demente i ulike faser av sykdomsforløpet.

Avdeling 5 er avdeling for pasienter med tilleggsdiagnoser innen psykiatri og utagerende adferd.

9.2.3 Korterudvegen – på Raufoss og Sundskogvegen Omsorgsboliger på Eina - Boliger for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne som har behov for heldøgns omsorg.

Boligene er et reelt alternativ til langstids plass i sykehjem

Vi har 13 leiligheter +1 korttids plass i Korterudvegen og 14 leiligheter på Eina.

9.2.4 Tyttebærstien, Ytterskogvegen og Elvesvingen Omsorgsboliger

Boligene har stasjonær bemanning og ligger på hhv Bøverbru, Reinsvoll og Raufoss. Det er til sammen 15 heldøgnsbemannede boliger til mennesker med spesielle behov.

9.2.5 Eventyrvegen Omsorgsboliger

Boligene har stasjonær bemanning og ligger på Raufoss. Beboerne er mennesker med diagnose knyttet til psykiatri og som har behov for heldøgns omsorg.

9.3 Bruk av eksisterende bygningsmasse samt forslag til nye boliger

Omsorgsutfordringer er beskrevet i fagrapporten til OiU.

Statlige føringer samt demografisk utvikling er beskrevet.

Det er press på omsorgstjenester med for lavt dimensjonert heldøgnsstilbud, behov for styrking av hjemmetjenester av ulike slag samt at vi ser at vi har en skjev fordeling mellom omsorgsboliger og sykehjem. Rapporten anbefaler: Vi trenger flere omsorgsboliger med heldøgns bemanning og færre sykehjemsplasser

Det foreslås å gjøre om sykehjemsplasser til omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. For å bygge opp under selvstendighetsaspektet i dagens lovverk og nasjonale føringer skal tjenesten fokusere på den enkeltes egen evne til å mestre, samtidig som tjenesten skal gi trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie.

Sykehjemmene tenkt som behandlingsinstitusjoner og ikke varig boform.

På denne måten vil en i større grad kunne takle stadig raskere utskrivningstakt fra sykehus. I tillegg unngå "unødvendige" sykehusinnleggelser.

Det refereres fra Fagrapport:

Ved omgjøring av sykehjemsplasser til omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, frigjøres stillinger som kan benyttes til styrking av hjemmetjenester.

Fagrapporten konkluderer med at det er behov for 101 "nye" omsorgsboliger med heldøgnsbemanning fram til 2015. Dette tallet framkommer slik:

Erstatning for reduksjon av dagens sykehjemsplasser fra 108 til 45 = 63 plasser. Hvis 16 plasser på Gimletun opprettes som O-boliger, blir det behov for 63 – 16 = **47 nye O- boliger** (til erstatning for de tapte sykehjemsplassene)

- I tillegg kommer ytterligere nye 55 O-boliger:

- 12 boliger for mennesker med demens (nybygg ved Raufosstun som skal være i drift 2011)
- 37 boliger for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det er 49 på venteliste nå, minus 12 for mennesker med demens. (se ovenfor)
- 6 boliger for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne. Anbefalt i Rapport med anbefalinger om bruk av kommunens heldøgns plasser 2009.

Antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning fra 2015 til 2025

For perioden 2015 – 2025 foreslås en økning på 10 sykehjemsplasser (til totalt 55 plasser). Grunnen til dette er at det er usikkerhet i forhold til et evt. felles "Helsehus" for flere kommuner. Det er også usikkerhet i forhold til hvordan Samhandlingsreformen vil påvirke vår kommune

Det er i tillegg behov for 25 nye omsorgsboliger med heldøgnsbemanning:

- 6 nye boliger for mennesker med demens
- 6 nye boliger for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne (vurdere mulighet for 3.byggetrinn Korterudvn.8)
- 7 nye boliger for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer (mulighet for 2.byggetrinn i Eventyrveien, med 7 boliger)
- 6 nye boliger til andre mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Dette innebærer at det må etableres 47 nye omsorgsboliger til erstatning for dagens resterende sykehjemsplasser. I tillegg kommer behov for ytterligere 55 nye O-boliger fram til 2015. I perioden fra 2015 til 2015 er det foreslått behovet på 35 nye omsorgsboliger.

9.3.1 Vurdering av bygningsmasse Gimle

Rambøll Norge as i samarbeid med Larkas as har på oppdrag fra kommunen vurdert tilstand og fremtidig bruk av Gimle. Bygningen krever en del oppgradering for å tilfredsstille dagens krav (eksempelvis bad tilknyttet hvert rom). Økonomiske beregninger tilsier langt høyere kostnader ved å bygge nytt enn å oppgradere bygningene.

Arkitektene konkluderer med at:

Bygningsmassen er i en slik tilstand at det vil være mulig å oppgradere denne til et funksjonelt, estetisk og teknisk godt fungerende sykehjem/omsorgsbygg.

Det er utredet fem alternativer:

Beskrivelse	Pris (eks mva)	
Eksisterende bygg med kun nødvendig vedlikehold (s0m dagens) 66 rom uten bad	16 937 486	66 boenheter
Ombygging til sykehjem – 48 rom med bad	36 177 744	48 boenheter
Ombygging kombinasjon omsorgsboliger (12 enheter) og sykehjem – 30 rom m/ bad	40 133 632	42 boenheter
Helt nytt sykehjem 48 rom med bad	66 392 280	Størrelse 3558 m2 m2-pris: 18.660,-
Nye omsorgsboliger i nytt bygg, 12 boliger	22 294 510	Størrelse 1211 m2 m2-pris: 18.410,-

9.3.2 Geografisk plassering av nye boenheter

En arbeidsgruppe har jobbet fram et forslag til bruk av plasser ut fra de forutsetningene som bygningssmassen gir, geografi, søkere og utfordringer beskrevet i fagrapporten.

Heldøgns omsorg bør konsentreres til to (tre) steder i kommunen.

Hensyn til ressurseffektiv drift, fagmiljøer, muligheter for å bruke kompetanse på tvers etc er vektlagt.

Nye omsorgsboliger anbefales bygd ut rundt eksisterende sykehjem / omsorgssentra.

Raufosstun / Korterudvegen har en sentral beliggenhet med nærhet til aktiviteter, forretninger og kulturliv. De fleste innbyggerne bor i Raufoss, og søkerandelen er størst hit.

Det er utbyggingsmuligheter for flere omsorgsboliger nord og sør for Raufosstun.

Omsorgsboligene bør fortrinnsvis være for eldre / funksjonshemmede (ikke demente).

Vi anser at Eina har dekket sitt behov for heldøgns bemannede plasser med Sundskogvegen omsorgsboliger.

Gimle sykehjem på Bøverbru bør være base for demensomsorg i kommunen.

Deler av bygningen (nåværende avdeling 4 og 5) kan bygges om til omsorgsboliger, men fordrer en ny utvendig "svalgang". Dette fordyrer en del samt at vi er usikre på om dette vil ivareta heldøgns omsorg i stor nok grad. Vi anbefaler derfor å bruke hele Gimle med unntak av avdeling 6 (Gimletun) til sykehjem.

Nye omsorgsboliger for gruppen med demensdiagnose bør bygges i område rundt Gimle sykehjem. Demente har ikke det samme behov for sentrumsnær bolig som andre eldre og funksjonshemmede. Sykehjemmet har bygget god kompetanse på området, og omgivelsene med utearealer og sansehage er godt tilrettelagt. (Vi velger derfor bort tidligere foreslått løsning med demensboliger ved Raufosstun)

9.3.3. Kommunal drift eller i regi av boligstiftelse

Sykehjemsplasser ved Gimle og Raufosstun som foreslås omdefinert til omsorgsboliger, bør driftes i kommunal regi da det er vanskelig å skille ut drift fra øvrig bygningssmasse.

Nye boliger bør driftes av Vestre Toten kommunale boligstiftelse på lik linje med øvrige heldøgnsbemannede omsorgsboliger i kommunen.

Nye omsorgsboliger – kostnadsoverslag – forutsatt i boligstiftelsens regi

(Ref Sak finansiering av drift nye omsorgsboliger 09/61)

Byggekostnader stipulert til 23,4 mill (2009- kroner) for 12 boliger med fellesareal og personalrom.

Investeringsstilskudd via Husbanken er 20% av kostnadene, dog max 400.000 pr boenhet

Det kan ytes tilskudd til nødvendige fellesarealer med 30%

Tilskuddet er et engangstilskudd og det legges ikke inn kompensasjonstilskudd til drift.

Dette betyr en kostnad på ca 2 mill pr boenhet inkl felles- og personalareal.

Tilskudd tilsvarende 20% (kr 400.000) gir en netto enhetspris på 1,6 mill.

Lønn, drift, utgifter til boligstiftelsen samt inntekt brukerbetaling gir en netto kostnad på kr 500.000,- pr bruker i heldøgnsbemannet bolig

Netto Investering pr boenhet	1,6 mill
Netto driftskostnader pr enhet	0,5 mill

Kostnadsberegning ved omgjøring av sykehjem gir et annet regnestykke der innsparing synliggjøres.

9.3.4 Omgjøring av sykehjemsplasser til omsorgsboliger

Det foreslås at 16 av dagens sykehjemsplasser (ved avdeling 6, Gimle) omgjøres til omsorgsboliger med heldøgnsbemanning (O-boliger). Boenhetene er ca 35m² og tilpasset mennesker med demens i tidlig fase.

Avd 6 er bygd med omsorgstilskudd og sto ferdig i 1999. Her vil årlig statlig tilskudd reduseres noe i om lavere tilskudd til omsorgsboliger enn til sykehjem (red fra 30 til 20% av investeringskostnader)

Dersom Husbanken pålegger kommunen dette, vil det dreie seg om ca kr 100.000 i tapt tilskudd per år.

Raufosstun, avdeling B med 24 plasser (alternativt 27) gjøres om til omsorgsboliger. Rommene er på ca 25m², har eget bad med liten forgang. De mangler eget kjøkken. De tilfredsstillende således ikke kravene til omsorgsboligstandard som Husbanken setter. Imidlertid krever omorganisering ikke ombygginger av vesentlig omfang (kun små tilpasninger i fellesareal) og det vil ikke være aktuelt å søke omsorgstilskudd ved en slik endring. Det foreslås samtidig at avdeling A ved Raufosstun blir kortidsenhet med rehabilitering.

9.3.5 Forslag disponering av sykehjemsplasser og omsorgsboliger etter opprusting på Gimle

Alternativ 1

Bygninger	Omsorgsboliger	Sykehjem	Kostnad
Gimle	16 (avd 6)	45 + 1(avd 6) = 46 Avd1 (gamle) – 8 plasser demens Avd 2 (gamle) – 9 plasser demens Avd 3 – 13 plasser korttids-/utredning Av 4 – 9 plasser korttids- /utredning Avd 5 – 6 plasser psykiatri	36 177 744 (minus evt Husbankstøtte)
Raufosstun	24 / evt 27 avd B, • små enheter	14 KP avd A • 5 plasser kreft/utredning • 7 plasser rehab. • 2 plasser akutt	
	40 / alt 43	60	100 / 103

Dette innebærer en nedbygging med 8 plasser (108 plasser pr 2010)

Alternativ 2

Bygning	Omsorgsbolig	Sykehjem	Kostnad
Gimle	Avd 6- 16 plasser Avd 4 og 5 - 10 plasser = 26 plasser	Avd 1 (gamle) – 8 plasser demens Avd 2 (gamle) – 9 plasser demens Avd 3 – 13 plasser korttids-/utredning Avd 6 – 1kp demens = 31	40 133 632
Raufosstun	24 / evt. 27 plasser avd. B • små enheter	14 Kplasser avd A • plasser kreft/utredning • plasser rehab. • 2 plasser akutt	
	50 (alt 53)	45	95 / 98

Vurdering

Arkitektrappen viser at ombygging til omsorgsboliger er kostnadskreven og vi anbefaler et alternativ der Gimle brukes til sykehjem med til sammen 45+1 plasser; dvs to rom mindre enn i arkitektforslaget. Dette fordi vi ser at det er behov for noe mer fellesareal enn skissert i rapporten.

Når vi foreslår å drive deler av langtids demensomsorg i sykehjem, vil dette bety en noe større sykehjemsandel enn anbefalinger i OIU. (Fra 55 til 60 plasser totalt.)

Antall kortidsplasser i sykehjem reduseres fra foreslåtte 45 til 38 (mot 20 i dag)

Det er imidlertid mulig å drive kortidsplasser i omsorgsboliger slik vi gjør i Korterudvegen.

Det betyr i tillegg at vi velger å bruke Gimle med omgivelser som base for demensomsorg.

Sansehage og muligheter for utvidelser rundt denne er en fordel.

To enheter tenkes (2 etg) brukt til korttidsplasser av ulik art.

Gimle foreslås som base for all heldøgns demensomsorg i kommunen. Tre avdelinger i første etasje (1, 2 og 5) skal gi tilbud til demente.

To avdelinger i 2. etg (3 og 4) foreslås brukt som korttidsplasser til utredning/ behandling og brukere med forventet kort levetid.

Arealer rundt Gimle bør utbygges med omsorgsboliger for demente med 6 x 3 enheter hvor 12 enheter bygges nå og trinn 2 – etter 2015.

Dersom avdeling B v/ Raufosstun blir langtidsenhet / omsorgsboliger, må avd A bli en ren korttidsenhet med rehabilitering og kreftomsorg.

9.3.6 Forslag / anbefalinger for samlet heldøgnsstilbud

Med utgangspunkt i forslag fra fagrapporten kommer vi fram til følgende nye forslag (sett opp mot opplysninger om bygningsmasse på Gimle)

Plasser/boenheter	Sept 2010	2010-2015 fase 1	2015-2025 fase 2	Endring 2009-2025	PRIORITERING OG FRAMDRIFT
Sykehjem	108	60 14+45+1	60	- 48	Pri 2: Ombygging til 45 pl Gimle, start 2011
O-boliger for mennesker med demens	0	28 16 (avd 6) + 12 (nye v/ Gimle)	34 (16 + 12) + 6 nye v/ Gimle	+34	Pri 1: Avd 6 –16 o-boliger gjennomføring 2011 Pri 1 : bygge 12 nye boliger demens Gimle (byggetrinn 1) 2011 Fase 2 - 2018: 6 boliger
O-boliger for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne	27	67 (70) 27 (har)+ 24(27) avd B +16 nye på Raufoss	99 (102) +16 x 2 nye på Raufoss (67(70) +32)	+75	Pri 1 : avd B – o-boliger – gj.føring i 2011 Pri 2 : 16 boliger på Raufoss i 2012 Fase 2 (etter 2015) 16 O-boliger x 2 Raufoss

O-boliger for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer	7	7	14 (7)	+7	Fase 2 2015
O-boliger, for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne (2)	15	21 (15+6)	27 (21+6)	+12	Pri 2 : 6 boliger i 2013 Fase 2 : 6 boliger etter 2020
Totalt plasser heldøgnsbemannet	157	183 (+ 26)	234 (+ 51)	økning 77	

Plassene i **sykehjem** anbefales fordelt slik (anbefalinger fagrapport OiU ligger til grunn)

Sykehjem	Raufosstun avd A- 14 plasser	Gimle – 46 plasser
Kortidsplasser 38 (20 i dag) 14 Raufosstun +24Gimle	Kreft/utredning - 5 Rehabilitering – 7 Akuttplasser – 2 <hr/> 14	Avd 6 - 1 (demens) Avd 3 – 13 :11(utredn/beh/avl)+ 2 krise Avd 4 – 9 :7(utredn/beh) + 2 smitte Avd 5 – 1 (psykogeriatrisk avd.) <hr/> 24
Langtidsplasser 22 (88 i dag)	0	avd 1 og 2 = 17 plasser (demens) avd 5 = 5 plasser (psykogeriatriske)

Antall heldøgns plasser for mennesker med demens foreslås til 58 totalt. (24 i sykehjem og 34 omsorgsbolig)

ANBEFALING 2011	Drift	Investering
Ombygging til 45 pl Gimle – oppstart (ferdig 2012) Avd 6 gjøres om til omsorgsboliger Avd B v/ Raufosstun gjøres om til omsorgsboliger Bygge 12 nye boliger demens ved Gimle (byggetrinn 1- av til sammen 3x6 boliger)	Omdisponering ca 5,5 st (- 8 plasser) = ca 3 mill Se punkt 9.3.5 forslag til bruk av frigjorte ressurser 6 mill – 3 mill (netto økning drift er ca 3mill)	Investering Ombygging Gimle er kostnadsberegnet til 36,2 mill Ingen ombyggingskostnader Noen ombyggingskostnader for tilrettelegging i fellesareal 19,2 mill
Anbefaling 2012 Bygge 16 omsorgsboliger på Raufoss (ved Raufosstun)	8 mill	25,6 mill
Anbefaling 2013 Bygge seks O-boliger på Raufoss for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne	0,7 mill pr boenhet – 4,2 mill	9,6 mill

Fase 2 (2015 – 2025) 16 O-boliger x 2 Raufoss	16 mill	51,2 mill
6 omsorgsboliger demens v/ Gimle - 2018	3 mill	9,6 mill
7 O-boliger for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer på Raufoss (etter 2015)	ca 0,45 mill pr boenhet – 3 mill	11,2 mill
Bygge seks O-boliger på Raufoss for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne	0,7 mill pr boenhet – 4,2 mill	9,6 mill
Sum investeringer og drift	Økning drift fra 2010 – 2025 Tilsvare 41,4 mill / år	172,2 (hvorav kr 136 mill foreslås finansiert via boligstiftelsen)

9.3. 7 Omdisponering av ressurser

Til sammen 40 sykehjemsplasser i eksisterende bygg foreslås omgjort til omsorgsboliger. (24 avd B og 16 avd 6)

Beregninger viser at det er mulig å gjøre en styrking av andre enheter innenfor rammen.

Omsorgsboliger fordrer samarbeid med hjemmetjenester for fleksibel ressursutnyttelse.

Hjemmetjenester må derfor styrkes med frigjorte ressurser.

Behovet for demenskoordinator er redegjort for i kapittel 13 (demensplan). Denne bør på plass nå.

Kapittel 12 (kreftplan) anbefaler økning med en halv stilling for kreftsykepleier fra 2011.

Avdelinger i sykehjem som blir rene korttidsenheter, vil få en økt aktivitet i form av hyppig rulling og aktiv behandling. Sykepleiedekning og grunnbemanning bør styrkes.

Frigjorte ressurser foreslås brukt / bør brukes slik:

Innsparing	-2182	
Stilling spl hj.tj 100%	+ 600	Raufoss
Demenskoordinator 50%	+ 300	Omsorg
Sykepleier	+ 600	Gimle , avd 3 og 4
Stilling spl 50% kreftsykepleier og 50% sykepleier	+ 600	R-tun , Avd A
	-82	

9.4 Samarbeid lege og fysio /ergoterapitjenesten

9.4.1 Tilsynslege i sykehjem

I sykehjem skal det være tilsynslege som har det samlede medisinske ansvaret.

Økt vektlegging av medisinsk behandling og korttidspleie, vil kreve styrking av legetjenesten i framtida, jfr. Samhandlingsreformen.

9.4.2 Legetjenester ved omsorgsboliger og hjemmeboende

Hjemmeboende tjenestemottakere benytter sin fastlege etter behov. Det essensielle for å kunne yte forsvarlig medisinsk oppfølging er kommunikasjon mellom fastlege og hjemmetjeneste.

Beboere i omsorgsbolig er også hjemmeboende og benytter fastlegen sin etter behov. Utfordringen er her den samme som for andre hjemmeboende

Imidlertid må en form for tilsynslegeordning i omsorgsboliger vurderes når vi gjør en vridning mot mer bruk av omsorgsboliger framfor langtidsplasser i sykehjem.

9.4.3 Vurdering

Ved opprettelse av omsorgsboliger kan det vurderes å innføre en avtale med fast legetilsyn, tilsvarende ordningen for sykehjem.

Det er videre behov for å styrke legetjenesten i sykehjemmet, og i forhold til dagens oppgaver er det behov for å styrke legenes tverrfaglige samarbeid. Det bør derfor vurderes om det skal være felles tilsynslegefunksjon, eller rådgivende lege for pleie- og omsorgstjenesten, for å sikre koordinering, veiledning og kompetanseoverføring.

9.4.4 Fysio / ergoterapitjenesten

Omsorg har et løpende samarbeid med fysio/ergoterapi-tjenestene.

Disse er lokalisert på Raufosstun i tilknytning til enhet for rehabilitering avdeling B og dagrehabilitering. Samarbeidet med hjemmetjenestene bør utvikles med fokus på mestring og rehabilitering.

Anbefaling

Vurdere "tilsynslegeordning" i omsorgsboliger

Fortsatt styrking av legetjeneste i sykehjem

Arbeide for fast, hel stilling for tilsynslege

Samarbeid fysio/ergo videreføres og utvikles med Mestring i fokus.

10 . IKT; fag- og økonomisystemer for omsorg

Revideres årlig i samarbeid med IT- avdelingen.

Omsorg bruker pleie og omsorgssystemet Gerica. Dette inneholder oversikt/dokumentasjon på brukere av tjenester fra omsorg. Det jobbes kontinuerlig med å utnytte/ta i bruk alle deler av systemet. Høsten 2010 skal vi ta i bruk Plassadministrasjonsmodulen og starte integrasjon Gerica/Visma for elektronisk overføring av fakturagrunnlag. Import av inntekt for beregning av egenandel har også oppstart høsten 2010.

Dokumentering/journalføring er i gang på de aller fleste stedene. Det gjenstår oppstart i Miljøarbeidertjenesten, planlagt oppstart er 2010.

Neste steg blir da innføring av mobile enheter i hjemmesykepleien, som er planlagt 2011. Viser til plan Gerica 2010 – 2013.

GAT (ressursstyringssystem) er nå i bruk på alle avdelinger bortsett fra Storkjøkkenet.

Psykiatritjenesten er den siste enheten som startet opp, og det skal leveres elektroniske timelister fra oktober 2010.

Storkjøkkenet har vi ventet med pga ny organisering. Forventer oppstart våren 2011.

Storkjøkkenet er i slutfasen for valg av leverandør til Kostadministrativt styringssystem. Oppstart / Innføring er 2011.

Tilkobling til Helsenett.

Arbeidet har ikke vært påskyndet, da samarbeidskommuner gir tilbakemelding om liten trafikk og lite i bruk til nå. Det skal settes ned en gruppe i vår kommune for å jobbe med dette. Oppstart her er innen nyttår 2011. Vi ser for oss tilkobling fra høsten 2011.

Anbefalinger
Tilknytting til Helsenett høsten 2011
Ta i bruk alle deler av Gericca løpende

11. Strategi for frivillig arbeid

Frivillig omsorg utgjør ca 100 000 årsverk på landsbasis. Vi må gi pårørende mulighet. Dette krever at det offentlige tilpasser seg; invitere inn på arenaen på de frivilliges premisser og som likeverdige partnere (10/3-10 Rolf Rønning HIL)

Det utføres en betydelig og imponerende innsats både av Frivilligsentralen og andre frivillige lag og foreninger i kommunen. De utretter mye som har stor betydning for mange brukere på institusjoner og kommunens innbyggere. Frivilligsentralen er svært positive og konkrete i forhold til en ytterligere frivillig innsats, også i et samarbeid med kommunen.

Forutsetning: "Kommunen må ha oppriktig engasjement for å få til et aktivt samarbeid med frivillige. Frivillige kommer som et supplement."

Det vises til Samhandlingsreformen og fokus på at samarbeidet med frivillige organisasjoner bør formaliseres. "I den forbindelse utfordres kommunene til å utarbeide og utvikle en lokal frivillighetspolitikk for å styrke samhandlingen mellom kommunal og frivillig sektor. Formålet er å stimulere til dialog mellom kommunene og frivillige som kan danne grunnlag for en bevisst og helhetlig frivillighetspolitikk. Begge parter bør se at den frivillige ressursen er uerstattelig. Vestre Toten kommune bør se at det å inspirere til et godt frivillighetsarbeid er en god investering for lokalsamfunnet og innbyggere i kommunen".

Vi vil også understreke viktigheten av et bredt og tverrfaglig forebyggende arbeid i kommunen. I dette arbeidet bør dag- og aktivitetstilbud innlemmes og samarbeid med frivillige.

Overordna mål

Styrke samhandlingen mellom kommunal og frivillig sektor

Delmål

- Kommunen har et oppriktig engasjement for å få til et aktivt samarbeid med frivillige.
- Frivillige kommer som et supplement.
- Ansatte ser på frivillige som viktige og nødvendige samarbeidspartnere.
- Frivillige føler seg ivaretatt og nyttige

Anbefaling
Det utarbeides en strategi for frivillig arbeid
Arbeidsgruppen består av: frivillige, kommunale representanter og tillitsvalgte på tvers av tjenesteområdet. Ferdigstilles innen utgangen av februar 2011.

12. KREFTPLAN 2010 – 2013.

12.1 Bakgrunn og mandat

I januar 2007 ble det satt ned en høringsgruppe i kommunen som skulle vurdere strategiarbeidet for kreftomsorgen og andre alvorlig syke i VTK.

Gruppen konsentrerte seg om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt forventninger til kommunen og hvilke konsekvenser dette får for kommunens oppgaver og prioriteringer. Resultatet fra dette gruppearbeidet ble overlevert omsorgsjefen 12. mars 2007.

Med dette som utgangspunkt ble det på ledermøte den 28. mars 2007 vedtatt å lage en rullerende kreftplan for 2008 – 2011 som skal være en del av omsorgsplanen.

Det har blitt nedsatt en gruppe bestående av Berit Nyhus Øverlie, Ellen Stenberg, Ingunn Eldevik Olsen og Siv Anita Skogen til å jobbe med dette.

Høsten 2008 ble kommunen etter søknad til Sosial- og Helsedirektoratet tildelt midler til å jobbe med Prosjekt "lindrende behandling og omsorg ved livet slutt".

Prosjektgruppen besto av PA Randi Skare (omsorgssjef) PL Ingunn Eldevik Olsen (Palliativ Sykepleier) Berit Nyhus Øverlie (lege og medlem av samordningsutvalget) og Jostein Andersen Sykepleierkonsulent tatt over etter Ellen Stenberg i juni 2009

Prosjektgruppens hovedmål har vært kompetanseoppbygging innen fagfeltet, kvalitets sikre samarbeidet mellom spesialist - og kommunehelsetjenesten og videreutvikle de palliative/lindrende sengeplassene ved Raufosstun sykeavdeling A til kreftpasienter og andre alvorlig syke.

Vestre Toten kommune har fra 1.1.2010 opprettet Ressurssykepleier i 100 % stilling, Denne sykepleieren skal være en kontaktperson for pasienter med behov for koordinerte tjenester.

12.2 Sentrale føringer for Kreftomsorgen

Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 – 2009.

Hovedformålet med kreftstrategien er:

- bedre kvalitet og kompetanse
- tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet
- hensiktsmessig organisering
- bedre samhandling i og mellom alle ledd i diagnostikk, behandling og omsorg.

I forhold til kommunehelsetjenesten sier planen følgende (10.5.1 kommunehelsetjenesten)

"For å legge forholdene til rette, bør kommunene lage planer for å utvikle tilbudet til alvorlig syke og døende."

Slike planer vil være viktige politisk og komponenter som er viktige og i tråd med de sentrale føringene er:

- **Ressurssykepleier i 100 % stilling**

Denne sykepleieren skal være en ressursperson for kreftpasientene og andre alvorlig syke og døende og deres pårørende.

Være et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, og omsorgstjenester innad i kommunen, samt bidra til pasientinformasjonen mellom tjenesten kvalitetssikres.

- **Kompetanseoppbygging**

Ressurssykepleier skal bidra til å høyne kvaliteten på omsorgen til pasienter og pårørende, samt og kvalitetssikre samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Gjennom at undervisning og refleksjonsstunder blir en del av omsorgsrutinene vil det være med på å bidra til å nå de mål VTK har satt.

- **Øremerkede sengeplasser i sykehjem for alvorlig syke og døende.**

Det er satt av 1 – 2 plasser ved sykeavd A på Raufosstun til kreftpasienter og andre alvorlig syke med behov for lindrende behandling og omsorg ved livet slutt, samt et avlastningstilbud for pasient og pårørende.

Innen 2011 er planen å øke til 2- 3 plasser.

12.3 Samhandlingsreformen:

Rett behandling – på rett sted – til rett tid



"Pasientene skal få bedre behandling der de bor. Det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet for å reparere i etterkant. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og vil sørge for at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide". St.meld.nr.47 (2008 -2009)

Kommunens kreftplan skal være i tråd med samhandlingsreformen. Gjennom å bygge opp kompetansen inne på institusjonene og ut i hjemmetjenesten, vil kommunen kunne være forberett på å ta de utfordringene som måtte komme.

Sykehuset skal yte spesialisthjelp, pasienten skal raskt tilbake til kommunen når han/hun er ferdig behandlet. Skal vi lykkes med gode pasientforløp, må kommunen være i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging.

I St. meld. 47 (2008 -2009) Samhandlingsreformen heter det:

"Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en kontaktperson i tjenesten"

En viktig tilbakemelding fra pasienter og brukere, er at koordineringen av tjenestene ikke fungerer godt nok. Det er ikke bare bedre systemer de ber om, men kontakt med ett menneske – en koordinator – som kjenner deres situasjon, og som kan koordinere tjenestene det er behov for.

Oppgavene i diagnostikk, behandling og omsorg fordeles mellom første-, og andre- og tredjelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten) Omsorg og palliativ behandling vil i stor grad måtte skje på lokalt nivå i kommunene. Dette forutsetter et godt samarbeid mellom nivåene og tilstrekkelig kompetanse i primærhelsetjenesten, hjemmetjenesten og lokale sykehjem.

Kommunens handlingsplan vil gjennom å ha opprette en ressurspsykeleier for kreftpasienter og andre alvorlig syke ha en pasientkoordinator, og være i tråd med samhandlingsreformen.

12.4 Kommunehelsetjenesten

I Norsk kreftplan står det at hovedansvaret for pasientene må ligge til primærhelsetjenesten, nærmest mulig pasientens hjemmemiljø.

I omsorg og pleie til kreftpasienter og andre alvorlig syke er det fastlegen, hjemmetjenesten, sykehjem, fysio- ergoterapitjenesten og ressurspsykeleier (koordinator) for alvorlig syke som danner basisen for tjenesten rundt pasient og pårørende.

Ressurspsykeleier i kommunen vil ha hovedansvaret for samhandling mellom tjenesten slik at pasienten og pårørende opplever optimal omsorg.

12.4.1 Fastlegen i kreftbehandling

Fastlegene har hovedansvaret når pasientene oppholder seg i kommunen og fastlegen skal være et bindeledd mellom sykehus, hjemmesykepleien, fysioterapeut, NAV og arbeidsgiver.

Størstedelen av palliativ behandling, pleie og omsorg foregår i førstelinjetjenesten. Derfor er det viktig med et godt samarbeid mellom fastlegene og hjemmesykepleien, og på læringspotensialet for at man sammen kan kvalitetsutvikle de kommunale helse- og sosialtjenester.

12.4.2 Hjemmetjenesten

Kommunenes målsetning er at innbyggerne skal bo lengst mulig i eget hjem når det er ønskelig for pasient og pårørende.

Hovedmålet vil derfor være at kreftomsorgen oppleves mest mulig trygg og omsorgsfull, og at det er kontinuitet og god behandling også når pasientene oppholder seg i kommunen.

12.4.3 Sykehjemmet

Pleie- og omsorg i livet siste fase er en viktig del av sykehjemmet hverdag, det er likevel forskjell på behovene hos de som dør på grunn av alderdom og de som dør på grunn av sykdom tidligere enn forventet levetid.

Kreftpasienten og alvorlig kronisk syke krever ofte spesialkompetanse, det er derfor nødvendig å rette fokus mot kompetanseoppbygging også inne på institusjonene.

12.4.4 Fysio- ergoterapitjenesten

Fysio- ergoterapiavd er viktige samarbeidspartnere når det gjelder rehabilitering og vedlikehold av funksjonsnivå hos kreft pasienter, og tilrettelegging av hjelpemidler i hjemmet. Et godt samarbeid med fysio- ergoterapitjenesten kan også være avgjørende for hvor raskt pasientene kan komme hjem fra sykehusopphold.

Fysioterapi:

Forskning viser at pasienter med uhelbredelig kreft og kort forventet levetid har stort utbytte av fysioterapi eller å delta i fysisk trening.

Også de som overlever en kreftsykdom, er plaget med kronisk tretthet. Regelmessig fysisk trening gjør disse pasientene mindre trette og uopplagte. www.ntnu.no

Fysioterapi er også viktig for å forebygge og behandle ulike plager i alle faser av kreftsykdommen. Fysioterapi til kreft pasienter med stråleskader i hud, muskler eller i skjelett vil kunne hjelpe på bevegelighet, smerte og funksjon.

Lymfedrenasje til pasienter med lymfødem er og en meget viktig del av behandlingen, dette er en behandling som fysioterapeuter med noe tilleggsutdannelse gir, og mange pasienter med lymfødem får en bedre bevegelighet og smertelindrende effekt.

Ergoterapi:

Ergoterapeutene hjelper til med å gjenopprette pasientens evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet selv om evnen er redusert på grunn av sykdom.

Ergoterapeutenes kunnskaper om tilgjengelige hjelpemidler kan lette hverdagen, og av og til være avgjørende for at pasienten skal kunne opprettholde og utføre daglige aktiviteter.

Målgruppen for kreftrehabilitering er alle som har fått varig eller langvarige problemer med kroppsfunksjoner eller aktivitetsutøvelse som skader i bevegelsesapparatet, kognitiv svikt og ulike smertesyndrom som fører til redusert evne til daglige aktiviteter og manglende tilbakeføring til arbeidslivet. Erfaringer (på landsbasis) viser at kreftpasienter ofte ikke er en prioritert gruppe når det gjelder rehabilitering.

12.4.5 Ressurssykepleier

Ressurssykepleier har 1 årig formell videreutdanning innen palliativ eller kreftomsorgen.

Fra 2010 har Vestre Toten kommune en ressurssykepleier i 100 % stilling som vil ha som hovedoppgave å koordinere samarbeidet, og være en koordinator for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Det vil si å være et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og tjenester innad i kommunen, samt bidra overfor sykehjemsavdelinger til pasienter med behov for lindrende behandling og avansert pleie. Ressurssykepleier skal bidra både ute i hjemmetjenesten og sykehjemsavdelinger i form av informasjon, opplæring og evt. direkte pasientarbeid.

Denne sykepleier skal samarbeide tett med behandlende instans, delta i samarbeidsmøter ved utskrivinger etc og bistå pasient, fastlege, og sykehus.

Vedkommende skal ha mulighet og tid til kompetanseheving og fordypning og må delta i kompetansenettverket av sykepleiere i kreftarbeidet innenfor helseforetaksområdet.

Vedkomne skal være en ressursperson for pasienter, pårørende og medarbeidere

12.5 Forebyggende kreftarbeid

Satsing på forebygging framfor reparasjon vil også føre til bedre helsetilstand blant befolkningen og færre vil ha behov for tjenester innen spesial - helsetjenesten og kommune helsetjenesten. Det forebyggende arbeidet tar utgangspunkt i kunnskap om risikofaktorer som påvirker helsen. De nasjonale satsingsområdene som kreftplanen retter tiltak mot er tobakksbruk, kosthold, fysisk aktivitet og alkohol.

12.5.1 Tobakksbruk

Bruk av tobakk er den enkeltfaktor som har størst betydning for kreftisiko. Hele 84 prosent av alle tilfeller av lungekreft kan forklares ut fra sigarettøyking. I tillegg kommer en del andre kreftformer hvor røyking er en viktig risikofaktor. Tobakksbruk alene forårsaker 30 prosent av alle kreftdødsfall (NOU, 1997). Dessuten er det anslått at hvert år dør 50 ikke- røykere av lungekreft som skyldes passiv røyking. Dette gjør røykestopp til vårt fremste forebygging mot kreft.

Fra Sosial og helsedepartementet heter det at arbeid for å begrense tobakksskadene søkes ut på tre hovedfronter:

- 2 Å hjelpe de som bruker tobakk med å slutte
- 3 Å få barn og ungdom til å la være å begynne med tobakk
- 4 Å forhindre at de som røyker påtvinger andre tobakksrøyk

Tiltakene skal både bevisstgjøre ikke-røykere om retten til røykfri luft og motivere røykere til å slutte å røyke. Intensjonen skal være å legge vekt på de helsemessige konsekvensene ved å røyke, og hvilke gevinster man oppnår ved røykeslutt.

12.5.2 Kosthold

Kostholdet bør være sammensatt slik at det reduserer de kostrelaterte helseskader i befolkningen og er helsemessig trygt. Dette er de generelle hovedmålene med nasjonal politisk forankring (st.melding nr 16) Man regner med at 30 – 40 prosent av alle krefttilfeller kan forbygges ved et riktig sammensatt kosthold og fysisk aktivitet. I Norge har en 40 år gammel mann gjennomsnitt blitt 9 kg tyngre på de siste 30 år, og kvinner 3,9 kg tyngre.

At man bør spise frukt, grønnsaker og kornprodukter hver dag, unngå fet mat og droppe røyken, er velkjente og gode råd hvis du vil redusere risikoen for kreft.

12.5.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet påvirker lunge- og hjertefunksjon, tarmens bevegelser, kroppens energibalanse, hormonnivåer og ikke minst immunforsvaret. Den Norske Kreftforening anbefaler voksne en halv time fysisk aktivitet daglig, aktiviteter utover dette mener man kan gi ekstra fordeler i forhold til kreft forebygging. Mange undersøkelser viser at fysisk aktivitet reduserer dødelighet og sykkelighet generelt. Spesielt gjelder dette hjertesykdom, hypertensjon, diabetes type 2 og tykktarmskreft.

12.5.4 Alkohol

Alkohol som risikofaktor for kreft, er kanskje mindre kjent. - Alkoholholdig drikke øker risikoen for kreft i munnhule, svelg, strupe, spiserør og lever.

For tykktarmskreft er det ikke sikre data, men mye tyder på at alkohol kan være en medvirkende årsak også for denne krefttypen. Det er imidlertid sterke holdepunkter for at daglig bruk av alkohol kan føre til brystkreft. (www.sinnetshelse.no)

12.6 Kreftforekomst og utviklingstrekk

Kreft er en av vår tids største folkesykdommer, og det forventes en betydelig økning av nye krefttilfeller per år. Samtidig bedres behandlingsmulighetene, og flere pasienter vil leve lenge etter at de har fått sykdommen. Mange vil i lengre perioder ha behov for palliativ behandling og omsorg.

I 2006 ble det diagnostisert 24.488 krefttilfeller i Norge, som fordeler seg på 12.903 menn og 11.585 kvinner. De vanligste typene er prostatakreft, brystkreft, tykktarmkreft og lungekreft. De kommende 15-20 årene vil økningen av antall krefttilfeller være opp mot 40 prosent. Selv om det er usikkert hva denne økningen betyr i kroner og øre, regner ekspertene med at det kan være snakk om en utgiftsøkning på mellom 5 og 10 milliarder kroner årlig på landsbasis.

Kommunen står ovenfor store og til dels nye oppgaver og utfordringer. Det blir flere eldre og flere kreftsyke. Utviklingen innen helsetjenesten med større effektivisering og pasientflyt innebærer at kommunene må ta imot og følge opp pasienter med omfattende og kompliserte behandlingsbehov. Kravet til personell, kompetanse og utstyr vil øke.

Antall eldre over 67 år vil holde seg forholdsvis konstant fram mot år 2010. I denne perioden vil behovet for tjenester likevel øke sterkt på grunn av en sterk økning i de eldste aldersgruppene som mottar flest tjenester. Fra 2010 og framover vil de store etterkrigskullene bli pensjonister, og vi vil få en sterk økning i alle grupper av eldre over 67 år. Dette vil føre til at antall brukere av omsorgstjenesten i disse aldersgruppene vil øke fra ca. 160 000 i 1993 til ca. 300 000 i 2030. (NOU 1997: 17)

12.6.1 Kreftpasienten

Den gjennomsnittlige kreftpasienten er mellom 60 – 65 år, men også barn, unge mennesker i starten av voksenlivet og foreldre med ansvar for familie rammes av kreftsykdom. Kreftsykdom rammer ikke bare den enkelte, men hele familien blir involvert.

Kreftsykdom blir oftest av de fleste forbundet med lidelse, smerte og død.

Kreftbehandlingen i dag har utviklet seg slik at langt flere enn tidligere blir helbredet, men der hvor kurativ behandling ikke er mulig, har vi i dag likevel kunnskaper til å gi god symptomlindrende behandling og kan gjøre mye for pasients livskvalitet.

Kreftpasientens sykdomsforløp:

De ulike faser i sykdomsforløpet vil være individuelt og preges av livssituasjon og alder.

Alle faser vil ikke gjelde alle, men kjennskap til disse kan være til hjelp for å forstå hva pasienten og hans familie står ovenfor:

Prediagnostisk fase

Personens tidligere erfaringer og den sosiale sammenhengen han/hun befinner seg i, er avgjørende for

om han/hun oppdager tidlige tegn på kreft og søker hjelp, eller om han/hun overser og forneker symptomene. Personen bruker sin kroppslige viten til å kjenne igjen noe, og tolker det enten som normalt eller unormalt. Egne erfaringer med kreft i nær familie kan også forsterke tolkningen av kroppens symptomer. Det er personens kropp som forteller at noe er galt, og mange pasienter har allerede i den prediagnostiske fasen en forestilling om at de kan ha kreft.

Diagnostisk fase

Hvor stressende denne perioden oppleves, avhenger av hvilken type kreft pasienten har, og hvilke muligheter han/hun har for kurativ behandling. Det er en tid som er preget av uro, bekymring og angst i forhold til det å få beskjed om resultater fra prøver og undersøkelser. Enhver tilbakemelding vedrørende dette vil hele tiden være en bekreftelse eller avkreftelse på pasientens angst og uro.

Sykdommen skal utredes med henblikk på å diagnostisere primærtumor, utbredelse, grad av malignitet og spredning, bestemme behandling og etterbehandling og vurdere prognose.

Ventetiden er svært belastende for pasienten fordi den inneholder så mange usikkerhetsmomenter, tilgangen på informasjon er begrenset, og opplevelsen av ikke å ha kontroll over situasjonen kan være sterk.

Behandlingsfasen

Mange opplever behandlingsfasen som mer avklart og mindre angstfylt. Endelig skjer det noe, ventetiden er over, og pasienten kan oppleve at han/hun faller til ro i situasjonen. Pasientens hverdag blir strukturert av de ulike behandlingsformene. Flere pasienter har ikke følt seg syke av sin kreft før de nå opplever bivirkningene av behandlingen. Moderne kreftbehandling er ofte planlagt ut fra en multimodal modell, som innebærer at pasienten får flere behandlingsformer på samme tid. Det kan for eksempel være preoperativ strålebehandling, kirurgi og påfølgende kjemoterapi. Behandlingsperioden

kan strekke seg over svært lang tid, og pasienten har en opplevelse av å være virkelig syk og trenger hjelp.

Remisjon

Å være i remisjon vil si å være fri for synlige sykdomstegn. I denne fasen vil det være et stort spekter av reaksjoner – fra glede og takknemlighet over at man er blitt frisk, til stor usikkerhet om hvorvidt kreften vil komme tilbake. Frykt for tilbakefall kan i noen tilfeller være med på å forringe pasientens livskvalitet. Pasienten kan bli helbredet for kreft, men opplevelsen av sykdommen er en erfaring som han/hun alltid vil bære med seg.

Rehabiliteringsfasen

Denne fasen er spesielt utfordrende for pasienten. Er det mulig å leve som "normal" etter at man er ferdigbehandlet for kreft? Hvordan lære å leve med frykt for residiv og tolke kroppens signaler inn i en ny sammenheng? I denne fasen kan pasienten også være i aktiv kurativ behandling, noe som forsterker opplevelsen av fortsatt å være syk, selv om man er på vei til å bli frisk. Kreft er en sykdom som det er vanskelig å bli "ferdig" med. Pasienten går til kontroll i mange år etter avsluttet behandling. Det kan oppleves som betryggende, men kontrollsituasjonen kan også være angstskapende fordi frykten for residiv alltid vil være til stede. Når pasienten etter lang tids oppfølging slutter med kontroller, kan dette også skape utrygghet, og det kan være vanskelig og tro på at man virkelig er frisk.

Residiv

Kreft medfører dessverre ofte tilbakefall etter primærbehandlingen. I denne fasen må pasienten igjennom nye utredninger, behandlingsregimer og prognoser, men nå i lys av tidligere erfaringer.

Pasienten kan oppleve posttraumatisk stressyndrom, som kan forsterke opplevelsen av og reaksjonene på den nåværende situasjon. Det første residivet er det vanskeligste å forholde seg til, og for mange kreftpasienter er det verst tenkelige nå blitt en realitet. Prognosen er ofte dårligere denne gangen, og pasienten må innstille seg på palliativ behandling. Det betyr at han/hun må lære å leve med sin kreft, noe som ofte innebærer kroniske plager eller funksjonshemninger.

Den terminale fasen

Når pasienten er i livets slutfase, er det viktig å hjelpe ham/henne til en verdig og fredfull død. Kreftpasienter har behov for god symptomlindring og hjelp til å lindre andre plagsomme symptomer innfor dødens virkelighet. Det blir viktig å samtale med pasienten og de pårørende om hvordan de ønsker at den siste tiden skal være, og hvor pasienten ønsker å avslutte livet sitt.

Kreftsykepleieren må ha en personlig og faglig kompetanse for å kunne hjelpe målgruppen og deres pårørende til å møte de utfordringene de står overfor i forbindelse med kreftsykdom, behandling, konsekvenser av behandling eller innfor en verdig død.

12.6.2 Pårørende

Nærmeste pårørende er den pasienten selv definerer hvem de ønsker skal få informasjon og inkluderes deres situasjon. Det er viktig at støtten og hjelp til pårørende blir gitt individuelt, og at det legges til rett for felles samtaler mellom pasient, pårørende, lege og samarbeidspartnere innad i kommunen.

Pårørende har lenge vært et forsømt område i norsk helsevesen. Når en i familien blir rammet av alvorlig sykdom, rammes også familien. I nyere helselover er pårørende trukket frem i større grad enn tidligere. Blant annet har både pasient og pårørende rett til informasjon om sykdom og behandling. (Pasientrettighetsloven Kap. 3 § 3-1, 3-2, -3-3)

Endringer i pasientrettighetsloven (§ 10) fra 01.01.10 omhandler barn som pårørende og rett til informasjon.

Som nær pårørende fungerer mange som en viktig støtte for den som er syk. Samtidig skal de håndtere egne reaksjoner.

Det å påta seg omsorgsrollen, eller deler av den, for en som er syk, er for de fleste en ukjent rolle. De går uten erfaring inn i en rolle som de selv ikke helt kan se for seg hvordan blir.

Familien er kommet i en situasjon hvor den man er glad i er rammet av en alvorlig, uhelbredelig sykdom, men de hører like fullt sammen. Derfor vil og ønsker man som nærmeste pårørende å bidra slik at den syke får den hjelp og støtte, de ser som avgjørende for at sykdommen skal bli

minst mulig belastende. Det er derfor viktig at omsorgen rundt den som er alvorlig syk også inkluderer omsorg til pårørende.

12.7 Status 2009 i Vestre Toten kommune i forhold til Palliativ/kreftomsorgen:

1 sykepleier med formell videreutdanning i palliasjon trinn 1 og 2, 60 studiepoeng.

1 sykepleier under utdanning innen kreftsykepleie, 60 studiepoeng.

2 sykepleier som har videreutdanning i palliasjon trinn 1, 30 studiepoeng

2 hjelpepleiere som har tatt videreutdanning inne kreftomsorg.

2 Hjelpepleiere ved sykeavdeling A Raufoss tun har tatt videre utdanning innen kreftomsorg.

Sykepleiernettverket for alvorlig syke i Oppland og Hedemark

Kreftkontakt i VTK har inngått en samarbeidsavtale med Klinisk samarbeidsutvalg – Sykepleiernettverket for kreftpasienter og andre alvorlig syke.

Styringsgruppen for sykepleiernettverket for alvorlig syke i Oppland og Hedemark formaliseres til et Klinisk samarbeidsutvalg – under Administrativt samarbeidsutvalg.

Målet med det kliniske utvalget er å utvikle tjenester av god kvalitet for kreftpasienter og andre alvorlig syke og er forankret i Nasjonal strategi for kvalitetforbedring i sosial- og helsetjenester(2005 – 2015) som fastslår at tjenesten skal være.

- Virkningsfulle trygge og sikre – Involvere brukere og gir dem innflytelse – Samordnes og preges av kontinuitet – Utnytter ressursene på en god måte – Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Sykepleiernettverket, med minimum en kontaktsykepleier i alle kommuner og ved alle relevante enheter i Sykehuset Innlandet er ”motoren” i arbeidet.

Kontaktsykepleierne skal bidra til at kreftpasienter og andre alvorlig syke, samt deres pårørende skal få optimalt omsorg. God kompetanse og samhandling skal bidra til at målene i Nasjonal strategi oppfylles.

Målet for gruppen er å kvalitet sikre samarbeidet mellom spesialist - og kommunehelsetjenesten slik at kreftpasienter og andre med alvorlige lidelser og deres pårørende opplever trygghet.

12.8 Innsatsområder og tiltak/forslag

Etablering av sengeplasser til lindrende omsorg og palliativ pleie ved Raufosstun Sykehjem sykeavd A

Kommunen har bygget opp en god erfaringskompetanse ved avd. A på Raufosstun Sykehjem. Avdelingen har en sykepleier med videreutdanning i palliasjon.

De aller fleste pasientene som har behov for tjenester i kommunen kommer som oftest først i kontakt med hjemmesykepleien

Ressurssykepleier skal være et bindeledd mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet og bidra til et godt samarbeide innad i kommunen og med spesialhelsetjenesten.

Kommunen må være forberedt på å ta imot flere kreftsyke pasienter med store plager i forbindelse med behandling og pasienter i terminal fase. Disse vil kreve spesiell omsorg, palliasjon og hjelp til sorgarbeid.

For at VTK skal kunne gi et godt tilbud, er det viktig med godt og tett samarbeid mellom sykehus, palliativt team, sykehjem, hjemmetjeneste, rehabiliteringstjeneste og fast-/tilsynslege.

Med tanke videreutvikling av lindrende sengeplasser inne på Raufosstun sykeavd A, vil et tettere samarbeid med Haugtun undervisningssykehjem bidra til å effektivisere kompetanseoppbyggingen inne på sykehjemmet.

Haugtun omsorgssenter ligger i Gjøvik kommune og har samarbeidet med Høgskolen i Gjøvik, seksjon sykepleie.

Det legges vekt på et helhetlig rehabiliteringstilbud, medisinsk og lindrende behandling i nært samarbeid med sykehus og øvrige omsorgssentre. Arbeidet med planlegging av lindrende enhet er godt i gang.

Haugtun omsorgssenter, Undervisningssykehjemmet i Oppland har "Mer enn et sykehjem!" som slagord. Slagordet symboliserer at Haugtun skal være et ressursenter for undervisning, forskning, fag- og kompetanseutvikling i Oppland fylke.

12.8.1 Palliativ pleie og behandling i sykehjem

Det er øremerket 1 – 2 senger på Raufosstun Sykehjem avdeling A, for kreftpasienter og andre pasienter som har behov for palliativ pleie i 2009, med en økning til 2 sengeplasser i 2010 og 3 sengeplasser i 2011. For å kunne ha en viss progresjon i kompetanse- oppbyggingen ved sykehjemmet og at pasientene skal få det tilbudet som er ment, er det viktig at disse sengene opprettholdes for disse pasientene.

En tenker seg at plassene kan benyttes som kortidsplasser ved justering av symptomlindrende behandling, avlastning for pårørende, samt til opphold med god palliativ behandling, pleie og omsorg inntil døden.

Når det ikke foreligger søknader om innleggelse for alvorlig syke pasienter, kan plassene benyttes som kortidsplasser med annen indikasjon. Plassene bør helst være skjermet for resten av avdelingen med mulighet for å sette inn ekstra seng for pårørende etc.

Det er viktig at sykepleierne ved avdelingen behersker grunnleggende palliasjon, og at minst en sykepleier deltar i sykepleiernettverket for kreftpasienter og andre alvorlig syke. (se pkt. 6.1)

I planen fra Nasjonal Strategi for kreftomsorg anbefales det at tilsynslegen ved sykeavdelingen, som har de øremerkede sengeplasser til lindrende omsorg, skal ha 4 timer tjeneste pr. uke, pr. palliativ pasient. Raufosstun Sykeavdeling A er det økt fra 2-3 timer til 4 timer i 2009 og vil med et være i tråd med NS for kreftomsorgen.

12.8.2 Dagtilbud til kreftpasienter ved Raufosstun (prøveprosjekt)

Dagavdeling ved Raufosstun kan være en arena hvor kreftpasienter kan møtes.

Vi tenker oss et sosialt/samtale tilbud til kreftpasienter

Dagavdelingen kan være en arena hvor ulike temaer diskuteres og undervisning til pasienter, pårørende og medarbeidere vil være mulig.

Vi tenker oss også at pasientene kan komme for å ta en kopp kaffe, evt kjøpe seg middag eller benytte seg av tilrettelagt tilbud, eller benytte seg av muligheten til å bevege seg.

Dette vil kunne bidra til at pasientene blir kjent med Raufosstun som en institusjon og behandlingssted, hvor det er trygt og godt å være.

Vi tenker oss en nettverksgruppe bestående av kontaktsykepleier innad i kommunen som skal ha hovedansvar for dagtilbudet. Denne gruppen kan bistå og gjøre det mulig å få til et dagtilbud på Raufosstun til kreftpasienter.

Gjennom videreføring av prosjekt "lindrende behandling og omsorg ved livet slutt", ser vi på muligheten til å kunne søke om midler gjennom sosial- og helsedirektoratet, for evt å kunne

etablere et slikt tilbud til kreftpasienter på Raufosstun sykehjem. Her vil fysio- / ergoterapitjenester være viktige samarbeidspartnere.

12.8.3 Sykepleiernetverk for kontaktsykepleiere innenfor palliativ omsorg.

Gjennom å opprette et sykepleiernetverk i kommunen som kan bidra til å styrke den palliative kulturen, vil omsorgen rundt kreftpasienten styrkes

Tanken er at en kontaktsykepleier fra ulike institusjoner og distrikt i hjemmetjenesten sammen har et felles mål.

Den palliative kulturen kjennetegnes ved:

- Helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende
- Respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste.
- Dette innebærer at pasienten og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon
- Aktiv og målrettet holdning og diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer.
- Forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå
- Fokus på åpen kommunikasjon og informasjon
- Tverrfaglig arbeid
- Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene
- Systematisk samarbeide med andre fagområder

Etabler gode rutiner for undervisning

Sykehuset innlandet og kreftforeningen tilbyr undervisning i ulike temaer innenfor kreft og lindrende behandling. Dette er tilbud til kommunene som er gratis og som kommunen bør bli flinkere til å benytte oss av. Vi tenker oss å arrangere Temadager innen for lindrede behandling og kreftomsorg **1- 2 ganger pr år.**

Etablering av refleksjonsgrupper og internundervisning er også innsatsområder som er viktig for å nå målene om kompetanseoppbygging.

12.9 Handlingsplan 2010 til 2013

Handlingsplan fra 2008 til 2011 anbefales en økning i kompetanse og stillinger.

1.1.2010 er det ansatt ressurssykepleier i 100 % stilling.

Det ble avsatt 1- 2 øremerkede sengeplasser på sykehjem til palliasjon i 2009, med en økning til 2 sengeplasser i 2010.

Dette forutsetter at plassene er tilgjengelig når pasient og pårørende har behov for den kompetanse som da blir bygget opp på Raufosstun sykeavd. A

Ressurssykepleier skal ha hovedansvaret for koordineringen og 80 % av stillingen blir knyttet opp mot hjemmetjenesten, mens 20 % av stillingen knyttes opp mot sykehjemsavdeling A ved Raufosstun Sykehjem.

Videre anbefales det en økning i stillingen til 150 % innen 2011 hvorav 100 % tilhørende Hjemmetjenesten og 50 % inne på institusjon.

	2009	2010	2011	2012	2012
Stillinger		100 % (80+20 %)	100 % 50 %	100 % 50 %	100 % 50 %

Prosjekt "Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt"	(80+20 %)				
Øremerkede sengeplasser	1- 2	2	2 - 3	3	3
Tilsynslegetimer i tilknytning til sengeplassene	4	4	4	4	4

Stillingen inngår ikke i vanlig turnusordning, den skal være en ekstra ressurs for pasienter, pårørende og medarbeidere, samt øvrige helsepersonell som trenger å vite hvor de kan henvende seg for å få nødvendig pasientinformasjon og kompetanseoverføring. Det er derfor viktig med kompetent kontaktpersoner for pasienten der de oppholder seg.

12.10 Litteraturhenvisninger og nettsadresser:

- St.meld.nr.47 (2008 -2009) Samhandlingsreformen "Rett behandling – på rett sted – til rett tid"
- Standard for palliasjon (2004) Norsk forening for palliasjon medisin.(NFPM)
- Nasjonale Strategier for kreftområdet 2006 – 2009
- Kreftplan 2008 – 2011 Gjøvik kommune
- Kreftplan 2009 – 2012 Østre Toten kommune
- NOU 1997:20 "omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan".
- NOU 1999:2 "Livshjelp Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende".
- NOU 1997: 17) "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester"

www.helsedir.no
www.ntnu.no
www.lovdatab.no
www.helsetilsyn.no
www.sinneshelse.no

Anbefalinger

Stillingsressurs økes med en 50% stilling fra 2011 (kr 300 000)

Øremerkede sengeplasser økes fra 2 til 3 innen 2015

13. Demensplan

13.1 Innledning

Omsorgsavdelingen i Vestre Toten Kommune ønsker å ta pasientene på alvor gjennom et helhetlig og kvalitativt godt tjenestetilbud. I den forbindelse er det utarbeidet en lokal Demensplan.

Stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" peker også på viktigheten av å styrke hele tiltakskjeden fra hjemmetjenester og avlastning for pårørende til spesialisthelsetjenesten. Demensplanen er en del av Omsorgsplanen som peker på fremtidens omsorgsutfordringer.

13.2 Sentrale føringer

Demensplan 2015 "Den gode dagen" er en av delplanene i Omsorgsplan 2015 og skal følge omsorgsplanens planperiode. Den inneholder strategier i et langsiktig tidsperspektiv, resultatmål for perioden fram til 2015 og et 4-årig handlingsprogram som oppdateres årlig og som ses i sammenheng med de årlige statsbudsjetter. Planen vil bli revidert i 2011.

Til grunn for Demensplan 2015 ligger en erkjennelse av at dagens omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er bygd og tilrettelagt for mennesker med demens. Dette innebærer at det de nærmeste årene er nødvendig med endringer både i forhold til omsorgstjenestens kompetanse, organisering og fysiske utforminger. Demensplanen vil løfte fram 3 satsningsområder:

- Dagaktivitetstilbud: Tilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid. Utbygging av hjemmetjenesten og dagaktivitetstilbud vil bli helt avgjørende for samspillet med familie og lokalsamfunn.
- Bedre tilpassede botilbud: Mange botilbud er ikke bygd og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Skal sykehjem fungere som botilbud for denne gruppen i fremtiden, krever det ombygging og tilpassing av dagens sykehjem og omsorgsboliger.
- Økt kunnskap og kompetanse: Demenslidelse er fortsatt forbundet med uvitenhet og ulike forestillinger om skam og skyld. Det trengs derfor opplysning og informasjon om sykdommen.

(Demensplan 2015, s. 7 – 8)

13.3 Mål

Vestre Toten kommune skal ha et helhetlig omsorgstilbud, med et trygt miljø, til alle personer med en demensdiagnose, på beste effektive omsorgsnivå (BEON- prinsippet).

13.4 Statusbeskrivelse

Demens er ikke én sykdom, men en samlebetegnelse på ulike typer demenssykdommer der Alzheimer demens og Vaskulær demens er de vanligste. Fellesnevneren ved alle typer demens er sviktende kognitive funksjoner som hukommelse, orienteringsevne, planlegging og språk. Demenssykdommene kan alle i større eller mindre grad føre til endringer i personlighet og atferd for den som rammes.

Demens er en kronisk tilstand, den kan ikke kureres og vil som regel forverre seg over tid.

I følge St.meld. nr. 25 er demens den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet, og krever mest ressurser av den kommunale omsorgstjenesten og bør derfor settes øverst på prioriteringslisten.

13.4.1 Utviklingen av demens

Det vanlige er å dele forløpet til en demenssykdom inn i tre faser: kompenseringsfasen, dekompeniseringsfasen og pleiefasen.

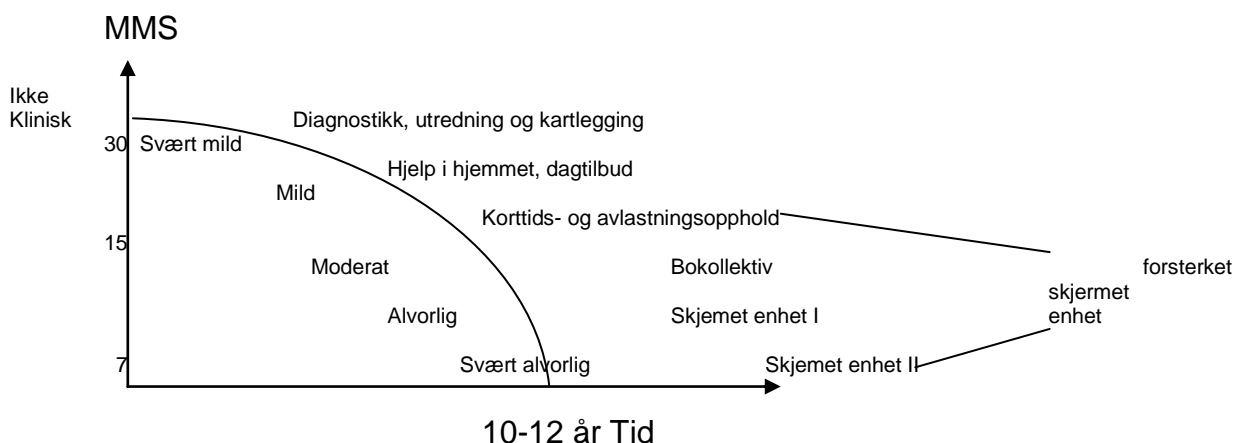
1. **Kompenseringsfasen** er starten der man ser de første tegnene på sviktende hukommelse, spesielt de siste hendelser. Det er vanskeligheter med å organisere hverdagen og tidsorienteringen svikter. Det kan oppstå språkproblemer i form av ordleting og praktiske gjøremål som husarbeid, personlig hygiene og påkledning kan være vanskelig. De aller fleste klarer å finne måter å mestre dette på.

2. **Dekompeniseringsfasen** er neste steg i utviklingen. Mestringsevnen er nedsatt og hele tilværelsen blir vanskelig. Personen blir lett forvirret og vrangforestillinger oppstår. Atferden kan bli utfordrende for omgivelsene og noen personer mister språkevnen. I denne fasen kommer de fleste i kontakt med helsevesenet.

3. **Pleiefasen** er siste steg i sykdommen og preges av motorisk svikt og styring, gangproblemer, balansesvikt og inkontinens.

Det er behov for et differensiert tilbud etter hvor i utviklingen pasientene befinner seg.

Behandlingskjeden:



13.4.2 Antall personer med demens i Norge

Forskning viser at det finnes om lag 70 000 personer med demens i Norge i dag.

Prognosene frem til 2050 tilsier at det vil bli mer enn dobbelt så mange personer over 65 år sammenlignet med i dag, og antallet personer 80 år og eldre vil stige fra 200 000 til 500 000.

Det vil si at det i 2050 vil være ca. 160 000 personer med demens i Norge.

I følge en undersøkelse av lege Geir Selbæk (Nasjonalt Kompetansesenter for aldersdemens) som nylig er offentliggjort, har fire av fem pasienter på norske sykehjem en demenssykdom.

Undersøkelsen omfattet 1163 pasienter ved 26 sykehjem i 18 kommuner i Hedmark, Oppland og begge Agderfylkene. Den viste at 80,5 % av disse pasientene hadde demens.

I følge Selbæk må funnene få konsekvenser for hvordan man i Norge organiserer sykehjemmene sine og hvordan og med hvem disse er bemannet.

Tabell 1.0 Prevalens (Beregnet antall tilfeller) av demens i Norge. (4 721 600 innbyggere)

	Prevalens Forekomst	2006	2010	2020	2030	2040	2050
65 - 69 år	0,9	1594	1895	2402	2646	2865	2662
70 - 74 år	2,1	3142	3286	5286	5550	6385	5858

75 - 79 år	6,1	8496	8021	10407	13557	15406	17108
80 - 84 år	17,6	20410	18878	18944	31926	35232	42342
85 - 89 år	31,7	21535	23134	20638	29390	40921	49870
90 +	40,7	12407	13832	16000	17768	32054	41829
SUM		67584	69045	73677	100857	132863	159669

Kilde: Sosial og helsedirektoratet

13.4.3 Antall personer med demens i Vestre Toten

I dag finnes det om lag 180 personer med demens i kommunen. Forekomsten er stigende med økende alder. Hvis vi forutsetter at hver person som utvikler demens har 4 pårørende, kan vi regne med at ca 720 personer i kommunen er berørt av demens.

Fra rundt år 2020 må vi regne med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år. Gruppen 90 år og eldre vil vokse kraftig de nærmeste årene. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være fordoblet til om lag 355 innen år 2040.

Tabell 2.0 Prevalens (Beregnet antall tilfeller i Vestre Toten (12 590 innbyggere))

	Prevalens Forekomst	2006	2010	2020	2030	2040	2050
65 - 69 år	0,9	4	5	6	7	8	7
70 - 74 år	2,1	8	9	14	15	17	16
75 - 79 år	6,1	23	21	28	36	41	46
80 - 84 år	17,6	54	50	50	85	94	113
85 - 89 år	31,7	57	62	55	78	109	132
90 +	40,7	33	37	43	47	85	112
SUM		179	184	196	268	354	426

Kilde: Vestre Toten kommune.

Vi kan også forvente en økt forekomst av eldre personer med utviklingshemming de neste 10-20 årene. Dette gjør at flere utviklingshemmede vil utvikle demens pga økt levealder. Forekomsten av demens hos utviklingshemmede er tilnærmet lik som hos den øvrige befolkningen. For personer med Downs syndrom er det imidlertid annerledes. Personer med Downs syndrom er overrepresentert når det gjelder utvikling av demenstilstander og debutalderen er tidligere. Ca. 50 år. Det er viktig at diagnose blir stilt så raskt som mulig, da dette har konsekvenser for innholdet i våre tjenester.

13.4.4 Eksisterende tilbud i Vestre Toten

Antall sykehjemsplasser pr. 01.08.10 er totalt 108. Disse fordeler seg på 70 plasser på Gimle sykehjem, og 38 plasser på Raufosstun sykehjem.

Av disse er 28 plasser øremerket mennesker med demens. To skjermede enheter på Gimle. I tillegg kommer psykogeriatrisk avdeling på Gimle med 6 plasser.

I dag finnes det en utredningsplass for demente i Vestre Toten. Denne er på avd. 6, Gimle sykehjem. Varighet på oppholdet er 2 uker. Plassen er tidvis også brukt som avlastningsplass.

Det er to dagsentre i kommunen. Av disse er det kun Erindringscenteret på Gimle sykehjem som er tilrettelagt for mennesker med demens. Erindringscenteret har 6 plasser til rådighet hver dag og er fra 01.08.10 åpent 5 dager pr. uke.

Pr. dato gis det tilbud til 16 personer. Antall dager pr. person varierer. Dette er et tilbud til hjemmeboende med demens.

På Gimle sykehjem er det en sansehage som er spesielt tilrettelagt for mennesker med demens.

Det er ulike typer hjemmetjenester som kan være aktuelle og tildeles ved behov til personer med demens. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp samt matombringing og trygghetsalarm er de mest vanlige tjenestene. Omfang av tjenesten og hvilke oppgaver det blir gitt hjelp til blir individuelt vurdert, og kan variere mye.

Avlastning og omsorgslønn kan innvilges pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver.

Vestre Toten demensforening er en frivillig organisasjon som er underlagt Nasjonalforeningen for folkehelsen. Styret består av fagpersoner og pårørende. Målgruppen er pårørende til mennesker med demens, samt personale som jobber med denne gruppen.

13.5 Behov / Tiltak

13.5.1 Demenskoordinator

Det anbefales at det opprettes en 100 % stilling for demenskoordinator.

Det er ønskelig at stillingen tillegges følgende oppgaver:

- Koordinere demensomsorgen i hele omsorgsavdelingen
- Nært samarbeid med leger og hjemmetjeneste
- Kartlegge pasientbehov
- Veiledning/undervisning til pasient/pårørende
- Kartlegge opplæringsbehov, veilede og undervise personalet
- Lede demensteamet
- Utvikle et godt samarbeidsklima internt i VTK og eksternt

Det er ønskelig at stillingsinnehaver har 3 årig helse –og sosialfaglig høgskoleutdanning med relevant videreutdanning og erfaring.

Grunnen til at det er ønskelig at det opprettes en slik stilling er bl.a at antallet eldre med demens er økende, og at dette er en gruppe pasienter som trenger tett og god oppfølging. For å gi denne oppfølgingen til pasienter og pårørende, anser vi det som viktig at en person kan koordinere "demenstjenesten".

Av samme grunn er det også nødvendig at kompetansen på området heves betydelig, og ved å ansette en person med god kompetanse på demens kan dette ivaretas internt i kommunen.

13.5.2 Demensteam

Demensteamet i Vestre Toten startet sitt arbeid i juni 2000. På grunn av mangel på legetimer ble teamet lagt på is våren 2006. Det er ønskelig å starte opp igjen dette teamet som da skal bestå av lege og demenskoordinator.

Hovedoppgave til demensteamet skal være å diagnostisere demenssykdommer.

13.5.3 Dagplasser

Dagaktivitetstilbud er et av hovedsatsningsområdene i Demensplanen 2015.

Dagtilbud og tilrettelagte aktiviteter er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud til personer med demens, men pr. i dag har kun 4 % av hjemmeboende på landsbasis et tilbud på dagtid. Det er derfor nødvendig å heve kapasiteten og kvaliteten i dagtilbudene til denne gruppen. Tilbudet skal aktivisere, stimulere og bidra til gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.

Et godt utbygd og tilrettelagt dagtilbud kan sammen med gode hjemmetjenester også bidra til å forhindre eller utsette behovet for institusjons -og/eller heldøgntilbud.

"Grønn Omsorg" kan være et godt egnet tilbud for yngre personer med demens. Oppgaver som innebefatter stell av dyr, planter, pleie og vedlikehold av maskiner og bygninger er oppgaver

som kan være aktuelle i tillegg til innendørsaktiviteter. "Grønn Omsorg" vil være et samarbeidsforhold mellom gårdbruker og kommunen, der kommunen er faglig ansvarlig.

Behov for nye dagplasser:

Fra 01.08.10 driftes Erindringscenteret midlertidig 5 dager pr. uke. Driften er kostnadsberegnet til kr. 420.000,- pr. år. Budsjett 2011 avgjør om dette blir en permanent ordning. Det står pr. d.d 6 personer på venteliste til Erindringscenteret. Innen år 2020 må det i tillegg være på plass et nytt tilsvarende tilbud med like mange plasser som erindringscenteret har fått/får etter utvidelsen. Dette pga massiv økning av antall personer med demens i denne perioden. Grønn Omsorg: Bør opprettes med 4 plasser. Organiseres som et prosjekt.

13.5.4 Rekruttering og kompetanseheving

For å imøtekomme behovet hos mennesker med demens i fremtiden trengs det et kompetanseløft i demensomsorgen. Manglende kompetanse hos personalet kan medføre feilmedisinering, misforståelser, nederlagsfølelse og utfordrende atferd blant pasientene. Pleiepersonale som ønsker å jobbe med demensomsorg bør derfor tilbys videreutdanning/utdanning innenfor demens- og eldreomsorg.

Å opprette nok lærlingeplasser for helsefagarbeidere vil bli viktig.

For å imøtekomme framtidens behov må Omsorgstjenesten (generelt og demensomsorgen spesielt) ha et større faglig repertoar å spille på med bl.a økt vekt på aktivisering, sosialpedagogikk, miljøarbeid og sosialt arbeid. Det må derfor rekrutteres et bredere spekter av utdanningsgrupper og sikre større tverrfaglig kompetanse.

13.5.5 Heldøgns plasser – etablering av nye omsorgsboliger samt ombygging av eksisterende tilbud / plasser

Det er vanskelig å gi god og kvalitativ hjelp til hjemmeboende mennesker med demens. Ved å tilby heldøgns botilbud tidlig i sykdomsforløpet, vil disse personene kunne få et verdig og godt tilbud, og utsette behovet for sykehjems plass. Omsorgsavdelingen kjenner til flere mennesker med demens som bor hjemme og som snarest mulig bør få et tilrettelagt tilbud. Pr. juni -10 var det 15 personer med demens som venter på langtids plass eller omsorgsbolig. Det er også kartlagt at det er 22 personer med demens som har behov for et slikt tilbud, men disse er det foreløpig ikke søkt for.

Det anbefales derfor bygging av heldøgns botilbud med 12 plasser snarest.

Slik situasjonen er i dag har kommunen 108 sykehjems plasser. Av disse er 28 tilrettelagt for personer med demens. Hvis man legger Demensplan 2015 og Fagrapport "Omsorg i Utvikling" 2010 til grunn, må det bygges 18 helt nye heldøgns plasser i form av Omsorgsboliger og omgjøre 16 eksisterende sykehjems plasser slik at disse er tilrettelagt for mennesker med demens. Dette blir da totalt 52 tilrettelagte heldøgns plasser for mennesker med demens.

13.5.6 Utrednings plass

I dag finnes det kun en utrednings plass for personer med demens i Vestre Toten. Oppholdet har en varighet på 2 uker, og blir tidvis også brukt som avlastnings plass. Det er lang venteliste for utredning.

Erfaringsmessig er 2 uker for kort tid til å gjøre en grundig utredning m.h.t sykdommen demens. Det anbefales derfor av eksperter på området, at slike opphold har en varighet på min. 6 uker.

13.5.7 Avlastnings plass

Det er stort behov for en egen avlastnings plass for personer med demens. Denne bør opprettes som en pendler plass, med fast rullering. En langtids plass på Gimle sykehjem, avd 6, bør omgjøres til avlastnings plass.

13.5.8 Demensuke

Det er ønskelig at det arrangeres ei uke hvert år som er viet til temaet demens. Hensikten med dette er:

- Fokus på et viktig tema og en alvorlig sykdom
- Å øke ansattes kompetanse
- Å gi saklig informasjon til pårørende og andre interesserte
- Å vekke interessen for demens som et interessant arbeidsområde

13.5.9 Krav til bemanning

Gjennomsnittlig pleiefaktor på sykehjemmene i Vestre Toten, er i dag på 0,8. Det ideelle i skjermet enhet for mennesker med demens er en pleiefaktor på 1,0. Psykogeriatrisk avdeling er en skjermet enhet, som i tillegg til opprinnelig målgruppe, også tar imot demente med til tider svært utfordrende og krevende atferd. Denne avdelingen har i dag en pleiefaktor på 1,1. Denne bør økes til 1,5.

Dette på bakgrunn av forskning som viser at mennesker med demens trenger stor grad av trygghet. For å ivareta dette behovet er det viktig å øke pleiefaktoren.

13.5.10 Hjemmetjenester

En generell styrking av hjemmetjenesten (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) er nødvendig for å kunne ivareta mennesker med demens på en god måte i eget hjem. Økt antall personer med demens krever økt antall ansatte i hjemmetjenesten. Gode og nok hjemmetjenester, kan bidra til at personer med demens kan bo hjemme lenger.

13.6 Konklusjon / oppsummering

Fordobling av antall personer med ulike demenslidelser de neste 35 år, er en av de største utfordringene for den kommunale omsorgstjenesten.

Handlingsplanen for demensomsorgen i VTK er et bidrag for å gi en beskrivelse av dagens situasjon, og av tiltak som må iverksettes for å heve kvaliteten og øke kapasiteten i tjenestetilbudet for personer med demens.

Anbefalinger

Det ansettes demenskoordinator i 2011

Demensteam reetableres – Legekostnad kr. 90.000,- (4 legetimer pr. uke, lønn + praksiskompensasjon)

Demensuka for kompetanseheving videreføres

Hjemmetjenestene styrkes gradvis med en stilling fra 2011 og en stilling innen 2015

13.7 Handlingsplan 2011-2014



MÅL:	TILTAK:	ANBEFALT GJENNOMFØRT:	ANTATT KOSTNAD:
Demensarbeidet blir koordinert på alle nivå i kommunen	Demenskoordinator	2011	Kr. 550.000,-
Diagnostisering og utredning av demens	Demensteam Legekostnad 4 t. pr. uke, lønn + praksiskomp.	2011	Kr. 90.000,-
Utsette inst./langtidsplass Avlastning for pårørende	Øke antall dagplasser: Erindringssenteret: Permanent ordning med 6 plasser 5 dager pr. uke politisk behandles høst 2010 Grønn Omsorg: Opprette 4 plasser, 2 dager pr. uke	2011 2011?	Kr. 420.000,- Kr. 200.000,- ?
Økt kvalitet og faglighet på omsorgen	Rekruttering og kompetanseheving	Kontinuerlig jfr. bemanning/kompetanseplan	
Øke antall heldøgns plasser	Bygging av heldøgns botilbud 12 pl., (v/ Gimle Bøverbru)	2012	Kr. 6 mill
Observasjon og utredning av demenssykdom	Utredningsplass, 6 ukers opphold (Opphold utvides fra 2 til 6 uker på avd. 6, Gimle)	2011	Kr. 0,-
Avlastning for pårørende Utsette inst./langtidsplass.	Avlastningsplass, (en plass avd. 6, Gimle)	2011	Kr. 60.000,-
Se egen målsetting	Demensuke	Årlig	Kr. 60.000,-
Bedre omsorg og økt faglighet	Øke bemanning i demensenhetene (Gimle avd. 4 og 6) til pleiefaktor 1,0.	2012	Kr. 2,3 mill ?
Bedre omsorg og økt faglighet	Øke bemanning i psykiatriisk avd. 5, Gimle til 1,5	2012	Kr. 1 mill ?
Bo i egen bolig så lenge som mulig	Hjemmetjenesten styrkes med 200% stilling	2011: 100% stilling 2015: 100% stilling	Kr. 1,1 mill

14. Rehabilitering - vurderinger og anbefalinger

Kommunen har ansvar for å gi tilbud til mennesker med behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemning/ kronisk sykdom. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Disse oppgavene krever tjenestetilbud der tjenesteytere og bruker arbeider sammen mot felles mål, og hvor den kommunale innsatsen alltid tar utgangspunkt i en tverrfaglig vurdering.

Rehabilitering i Vestre Toten kommune er et sektorovergripende ansvar!

”Overordnet rehabiliteringsteam” ble opprettet med oppstart høsten 1997. Teamet skulle behandle alle henvendelser vedrørende rehabilitering. Dette ble i 2002 erstattet av ”Tverrfaglig team for mennesker med sammensatte behov”.

Rehabiliteringstilbudene skulle gis som døgn-, dag- og/eller hjemmerehabilitering. I perioden 1999-2002 ble det gitt tilbud om dagrehabilitering 2 dager pr uke i tillegg til døgn- og hjemmerehabilitering.

Døgnrehabilitering flyttet til fra Gimle til Raufosstun oktober 2006. Dagrehabilitering ble gjenåpnet 3.april 2008 og er tilknyttet Dagavdelingen ved Raufosstun med 3 plasser en gang pr. uke.

Kommunen har i dag to team som tar imot henvendelser om rehabilitering:

a) Tverrfaglig team for mennesker med sammensatte behov

Teamet er kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabiliteringsvirksomhet. Det skal bidra til samordning og tverrfaglig samarbeid.

Teamet skal avklare den enkelte brukers behov for rehabilitering/habilitering, og medvirke til at henviste brukere får opprettet ansvarsgrupper når det er formålstjenlig.

Teamet har veiledningsansvar for koordinatorene for Individuell Plan (IP)

Teamet har representanter fra tjenesteområdene helse, omsorg og NAV på følgende måte:

Fysioterapeut (p.t. koordinator av teamet), veileder fra NAV, helsesøster, psykiatrisk sykepleier og lege.

b) Inntaksteam

Utvalget består av representanter fra Gimle sykehjem, Raufosstun sykehjem, lege, sykepleierkonsulent fra omsorgsavdelingen og representanter fra hjemmesykepleien. Vernepleierkonsulent deltar ved behov.

Inntaksteamet tildeler følgende tjenester:

- dagplasser på omsorgssenter og dagsenter for mennesker med demens,
- rehabiliteringsplasser på Raufosstun sykehjem (p.t. inntil 7 døgnplasser for rehabilitering ved korttidsavdelingen)
- korttids -/ avlastningsplasser på sykehjem og omsorgsbolig,
- langtidsplasser på Gimle sykehjem og Raufosstun sykehjem,
- omsorgsboliger, trygdeboliger, klausulerte leiligheter / borettslagsleiligheter
- trygghetsalarmer,
- matombrining i kommunen.

HOVEDMÅL:

Alle brukere i kommunen skal gis mulighet til å gjenvinne, bevare og utvikle mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

Hovedmålet for kommunenes rehabiliteringsarbeid er vidtfavnende.

Med begrensede ressurser; både økonomisk og personellmessig, er det nødvendig å fokusere på noen satsingsområder i planperioden

Anbefalinger

Tiltak knyttet opp mot mål beskrives i rehabiliteringsplanen.

Dagens organisering videreføres og videreutvikles

15. Alternative arbeidstidsordninger - vurderinger og anbefalinger

Fagrapporten OiU anbefaler videreføring / utvidelse av to arbeidstidsordninger i kommunen;

12-timers helgevakter og økt grunnbemanning.

I tillegg foreslås det et nytt prosjekt der en prøver ut rundturnus.

12 timersturnus

Denne turnusen er prøvd siden 2008 ved 2 enheter. En av enhetene har videreført ordningen.

I helgene, går de ansatte vakter på 12 timer og arbeider hver 4 helg. Ingen ansatt jobber mindre enn 50% stilling. De ansatte er stort sett fornøyde, spesielt med at de kun jobber hver 4. helg og at ingen jobber mindre enn 50% stilling.

Økt grunnbemanning

Dette er i dag en permanent ordning med faste tilsetninger i avdeling 3 på Gimle. Dersom vi lykkes, vil vi også kunne etablere dette som en permanent ordning i avdeling 1.

Ordningen innebærer styrking av avdelingens fastlønnsbudsjett med en vesentlig del av vikarbudsjetten. Gjennom denne ordningen styrkes grunnbemanningen.

Behovet for akutt innleie ved sykdom reduseres til et minimum.

Ulempen er når bemanningen faller under "minimumsbemanning" (Eks ved høyt sykefravær).

Det er viktig at personalet blir enige om en minstebemanning i avdelingen før en starter med prosjektet. Minimumsbemanning over tid vil utløse innleie som det evt ikke er budsjett for.

Rundturnus

Fordelen med denne type turnus er at alle de ansatte er kjent med alle typer vakter. Dermed vil kvaliteten på tjenesten bli bedre. Økt fleksibilitet oppnås fordi man har flere vakter å spille på.

Denne turnustypen kan være aktuell ved flere avdelinger/enheter innen Omsorgsavdelingen.

Vurdering

Det foreslås en videreføring og utvidelse av arbeidstidsordningene 12-timers helgevakter og økt grunnbemanning. Begge disse turnustypene har gitt gode resultater og bør utprøves ved flere avdelinger/enheter innen Omsorgsavdelingen. Det er forslag om oppstart i februar 2011, men at "før prosjektene igangsettes må det tas opp i omsorgstjenesten hvilke avdelinger som skal delta og varigheten av prosjektene, fordi vi vet av erfaring at forberedelser, forankring og forpliktelser må gjennomdrøftes. Det tar tid til å lage en god turnus til aktuelt prosjekt." Det er viktig at "hvert prosjekt skal tilpasses den enkelte enhet. Hvert prosjekt må evalueres etter en periode på minimum seks måneder før prosjektene evt videreføres. Prosjektene skal ha en positiv virkning for avdelingen, personalet, mottakerne av tjenesten og kommunen som helhet for at de skal videreføres."

I tillegg foreslås utprøving av et nytt prosjekt med rundturnus ved en eller to avdelinger ved et av sykehjemmene.

Anbefaling

Videreføring av 12-timers turnus – fortrinnsvis i omsorgsboliger i miljøarbeidertjenesten. Oppstart høst 2011 (etter forutgående forberedelser)

Videreføring av Økt grunnbemanning – vurdere hjemmesykepleie/hjemmehjelp 2011

Rundturnus – prøves ut i en avdeling i sykehjem fra 2012.

16. Kvalitetsarbeid og Internkontroll i omsorgsavdelingen

"Du trenger ikke være dårlig for å bli bedre."

Hensikten med denne oversikten er å øke tilgjengelighet ifht dokumentasjon for brukere, ansatte, organisasjoner og politikere.

Den skal gi et helhetlig bilde av omsorgsavdelingens systemer for kvalitetssikring og internkontroll.

Tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de:

- er virkningsfulle
 - er trygge og sikre
 - involverer brukere og gir dem innflytelse
 - er samordnet og preget av kontinuitet
 - utnytter ressursene på en god måte
 - er tilgjengelig og rettferdig fordelt
- (Nasjonal strategi for kvalitet; "...og bedre skal det bli!")

Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egenkontroll. Det er et ledelsesverktøy og et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige driften. Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring av oppgaver i hht aktuelt lovverk.

("Hvordan holde orden i eget hus" SHDIR IS-1183)

Systemet er delt i fire; HMS, "Kvaliteten", HACCP – matsikkerhet og Gerica

16.1. Oppgaver og mål

Den /de ansvarlige for virksomheten skal beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert.

Dokumentasjon:

Organisasjonskart – HMS-perm

Stillingsbeskrivelser – HMS-perm

Oversikt ansatte – Gerica

Plan for omsorgsavdelingen – HMS-perm (herunder overordna- og delmål)

Tjenestebeskrivelser – VTK`s hjemmesider.

16.2. Tilgang til regelverk

Den / de ansvarlige for virksomheten skal sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.

Dokumentasjon:

Nødvendig lovverk er tilgjengelig for alle enhetene elektronisk.

Fagkonsulenter har råd- og veiledningsansvar overfor enhetene nedfelt i sine stillingsbeskrivelser. (HMS)

Nødvendig opplæring nedfelles i årlige opplæringsplaner.

16.3. Kompetanse

Den / de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll

Dokumentasjon (alt i HMS-perm):

Bemanningsplaner (årlig rullering)

Kompetanseplan

Kurs- og opplæringsplaner (årlig rullering)

Stillingsbeskrivelser

Introduksjonsrutiner

Brannvern

Oversikt gjennomførte opplæringstiltak (insulin, legemidler, vold/trusler, brann)

16.4 Medvirkning

Den / de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Dokumentasjon:

Medarbeidersamtaler / oppfølgingssamtaler HMS-perm

Faste personalmøter / temadager HMS-perm

Avviksrapportering og rutiner for avviksbehandling generelt HMS-perm

Andre tiltak er:

Bruk av arbeidsgrupper / ad.hoc. grupper som involverer representanter for ansatte, er vanlig.

Drøftingsmøter med tillitsvalgte og verneombud x 1 / mnd.

(møtereferater er tilgjengelig i dokumentasjonsdel HMS)

16.5 Brukererfaringer

Den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.

Brukermedvirkning Politisk nivå

Planer som for eksempel ; Plan for omsorgsavdelingen, Rusmiddelpolitisk handlingsplan og Opptappingsplan psykisk helse er ute på høring ifb rullering og politisk behandling.

Råd for funksjonshemmede, Ungdomsrådet og Eldrerådet er høringsinstanser i forhold til planarbeid i kommunen.

Systemnivå

Tverrfaglig team har representanter fra helse-, omsorgs- og sosialtjenestene.

Teamet er kommunens koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering, eventuelt individuell plan, og skal medvirke til at det opprettes nødvendige ansvarsgrupper.

Representant for **Mental Helse** deltar i planprosesser for psykiatriplanarbeidet samt at kommunen har faste samarbeidsmøter x2 /år.

Frivilligsentralen stiller lokaler til disposisjon for brukergrupper med behov for dette. Mental Helse og Frivillighetsentralen i Vestre Toten mottar årlig støtte fra kommunen. Brukerundersøkelser gjennomføres i institusjon, storkjøkken og hjemmetjenester annen hvert år. (vedtak i ledermøte omsorg 2003) Resultater legges ut på VTK`s hjemmesider.

Individnivå

Alle brukere med behov for langvarige, koordinerte tjenester har rett til en **individuell plan (IP)**. Det utarbeides planer for alle brukere som ønsker det. Når brukere kommer fra 2. linje tjenesten, skal 2. linjetjenesten ta initiativ til og evt igangsette arbeidet med IP for brukere som har rett til å få en slik plan.

Også andre brukere med behov for koordinert og tverrfaglig innsats har **ansvarsgruppe** rundt seg. Dette gjelder i stor grad brukere med psykiatriske problemer og rusmisbrukere i institusjon og funksjonshemmede barn/ungdom.

16.6 Trygge tjenester, sikkerhet for bruker og risikoanalyse

Den / de ansvarlige for virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Dokumentasjon :

Kvaliteten; omsorgsavdelingens metodebeskrivelser (som ikke omfattes av prosedyrehåndbøker). Skal sikre lik praksis. (rulleres etter vedtatt plan)

Gerica; saksbehandlingssystem , dokumentasjon (journal, med.kort etc)

IK mat (HACCP) internkontrollsystem Storkjøkkenavdelingen

Avvik legemiddelhåndtering (rutiner) HMS-perm

Avvik vold / trusler (rutiner) HMS-perm

Avtale om sykehushygienisk bistand og opprettelse av smittevernkontakter.

Inntaksteam koordineres av sykepleiekonsulent . Utvalget gjør vedtak om sykehjemsplasser, trygghetsalarmer, ulike boliger, dagtilbud.

Det er utarbeidet standarder for vurdering av behov (Kvaliteten) og tjenestebeskrivelser for alle tjenester.

Gerica er saksbehandlingssystemet.

Enkeltvedtak ift sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven er delegert til vernepleiekonsulent og sykepleiekonsulent. (to personer).

Vurderingsteam skal sikre like vurderinger av søknader.

Kontinuerlig forbedringsarbeid skjer via:

- HMS-gruppa (4 medl hvorav en er verneombud) som har koordinerings- og revisjonsansvar.
- Kvaliteten ; fagkonsulent ansvarlig for at revisjon gjøres.
- Ledermøter
- Drøftingsmøter med tillitsvalgte
- Ulike eksterne tilsyn
- Årlig rullering av bemanningsplaner (admis),
- Rullering omsorgsplan
- Årlig rullering av kurs og opplæringsplan.
- Årlig gjennomgang av avviksstatistikk med systemgjennomgang og evt revisjon.
- HCCP- gruppe
- Årlig intern revisjon der en spesielt er opptatt av kontroll/korrigerings og evaluering på definerte kritiske punkter. Det er nedsatt en gruppe som utarbeider rutiner for oppfølging av kritiske punkter i rutiner og utførelse. (frist 31/12-10)

17. Helse, miljø og sikkerhet

17.1 Mål for HMS-arbeidet i Vestre Toten kommune

- Arbeidet med helse, miljø og sikkerhet skal ha som siktemål å legge til rette for å utvikle og benytte den enkeltes ressurser slik at kreativitet, arbeidsevne, læring og helse fremmes, samt ivareta mangfoldet på en arbeidsplass.
- Arbeidsmiljøproblemer skal løses på lavest mulig nivå etter hvert som de oppstår, slik at ingen utvikler arbeidsrelaterte sykdommer eller utsettes for arbeidsulykker.
- I samarbeid med de ansatte, skape et system som påser at fastsatte krav i lover og forskrifter til enhver tid blir overholdt, samt dokumentere de systematiske tiltakene og gjennomføringen av dem.
- Å regelmessig gi god informasjon om helse, miljø og sikkerhetsarbeidet til alle kommunens ansatte.

Det enkelte tjenesteområde / driftsenhet skal sette egne mål for sitt HMS-arbeid. Disse skal bygge på overordna mål som er satt, men ta utgangspunkt i kartlegging foretatt i arbeidsmiljøet på den enkelte enhet.

Lokale mål for HMS arbeidet vil følgelig variere og er utarbeidet på de ulike enhetene.

17.2 Overordna mål for HMS- arbeidet i omsorgsavdelingen

Medarbeidertilfredshet

17.2.1 Gode ledere

Tiltak:

- Videreføre lederstøtte og opplæring
- Medarbeidersamtaler x 1 /år , LØFT-fokus
- Bevisst bruk av tilbakemelding
- Følge opp introduksjonsrutiner
- Følge opp IA og HEFA (helsefremmende arbeidsplasser) og HEIA-gruppene (HEIA=HElselfremmende Inkluderende Arbeidsliv) Gruppene jobber med nærværsfaktorer og er sammensatt av leder, tillitsvagt og verneombud.

17.2.2 Medarbeidere skal oppleve trygghet tross kontinuerlig endring.

Tiltak:

- Rutiner ved minimumsbemanning i omsorg,
- Refleksjonsgrupper skal videreføres på alle enheter. (Refleksjon rundt praksis med vekt på etikk og mestring)
- Individuell oppfølging av ansatte.
- Bevisst bruk av tilbakemelding (ros / ris) med vekt på sterke sider.
- De sju verneombudene er viktige medspillere i arbeidet for et bedre arbeidsmiljø.
- Avtalen om inkluderende arbeidsliv har satt fokus på nærvær og oppfølging av medarbeidere som enten er sykmeldte eller står i fare for å bli det.

- Faste månedlige møter med tillitsvalgte og verneombud er et virkemiddel for bl.a. få kunnskap om arbeidsforhold og miljø.
- Introduksjonsrutiner sentralt og lokalt er utarbeidet.
- Det tilstrebes å gi tilbud om medarbeidersamtaler årlig.

17.2.3 Omsorgsavdelingen er en trygg og sikker arbeidsplass

Tiltak:

- Kompetanseutvikling (ekstern og internt) ifht nye brukergrupper
- Avviksrapportering og oppfølging lokalt og sentralt
- Kurs løfting/forflytning og vold /trusler (obligatorisk for alle relevante medarbeidere)
- Årlige brannkurs
- Internkontroll (se kap 16)

17.2.4 Jobbnærvær stabiliseres på et akseptabelt nivå.

MÅLET ER ET SUNT FRAVÆR.

Tiltak:

- Omsorgsavdelingen har gode systemer for NÆRVÆRSregistrering.
- IA/helsfremmende arbeidsplasser -avtalen følges opp i tråd med intensjonene. Etablering av "Heia"-grupper der intensjonen er at gruppene skal være interne pådrivere for å oppnå mål i IA-avtalen. Ansatte skal tas med i prosesser, bli ivaretatt og inkludert på arbeidsplassen. Gruppene skal bestå av både ledere tillitsvalgte og verneombud.
- Individuell oppfølging vektlegges.

17.2.5 Være bevisst på- og bruke omsorgsavdelingens HMS aktivt

Tiltak.

- HMS – gruppa er operativ og bidrar til kvalitetssikring og kontinuitet i HMS-arbeidet
- Bevisst bruk av HMS verktøy og bruk av gruppa i veiledning/rådgivning.

18. STRATEGIER FOR Å NÅ VTK'S MÅL MED SERVICEMODELLEN

18.1 Overordnet mål

Brukertilfredshet

Medarbeidertilfredshet

18.2 Kortsiktig mål

Teamledere skal mestre å være det sentrale leddet.

Driftsenhetsledernes hovedoppgave er å gi individuell støtte til teamleder, både faglig og menneskelig.

Teamledere er en del av ledernetverk.

Teamarbeid som metode, fokuseres for best mulig bruk av samlet kompetanse.

Bevisstgjøring på egne og hverandres sterke sider samt erfaringsutveksling bidrar til at vi blir mindre sårbare.

Metoden "Løsningsfokusert tilnærming" (LØFT) er sentral.

Nytt elektronisk ressursplanleggingssystem er på plass 2010/2011 på alle enheter.

Aktivitetsnivå skal tilpasses tilgjengelige ressurser

Et budsjett i ballanse er grunnlag for forutsigbarhet i tjenestene.

Teamledere er delegert budsjettansvar begrenset til månedlig budsjettoppfølging i samarbeid med driftsenhetsleder, melde overskridelser, foreslå tiltak og komme med innspill til budsjett og økonomiplan.

Det er utviklet systemer for brukermedvirkning både i institusjon og hjemmetjenester.

Det gjennomføres brukerundersøkelser hhv i institusjon og mat/måltider i institusjon og hjemmetjenester a hvert år. 2009 – hjemmetjenester,

Brukertilfredshet vurderes generelt som god. 2010 gjennomføres brukerundersøkelser i institusjon

Vi skal ha kontinuerlig fokus på kvalitet og standarder via intern kontroll

Omsorgsavdelingen har utarbeidet metodebeskrivelser for kvalitetssikring og mest mulig lik praksis i omsorgsavdelingen. Dette er en kontinuerlig prosess.

Alle tjenester er serviceerklært. Dette er med på å sikre innhold og begrensninger i tjenestetilbudet. Disse erstattes muligens av tjenestebeskrivelser tilgjengelig på nett.

Saksbehandlingssystemet Gericca sikrer gode rutiner og rask saksbehandling.

Det drives et kontinuerlig arbeid for kompetanseheving innen fag og ledelse.

Vestre Toten ligger godt an mht fagkompetanse innen pleie og omsorg.

Forskrifter ifht pasientjournaler og dokumentasjon stiller krav til IT-kompetanse og tilgjengelig verktøy.

Utbygging av Gericca betyr satsing på opplæring og investering.

19. Kompetanseplan

19.1. Innledning

Kompetanseplan skal være et virkemiddel for å realisere virksomhetens mål som er:
”Alle med omsorgsbehov skal oppleve at deres egne ønsker, muligheter og ansvar for å mestre eget liv, blir i varetatt”

Samtidig har kompetanseutvikling en verdi i seg selv for virksomhetens ansatte. Tidligere snakket vi om kurs, utdanning og erfaring. Nå bruker vi begrepet Kompetanse som inneholder alle elementene som har betydning for hvordan den enkelte medarbeider utøver sitt yrke.

Hovedelementene i kompetansebegrepet er:

Kunnskap Ferdigheter Holdninger Motivasjon Mestring

Når vi snakker om kompetanse og rekruttering har vi noen rammer å forholde oss til:

- Lovgivning gir føringer for rettigheter, minstestandarder og faglig forsvarlighet
- Statlige føringer og prioriteringer. BL.a St.m 25 og Samhandlingsreformen, St.m. 47.
- Lokale planer
- Lokale variasjoner i brukergrupper
- I tillegg endrer brukergruppene og behandlingsnivå seg.

Denne planen omfatter alle ansatte i Omsorgsavdelingen som jobber direkte medpasient/brukere i, Vestre Toten kommune.

19.2. Føringer

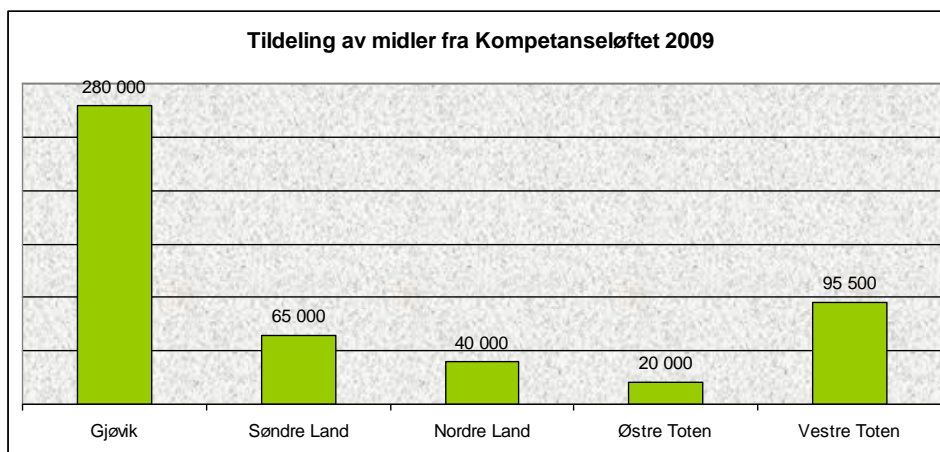
19.2.1 Sentrale føringer

19.2.1.1 Omsorgsplan 2015

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Omsorgsplan 2015 omtaler framtidens omsorgsutfordringer og myndighetenes tiltak for å møte disse. Omsorgsplan 2015 omfatter en rekke tiltak som samlet skal styrke pleie- og omsorgstjenesten. Viktige satsingsområder er Demensplan 2015, investeringstilskudd til sykehjem og botilbud, styrking av legetjenesten i sykehjem og en aktiv omsorg. Kompetanseløftet 2015 er også ett av tiltakene i Omsorgsplan 2015. Målsettingen med Kompetanseløftet 2015 er å skaffe tilstrekkelig personell med nødvendig fagkompetanse, noe som er en forutsetning for å møte samtlige av de øvrige omsorgsutfordringene og tilhørende tiltak.

Kriteriene er forankret i Kompetanseløftets fem delmål:

- 12000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen 2015
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene
- Sikre bruttotilgang på om lag 4 500 helsefagarbeidere per år
- Skape større faglig bredde
- Styrke veiledning, intern opplæring og videreutdanning



Tabell 1.

Gjennom Kompetanseløftet 2015 har Fylkesmannen tildelt midler til kompetanseheving med totalt kr. 500 500,- til kommunene i Gjøvikregionen i 2009. Av de fikk Vestre Toten kr 95 500

Midlene blir tildelt etter tiltakene i Kompetanseløftet 2007-2010 som er:

1. Aksjon helsefagarbeider
2. Kvalifisering av personell
3. Rekrutteringskampanje
4. Øke andelen med høyere utdanning
5. Desentraliserte høgskolestudier
6. Fagskoleutdanning for personell med videregående opplæring
7. Videre- og etterutdanning for høgskoleutdannet personell
8. Øke andelen som arbeider heltid.
9. Flink med folk i første rekke
10. Forbedring av arbeidsmiljø
11. Undervisningssykehjem, tilbud om omsorg ved livets slutt og lindrende behandling
12. Samarbeid om etikk

19.2.1.2 Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) Rett behandling – på rett sted – til rett tid, ble lagt fram som stortingsmelding den 19.06.09 og behandlet i Stortinget i juni 2010. Beskrives kort i denne planen, kap 4

19.2.1.3 Lov og avtaleverk

Kompetanseutvikling av fagpersonell innenfor Omsorg er regulert gjennom Lov om helsetjenesten i kommunen hvor det i § 6-1 og 6-2 spesifiseres kommunens ansvar i forhold til undervisning, praktisk opplæring samt etter- og videreutdanning. I Lov om sosialtjenester § 2-3 har kommunen ansvar for nødvendig opplæring av personell som er forpliktet til å delta i de nødvendige kompetansehevende tiltak som blir bestemt. Hovedavtalen har i § 7 bestemmelser om at det skal utarbeides en opplærings/ utviklingsplan som skal baseres på kartlegging av behovet. Lov om helsepersonell, §1 stiller krav til forsvarligheten av helsepersonells yrkesutøvelse. §16 kap3 "Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter".

19.2.2 Lokale føringer

19.2.2.1 Kommuneplan 2008-2019

Kommuneplan for Vestre Toten kommune 2008-2019. Visjonen er "Trygghet, trivsel og utvikling". Planen er det overordnede styringsdokument for alle delplaner i kommunen. Noen relevante punkter i planen:

Regionalt samarbeid i Gjøvikregionen

Målet for samarbeidet er følgende:

Å oppnå et bedre tjenestetilbud ved mer effektiv bruk av kommunenes ressurser gjennom å utnytte stordriftsfordeler. Samarbeidet på tvers av kommunegrenser skal styrke fagmiljøene, redusere sårbarheten og bedre rekrutteringen av kvalifisert personell.

Folkehelse og universell utforming

Folkehelse er et vidt begrep som primært har fokus på å bevare det friske lengst mulig. Viktige fokusområder vil være: Sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak

Vestre Toten kommune har vært en aktiv pådriver i regionalt samarbeid i Gjøvikregionen.

Omsorg har samarbeidet i forhold til kompetansehevingstiltak for ledere og innen psykiatri, rus og mennesker med fremmedkulturell bakgrunn.

Samarbeid rundt felles IKT-løsninger er en annen viktig satsing.

Kvaliteten i tjenestene skal ha fokus.

19.2.2.2 "Tverrfaglig samarbeid – plakaten"

Retningslinjer for tverrfaglig samarbeid er utarbeidet sept 2003

19.2.2.3 Revisjonsrapport vedr kompetansebehov

Innlandet Revisjon IKS, rapport nr 1.2009 – Kompetansebehovet innen omsorgssektoren (på oppdrag fra kontrollutvalget)- ble behandlet i kommunestyre 2/4-09 (sak 20/09)

Problemstillingene var:

Hvilke endringer har skjedd?

Hvordan er det planlagt ifht endringer?

Hvordan er planer fulgt opp i praksis?

Rapporten sier bla: Sykehjem har stor grad av rett kompetanse, men mangler tilleggskompetanse; spesielt innen rehabilitering.

Det er fortsatt ufaglærte innen hjemmehjelpstjenesten.

Behov for tilleggskompetanse i hjemmetjenester er ikke oppfylt; spesielt innen rehabilitering, demens, psykiatri/rus lindrende behandling.

19.2.2.4 Prosjektet Omsorg i Utvikling

Prosjekt Omsorg i Utvikling har arbeidet med kompetanse som et viktig delområde.

Forprosjektets anbefalinger sier bla:

- Det må lages en ny plan for holdningsskapende arbeid der mestringsperspektivet står sentralt
 - Det må gjøres en totalvurdering av behovet for ressurser og kompetanse.
 - Det må vurderes om kompetansen skal flyttes dit behovet til enhver tid er.
 - Omsorgsavdelingens verdigrunnlag må revurderes med fokus på mestring.
- Disse anbefalingene er lagt til grunn i arbeidet med denne planen.

19.3 Status

19.3.1 Organisering av Omsorgsavdelingen

Viser til omtale i Omsorgsplanen.

19.3.2 Kompetansestatus pr 31/12 -2009

Bemanningsplanene blir vedtatt hvert år og sier oss hvor mange stillingshjemler vi har på enhetene totalt og differensiert mellom høgskoleutdannede og fagutdannede ansatte. I overgangen til 2010 blir to dagsenter fra Kultur overført til Omsorgsavdelingen. Dette innebærer en del omrokering og økning av stillingshjemler som vil skje fra 01.01.10.

Bemanningsplanene viser hva vi har av reell kompetanse og diverse spesialiteter og hva vi trenger i nær framtid.

Tabell 2 viser hvor mange årsverk høgskoleutdannede og fagarbeidere det er i sykehjem og hjemmetjeneste. Den viser også antall med- og uten videreutdanning, samt antall årsverk ufaglærte.

Storkjøkkenet er ikke medregnet her.

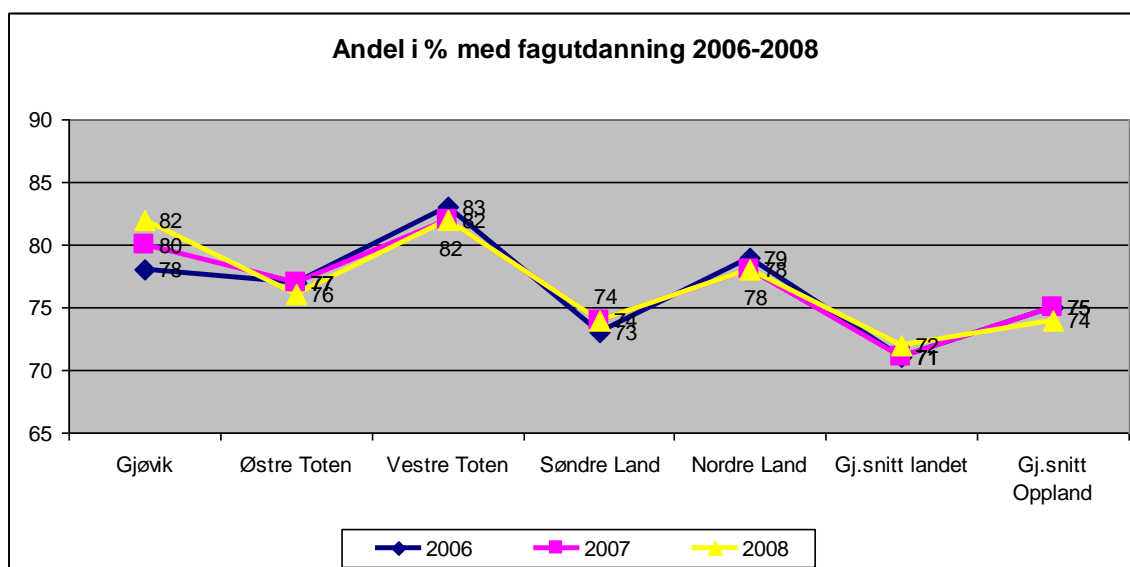
Tabell 2.

	Sykehjemmene		Hjemmetjenesten	
	Reell kompetanse	Ønsket kompetanse	Reell kompetanse	Ønsket kompetanse
Antall årsverk høgskoleutdannede	25,4	16,1	27,6	23,5
Ant.årsverk høgskoleu. m/ videreutdanning	9	20	15	22
Sum Høgskolenivå	34,4 årsv	36,1 årsv	42,6 årsv	45,5 årsv
Antall årsverk fagarbeidere	54,2	43,4	71,6	61,6
Antall årsverk fagarb m/videreutdanning	8	18	8	18
Sum Fagarbeider	62,2 årsv	61,4 årsv	79,6 årsv	79,6 årsv
Annet (Ufaglært)	1,9		2,9	
Sum total	98,5 årsv	98,5 årsv	125,1 årsv	125,1 årsv

Tallene i tabell 2 er faste stillinger, årsverk i bemanningsplanen.

Tabell 3 beskriver det som er meldt inn til Fylkesmannen dvs at det midlertidig går ufaglærte i en del fagarbeider stillinger

Tabell 3.



Dette diagrammet viser den prosentvise andelen av årsverk i brukerrettede tjenester som har relevant fagutdanning. I perioden 2006-2008 har andelen faglærte vært svært stabil i alle tre kommunene i denne regionen. Det er kun Gjøvik kommune som har hatt en svak endring, der andelen faglærte har økt fra 78 % til 82 % i perioden. Vestre Toten har ligget på 82 -83 % i flere år. Dette er meget viktig for tjenesten vår, vi må bestrebe oss på å komme høyere. I 2008 lå samtlige kommuner i regionen over gjennomsnittet for landet.

19.4.Utfordringer

19.4.1 Utfordringer knyttet til kompetanse.

19.4.1.1 Tjeneste

Det blir større krav til spesialisering, behandlingstiden på sykehusene blir kortere og terskel for å bli innlagt og behandlet på sykehusene blir høyere.

Som omtalt i Samhandlingsreformen skal sykehjem inneholde "Helsehusfunksjoner", dvs en større del av sykdomsbehandlingen skal foregå der. Vi skal forebygge innleggelser samt være i stand til å ta imot pasienter fra sykehus tidligere.

Det blir flere korttidsplasser, bl.a. rehabilitering, utredning og behandlingsplasser.

Antall 80+ vil fordobles i løpet av de neste 35 år, fram til 2020 skjer det bare en liten vekst i antall 80+ (økningen kommer blant de over 90).

Antall yngre brukere (under 67 år) er doblet de siste 10 årene. Nye og krevende oppgaver må konkurrere om å løses innenfor allerede knappe rammer.

19.4.1.2 Personell

Som omtalt ovenfor gir dette behov for høyere kompetanse og større grad av spesialisering på flere viktige områder.

Det blir stort behov for økt antall høgskoleutdannede spesialpersonell for å dekke hele døgnet med aktiv behandling. Behovet for fagarbeidere med forskjellige videreutdanninger vil øke.

Dette gjelder også i stor grad legetjenesten, se eget punkt.

Det vil være økt behov for tverrfaglig samarbeid bl.a med leger, fysio- ergoterapeuter, vernepleiere, sykepleiere og sosionomer.

Det blir store utfordringer for brukerne å mestre dagliglivet. Det medfører økt behov for større bredde i tverrfagligheten. Det blir økt bruk av teknisk medisinsk utstyr som vil kreve spesialkompetanse. Det er et stort gap mellom tilgang til – og behov for personell innen 2030 (opp mot 30 tusen) og øker deretter. Ressurser må benyttes annerledes enn i dag.

19.4.2.Ledelse og organisering

Antall leder ble redusert v/sammenslåing av enheter i januar 2009, lederspennet er doblet for flere ledere. Lederspennet i Omsorg er for stort.

Det er stor utfordring å lede store personell grupper der tjenesten en skal yte blir mer og mer sammensatt og kompleks.

Vi ser at kompleksiteten og antallet klagesaker øker, og dette medfører store krav til saksbehandling og saksbehandlingskompetanse.

God samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer blir vesentlig for å lykkes med målsettingen. Til nå har vi greid å rekruttere nye medarbeidere med stor grad av rett kompetanse.

Den største utfordringen blir: Å rekruttere og beholde nok fagutdannet personell.

Utviklingen tilsier at det å rekruttere fagutdannet personell blir vanskeligere i framtida.

Når en større del av behandlingen skal slutføres i kommunen, betyr det behov for endret kompetanse.Dette krever robuste og trygge medarbeidere med evne til å tenke utradisjonelt og å ha fokus på mestring.

19.4.2.1 Legetjenesten

Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen sier at veksten innen legeressursene skal komme i kommunene. Det er behov for 2000 leger i perioden 2009 – 2015. Det varsles en sterkere styring av fastlegene gjennom bl a:

- Tydeligere kommunal styring av offentlig allmenntilleggsoppgaver legene kan pålegges (sykehjem, helsestasjon., skolehelsetjeneste.) Økt timetall ut over 7,5t vurderes.
- Styring på den kurative delen (i tråd med helsepolitiske prioriteringer)
- Kompetanse styrkes (vurdering ifht innleggelser eks)
- Vurdere tilleggsoppgaver som: undervisning, veiledning, praksiskonsulenter, legevakt, rehabilitering i kommunal regi, lærings- og mestringssentre, forebygging ut over helsestasjon)
- Legene bør ha en rolle i kommunal planlegging: styringsdata for sykdomsforekomst, registrerte udekkede helsebehov i befolkningen, kunnskap om helseforhold bør inn i budsjettdebatten, plan og beslutningsprosesser.
- Fastlegeordningen fungerer ikke like godt for de som ikke selv etterspør helsetjenester – eks rus, eldre m/ nedsatt funksjon, mental svikt og psykiske lidelser oa m/ betydelig nedsatt funksjonssvikt; er grupper som bør ha høy prioritet.

Dette vil nødvendigvis få konsekvenser for vår kommune også. Legene må sterkere inn i både den kurative og preventive delen av kommunehelsetjenesten. Det blir nødvendig å utvikle et tettere samarbeid m/Helseavdelingen samt vurdere behovet for større kontinuitet i tilsynslegeordningen.

19.4.2.2 IKT

IKT – strategi Vestre Toten Kommune 2010 – 2013, spesielt kap 10, er et viktig grunnlag.

- Geric, fagsystem, alle enhetene skal dokumentere elektronisk. Handlingsplan for Geric ruller årlig
- Visma, økonomisystem
- GAT, resursplanleggingssystem, alle enhetene skal bruke dette systemet
- Helsennett

Dette krever at vi har systemansvarlige med tid til opplæring og veiledning av de som bruker systemene.

19.4.2.3 Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten

I følge st m 47 legges det opp til et lovpålagt forpliktende avtalesystem om oppgavefordeling og samarbeid mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak. Foretakene skal bistå med kompetanse- og kunnskapsoverføring. Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten tilførsel av nødvendige ressurser. BEON (beste effektive omsorgsnivå) legges til grunn.

Samhandlingsfora mellom kommunene og Sykehuset Innlandet (SI)

I Rundskriv IS -1/2010 (se kap 4.3 – delpunkt 3). SI og kommunene i Hedmark og Oppland inngikk i 2005 to avtaler – hhv Basisavtale som definerte en gjensidig forpliktende samarbeidsplattform, og Samhandlingsavtale som beskrev ulike samhandlingsfora (det overordnede Administrativt samarbeidsutvalg ASU, de 5 helseforetaks forankrede Geografiske samarbeidsutvalg GSU, og felles Samarbeidsutvalg Divisjon Psykisk helsevern PSU). Evalueringen av disse avtalene i 2010 resulterte i en sammenslåing av disse avtaler til én Samarbeidsavtale, og en omorganisering av samarbeidsutvalg for å gjøre dem mer hensiktsmessige. Avtaleutkastet er ute til høring i samme tidsrom som Omsorgsplanen. En av mange utfordringer overfor annenlinjetjenesten er å begrense antall møtepunkter, og effektivisere de allerede etablerte fora.

Aktuelle oppgaver for kommunen kan bli:

Kompetansekrevende funksjoner (ofte av tverrfaglig art)

- Lærings- og mestringssentre – både primær- (røykeslutt, kostveiledning og fysisk aktivitet) og sekundærforebygging som kurs og selvhjelp (KOLS, demens, rus, diabetes.)
- Tverrfaglige team som sikrer koordinering og helhetlig oppfølging av bruker (kroniske sykdommer som diabetes, kols, demens, rehabilitering, rus/psykisk helse og lindrende behandling)
- Lokalmedisinske sentre, Helsehus "før, i stedet for, etter sykehusinnleggelse" (funksjonssvikt, lindrende behandling., smertebehandling, kols, infeksjoner, ernæring, medisinske justering, observasjon, etterbehandling og rehabilitering, rus/psykiatri). Finansiering via ressurs skyving, men ikke til bygging (ut over dagens ordninger). Suksesskriterier vil være: samlokalisering, tilstrekkelig befolkningsgrunnlag(20-30 tusen), organisering og inntak, vurderes i lys av avstand til nærmeste sykehus.
- Lavterskeltilbud til rusavhengige.

Helsenett blir en viktig kommunikasjons mellom 1. og 2. linjetjenesten og forskjellige instanser innen kommunal sektor, planer om full utbygging i 2012.

19.4.3 Flerkulturelt samfunn

Det er opprettet asylmottak i kommunen. Mange nye landsmenn, spesielt flyktninger og asylsøkere kommer blant annet fra land i krig, fattigdom og nød.. Det betyr at det bor mange mennesker med store psykiske traumer og med mange nye typer sykdoms fenomener i kommunen vår.

Vi har store utfordringer med språk og kulturforskjeller.

19.5.Mål

19.5.1 Mål for Kompetanseplanen.

Overordnet mål for opplæringen

De ansatte skal sikres riktig kompetanse ut fra funksjon, plassering og arbeidsoppgaver slik at kommunen når sine mål.

Hovedmål

- Kommunens opplæringsvirksomhet skal øke kvaliteten på kommunens tjenester.
- Kommunens opplæringsvirksomhet skal føre til at ansatte gir bedre service overfor innbyggerne.
- All opplæring og kompetanseutvikling skal motivere de ansatte i arbeidssituasjonen og bidra til å fremme de ansattes evne til egenutvikling og mestring.
- Kommunens opplæringsvirksomhet skal utvikle bedre arbeidsmiljø.
- Kommunen vil framstå som en lærende organisasjon. Dette innebærer at vi må være åpne for forandringer, og åpne for at ny kompetanse og erfaring skal føre til bedre oppgaveløsning.

19.6 Satsningsområder

Omsorgsavdelingen har i flere år hatt følgende satsningsområder, disse vil fortsatt stå sentralt slik som:

- Grunnutdanning for ufaglærte
- Lærlinger –helsefag / kokk
- Videreutdanning –demens, lindrende, rus/psykiatri, rehabilitering, forebygging (spesielt hjemmetjenester)
- Øke gjennomsnitts stillingsbrøk fra 0,67% til 0,75% innen 2015.

I tillegg ser vi, i forhold til utfordringene beskrevet i punkt 4, at det må satses mer på:

- Mestringsfokus
- Rekruttere og beholde fagutdannet personell, og evt andre yrkesgrupper.
- Ledelse og organisering
- Samarbeid med frivillige organisasjoner

Som en følge av samhandlingsreformen må

- Andel med høgskoleutdannet personell øke.
- Det må skje kompetanseheving ifht spesialmedisinsk behandling og medisinsk teknisk utstyr
- Det må satses mer på forebyggende arbeid

Disse punktene er satt opp i rekkefølge etter aktualitet, de 4 første er en videreføring av det vi har hatt tidligere, de 4 neste punktene kommer som en følge av endringer i framtiden uavhengig av Samhandlingsreformen. De siste tre punktene er en følge av Samhandlingsreformen.

Nedenfor trekkes det ut noen hovedpunkter, de andre blir underpunkter.

19.6.1 Rekruttere og beholde fagutdannet personell

Som før nevnt er den største utfordringen: "**Å rekruttere og beholde nok fagutdannet personell**".

Derfor blir dette et hovedpunkt med en del underpunkter, og settes opp som punkt en for å synliggjøre at dette er viktig.

19.6.1.1 Grunnutdanning for ufaglærte

Det skal tilrettelegges for at fast ansatte i hjemmehjelpstjenesten i dag kan ta fagutdanning. Vi ønsker å beholde egnede ufaglærte vikarer og legge forholdene til rette slik at de kan ta fagbrev. Dette blir en viktig rekrutteringsvei.

19.6.1.2 Lærlinger / helsefag

Helsearbeiderfaget erstatter hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene.

Videregående skole har ansvar for de 2 første årene, og "bedriftene" (bla kommunen) har ansvar for de 2 siste årene.

Det er viktig å knytte kontakter på videregående skole. Da kan vi lettere tilby læreplasser og være med å påvirke utdanningen slik vi ønsker.

Lærlingeordningen blir den viktigste måten å rekruttere fagarbeidere på i framtiden.

19.6.1.3 Øke personalandelen med høgskole utdanning

Det stilles økt krav til tjenesten.(ref utfordringer beskrevet i punkt 19.4.)

I behandlerrollen og på flere spesialiserte områder vil det være krav til høgskolekompetanse gjennom hele døgnet, og en mer tverrfaglig kompetansesammensetning.

Dette er et viktig satsningsområde. men like viktig blir det å beholde den kompetansen vi allerede har.

19.6.1.4 Videreutdanning

Det er nødvendig å bygge opp spesialistkompetanse både i hjemmetjeneste og på sykehjemmene i forhold til utfordringene. I dette ligger det videreutdanning innen demens, lindrende behandling, rus/psykiatri, rehabilitering, forebygging (spesielt hjemmetjenester) Dette fordrer at både fagarbeidere og høyskoleutdannede tar videreutdanninger i tråd med de utfordringene vi står ovenfor, feks i demens-, kreft- og psykiatriplan. I tillegg må vi forberede oss på de utfordringene som kommer i forbindelse med Samhandlingsreformen, blant annet vil det kreves kompetanseheving ifht spesial medisinsk behandling og medisinsk teknisk utstyr. Det bør satses mer på hospitering i de aktuelle avdelingene og / eller institusjonene.

19.6.1.5 Stillingsprosent

Vi har en målsetting om at gjennomsnittlig stillingsprosent skal økes fra 67 til 75 innen 2015.

19.6.2 Mestring

Mestring skal infiltreres i alle kompetansetiltak i kommunen.

Vi satser videre på refleksjonsgrupper som både kan brukes til etisk refleksjon og implementeremestringsfokus. Det vises til arbeidet med egen "Mestringsplan"

19.6.3 Ledelse og organisering

For å nå målene i Kompetanseplanen må vi ha ledere med gode lederegenskaper og evne til å lede en organisasjon i utvikling.

Samhandling med Helseavdelingen blir sentral. Legene må ha kunnskap om omsorgsavdelingen kapasitet og kompetanse når tiltak skal vurderes.

Vi skal fortsette og videreutvikle samarbeid innen Gjøvikregionen, med tanke på utdanning og kompetanseheving.

Vi skal samarbeide på nye arenaer, feks med frivillige organisasjoner, øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

19.6.3.1 Forebyggende helsearbeid

Det er behov for å styrke kompetansen innen forebyggende helsearbeid, spesielt innen ernæring, fedme, hjerte- /kar sykdom, diabetes og kreft.

Det vil bli behov for forebyggende kurs i læring og mestring feks røykeslutt, kostveiledning og fysisk aktivitet, likeså selvhjelpsgrupper feks kols, demens, rus, diabetes.

Samarbeid med Helse og NAV må utvikles. Ellers blir dette også en viktig arena hvor en utvider samarbeidet til frivillige organisasjoner.

Folkehelse og universell utforming er et aktuelt regionalt samarbeidsområde innen Gjøvikregionen.

19.6.3.2 Samarbeid med frivillige

En del av prosjektet Omsorg i Utvikling jobber ut en strategi hvor kommunen kan utvikle en lokal frivillighetspolitikk for å styrke samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner.

Frivilligsentralen er et naturlig bindeledd.

19.7. Tiltak

19.7.1 Rekruttere - beholde fagutdannet personell

Generelt ønsker vi å heve kompetansen på alle ansatte.

"Å rekruttere og beholde nok fagutdannet personell" blir den største utfordringen for Omsorg framover av den grunn blir dette også de viktigste tiltak.

19.7.1.1 Grunnutdanning

Tilby ufaglærte vikariater for så å tilby kompetansegivende utdanning.

Vi ønsker å legge forholdene til rette slik at egnete ufaglærte, som har en stilling eller vikariat i Omsorg kan ta fagutdanning, ved bla å søke utdanningsstøtte. Eks paragraf 20 kandidater.

19.7.1.2 Helsefagarbeidere

Vi jobber aktiv med å ta inn minimum 4 nye lærlinger hvert år, slik at vi til enhver tid har 8 lærlinger.

Vi skal ha en kokkelærling til en hver tid.

Vi fortsetter et samarbeid m/Opus Gjøvik, opplæring for voksne ufaglærte. De gjør realkompetansevurderinger av ansatte og gjennomfører et komprimert utdanningsløp for å bli autorisert helsefagarbeider.

19.7.1.3 Øke andel med høgskoleutdannete

Vi ønsker å knytte til oss sykepleie- og vernepleiestudenter tidlig i utdanningen, og tilby de helgestillinger. Vi har et godt samarbeid med høgskolene.

19.7.1.4 Videreutdanning.

Vi må legge til rette for at det er til enhver tid er ansatte som tar videreutdanning, både fagarbeidere og høgskoleutdannete.

Vi fører en personalpolitikk som prioriterer permisjon ved videreutdanning.

Vi søker Fylkesmannen om midler til Utdanningsstøtte, og gir støtte til de fagområder avdelingen har behov for/prioriterer.

19.7.1.5 Ressurssykepleier for lindrende behandling 1/1st. i 2010

I januar 2010 ble det ansatt sykepleier som skal være en resursperson for kreftpasienter og andre alvorlig syke og døende og deres pårørende. Stillingen skal være et bindeledd mellom spesialist-, kommunehelse- og omsorgstjenester innad i kommunen, samt til å bidra til at pasientinformasjon mellom tjenestene kvalitetssikres.

19.7.1.6 Hospitering på spesialavdelinger

Vi skal innhente erfaringer på de ulike behandlings tilbud som for eksempel dialyse og ulike tekniske prosedyrer jamfør Samhandlingsreformen hvor det bl a sies: "Foretakene skal bistå med kompetanse- og kunnskapsoverføring".

Dette vil spesielt gjelde høgskolepersonell, men i noen andre tilfelle også fagarbeidere. Den kunnskap de erverver må videreformidles.

Vi vil benytte mer aktivt hospitering på spesialavdelinger særlig i forbindelse med behandling av nye sykdomsgrupper og når det gjelder medisinsk teknisk utstyr

19.7.2 Mestring

I forbindelse med Omsorg i Utvikling er det utarbeidet en Mestringsplan.

Dette skal ut til alle enhetene, alle skal bli kjent med det via personalmøter og lignende.

19.7.2.1 Refleksjonsgrupper

Det ble opprettet refleksgrupper på alle enheter i løpet av 2009. Hovedfokuset er etisk refleksjon i hverdagen. Omsorg i Utvikling ønsker også å sette fokus på mestring,

Gruppene skal være en fast del av internundervisningen på enhetene. Deltakerne i gruppene skal rullere slik at alt personell blir involvert. Alle enhetene har fått rutinebeskrivelse på dette. Vi søker om midler fra Kompetanseløftet på grunnlag av kartlegging og sentrale føringer.

19.7.2.2 Ansattes dag

Det arrangeres en "Ansatt dag" på våren 2010 med hovedfokus etisk refleksjon og mestring. Det skal være en årlig Ansatt dag.

19.7.2.3 Andre tiltak.

Viser til arbeidet med Mestringsplan.

19.7.3 Ledelse og organisering

Kommunens lederopplæring bør være obligatorisk for alle ledere. Nye ledere skal få samme tilbud.

Opplæring som skjer i egen regi skal følges. Vi oppfordrer ledere til å bruke Coachene i Vestre Toten mer aktivt. Referer til kommunens plan for helsefremmede arbeidsplasser.

19.7.3.1 Jobbe videre med ulike arbeidstidsordninger

Det vises til forslag fra Prosjekt Omsorg i Utvikling om ulike arbeidstidsordninger i Omsorgsavdelingen. Vi har gode erfaringer med "Økt grunnbemanning" og "12 t helgevakt turnus". Dette bør prøves ut på flere avdelinger. "Rundturnus" bør også vurderes utprøvd.

19.7.3.2 Rekruttere - beholde kompetent personell

Punktene under er ikke satt opp i prioritert rekkefølge, det må jobbes med alle områdene.

- Jobbe med faglig karriere stige.
- Stadig jobbe med å utvikle et godt arbeidsmiljø, IA og helsefremmede arbeidsplasser.
- Holde fast på og videreutvikle et sterkt faglig miljø.
- Øke stillingsprosenten fra 0,67 til 0,75, innen 2015.
- God personal og lønnspolitikk.
- Forskjellige turnusordninger skal prøves ut.
- Satse på de ansattes helse ved å bidra økonomisk ved medlemskap ved treningssenter.
- Kontakt med høgskolen.
- Helsefag jamfør omtale av lærlinger, viser til punkt 19.7.1.2.

19.7.3.3 Saksbehandler / tjenestetildeling

Opplæring av det nye Vurderingsteamet, i 2010 skal saksbehandling og tildeling kvalitetssikres, (se kurs- og opplæringsplan). Her dreier det som intern opplæring evt kurs i regi av Fylkesmannen.

Vedtaksansvarlige ser det som ønskelig å ha videreutdanning i Helserett.

De regner også med å besøke/hospitere ved tildelingskontorer i nærheten.

Dokument som beskriver tjenestenivå og kriterier for tildeling av omsorgstjenester er utarbeidet i august 2010 og behandles i lederteam i oktober 2010 før politisk behandling.

19.7.3.4 Utradisjonelle yrkesgrupper i Omsorgstjenesten

Det er et viktig område som er vanskelig å prioritere uten å gå på bekostninger av grunnbemanningen. Det blir ikke jobbet med noe spesifikk tiltak i 2010, det bør imidlertid vurderes å ansette utradisjonelle yrkesgrupper ved ledighet eller ved nyopprettede stillinger.

19.7.3.5 Tverrfaglig rehabilitering

Samarbeid med Helse og Nav etc. Det bør legges til rette for å hospitere på ulike rehabiliteringssentre.

19.7.3.6 Legetjenesten

Vi må sørge for regelmessige samarbeidsmøter med legene. Ansvarlige tilsynsleger har undervisningsansvar. Vi ønsker at tilsynslegen deltar mer aktivt i intern undervisning spesielt på sykehjemmene våre.

19.7.3.7 IKT

Gerica (fagsystemet). Hjemmesykepleien Sør og Psykiatritjenesten skal ta i bruk journalføring og tiltaksplan i løpet av våren 2010. Miljøarbeidertjenesten skal ta dette i bruk fra høsten 2010. Med dette har alle enhetene tatt i bruk Elektronisk pasientjournal. GAT alle ansatte skal forholde seg til dette ressursplanleggingssystemet.

Visma

Helsenett kommer, planlegges i samarbeid med IT avdelingen.

19.7.3.8 Forebyggende helsearbeid

Prosjektet samhandling i Gjøvikregionen vil blant annet se på samarbeid rundt kompetanse der dette er hensiktsmessig. Her vil prosjektet rundt forebyggende arbeid i Gjøvik regionen være aktuelt i perioden 2010 - 2012
Samarbeid med Helse og NAV, og de frivillige organisasjoner der dette er relevant.

19.7.3.9 Frivillige organisasjoner

Prosjektet Omsorg i Utvikling utarbeider en strategi på hvordan kommunen og de frivillige organisasjoner kan samarbeid.

19.8 Økonomi

I kompetanseplanen vises de faglige utfordringer vi har i fireårsperioden.

Det er et behov for økonomisk gjennomgang av ressurser til disposisjon og hva som skal til for å gjennomføre tiltakene.

19.8.1 Kostnadsoppstilling for formelle grunn- og videreutdanninger det søkes støtte til i 2010-2013:

I tillegg kommer lærlinger; 8 fra 2010, og kostnader til opplæring i form av kortere kurs, seminarer m.v.

Opplæringstiltak	2010		2011		2012		2013	
	Antall	Kost	Ant	Kost	Ant	Kost	Ant	Kost
Grunnopplæring ufaglærte	4	40	5	50	5	50	5	50
§ 20- opplæring helsefagarbeidere	1	10	1	10	1	10	1	10
Videreutdanning. Hj.pleiere/omsorgsarb.	1 rehab 2 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ	120	1 rehab 2 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ	120	1 rehab 2 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ	120	1 rehab 2 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ	120
Helse- og sosialfaglig høgskoleutdanning (også desentralisert)	4	120	4	120	4	120	4	120
Videreutdanning for Helse- og sosialfaglig Høgskoleutd. pers	2 rehab 2 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ 1 demens 1 helserett	240	2 rehab 2 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ 1 demens 1 helserett	240	2 rehab 1 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ	180	2 rehab 1 geriatri 2 psykiatri 1 palliativ	180
Sum (i hele tusen)		530		540		480		480

19.8.2 Økonomiske rammebetingelser

Det gis støtte via Fylkesmannen på grunnlag av planer og konkrete søknader på individ-, gruppe og prosjektnivå til grunn- og videreutdanning. (Kompetanseløftet 2015)

Det legges til rette for permisjoner og økonomisk støtte, men økonomisk støtte er ikke i stort nok i omfang. Turnuspersonell som krever innleie av vikar ved utdanningspermisjon, betyr både dekking av lønn og lønn til vikar.

I praksis betyr dette at en stor del av nødvendig grunn- og tilleggsutdanning innen omsorg gjøres til tross for at bare deler av permisjon er lønnet.

Det må legges inn betydelige midler i forhold til tiltak.

- Vikarbudsjetten bør økes med 2 mill kr
- Utdanningsstøtte bør økes opptil kr 530 000 (en økning på ca 450 tusen kroner)

Omsorg vil trenge en vikar- og utdanningspott tilsvarende 2,5 millioner kroner for å gjennomføre tiltakene i planen.

20. Handlingsplan med økonomiske beregninger

20.1 LAVTERSKELE OG IKKE HJEMLEDE TILTAK

KAP	TILTAK	ØKONOMI – drift / invest	GJENNOMFØRINGSÅR							
			2011	2012	2013	2014	2015	2016- 2020	2021- 2025	
7.1	Trygghetsalarm økes med 20 (1)+ 30 (2)	2500 x 20 = 50.000 x 30 = 75.000		50					75	
7.2	Mat til hjemmeboende videreføres	Videreføring								
7.3.1	Dagsenter for eldre / rehabilitering Utvidelse til 4 dager– 40% stilling 5 dager– 80% stilling	250 .000 + transport pr økte dag			250					250
7.3.2	Erindringscenteret- Seks plasser 5 dager pr/uke videreføres Nye 30 plasser (2,1 st) Inn På tunet – søke prosjektmidler	420.000 1,5 mill + Transport	420							1.500
7.3.3	Psykiatrisk dagsenter - 30 plasser opprettholdes på Fossegård.	Videreføring								
7.3.4	Møteplassen drives som et lavterskeltilbud med økt frivillig innsats og brukermedvirkning.	Videreføring								
7.3.5	Kirkevegen 10 - økes til 15 plasser når behovet tilsier dette.	500.000			500?					
7.3.6	Huset videreføres etter endt prosjekt Gradvis opptrapping av kommunal innsats .	Nav og omsorg			X?					
7.3.7	Slipp kulturen inn videreføres med minimum 40% stilling	Videreføring								
7.4.1	Grønn Omsorg Grønt arbeid(NAV).	vurderes for evt utvidelse Samarbeidet med NAV bør styrkes								
	Investeringskostnader			50					75	125
	Økte driftskostnader		420		750					1750 2920

20.2 LOVPÅLAGTE HJEMMETJENESTER

KAP.	TILTAK	ØKONOMI – drift / invest	GJENNOMFØRINGSÅR								
			2011	2012	2013	2014	2015	2016-2020	2021-2025		
8.1	Hjemmesykepleie, hjemmehjelp og praktisk bistand – styrkes i takt med omlegging fra sykehjem til omsorgsboliger	Ca 550 pr stilling	550	550					550	550	
8.2	Miljøarbeid – beskrives ifbm styrking av tiltak knyttet opp til brukergruppen										
8.3	Psykiatri – styrking hjemmetjenester	600.000 pr stilling					600			600	
8.4	BPA styrkes i takt med behov.										
8.5	Satser for omsorgslønn må vurderes hevet.										
8.6	Avlastning Utvidede åpningstider i Kirkeveien 10 til kontinuerlig drift.	1 mill 2,1 stilling		1000							
			550	1550			600	550	1150	4400	

20.3 OMDISPONERING AV RESSURSER IFBM OMLEGGING FRA SYKEHJEM TIL OMSORGSBOLIGER

KAP.	TILTAK	ØKONOMI – omdisponering omsorg	GJENNOMFØRINGSÅR								
			2011	2012	2013	2014	2015	2016 – 2020	2021 – 2025		
9.3.4	Stilling spl hj.tj Raufoss 100%	600.000	X								
	Demenskoordinator 50% omsorg	300.000	X								
	Sykepleier Gimle avd 3 og 4	600.000		X							
	Stilling spl 50% kreftsykepleier og 50% sykepleier, Raufosstun avd A	600.000	X								

20.4 HELDØGNS OMSORGSTJENESTER

KAP.	TILTAK	ØKONOMI – drift/ investering	GJENNOMFØRINGSÅR						
			2011	2012	2013 - 2015	2016 – 2020	2021 – 2025		
9.3.1	Oppgradering av 45 plasser Gimle (- 8 pl) Oppstart 2011 – fullført 2012	Investering 36.2 mill	36,2	X					Tilskudd Husbanken
9.3.7	Avd 6 gjøres om til omsorgsboliger Avd B v/ Raufosstun gjøres om til omsorgsboliger	Noe ombygging for tilrettelegging i felles areal	X X						Omdisp. Se 20.3
9.3.6	Bygge 12 nye boliger demens ved Gimle (byggetrinn 1- av til sammen 3x6 boliger) Trinn 2 - 6 omsorgsboliger demens	Investering: 19,2 mill (1) + 9,6 mill (2) Drift: 6(3) mill / + 3 mill	19,2 3mill netto				9,6 3mill		V Toten Boligstiftels omdisp 3mill ifbm nedbygging Gimle
9.3.6	16 nye omsorgsboliger ved Raufoss i 2012 16 O-boliger x 2 Raufoss	Investering: 25,6 mill + 25.6 mill x 2 Drift: 8 mill pr 16 enheter		25,6 8 mill			25,6 8mill	25,6 8mill	V Toten Boligstiftels
9.3.6	6 O-boliger Raufoss for mennesker med nedsatt funksjonsevne 2013	Investering: 9,6 mill x 2 Drift: 4,2 mil			9,6 4,2		9,6 4,2		V Toten Boligstiftelse
9.3.6	7 O-boliger Raufoss - psykiske lidelser og rusproblemer	Investering: 11,2 mill Drift: 3 mill					11,2 3 mill		V Toten Boligstiftels
	Investeringskostnader		55,4	25,6	9,6		46,4	35,2	172,2
	Økte driftskostnader		3,0	8,0	4,2		14,0	12,2	41,4

Netto tilvekst plasser

2011	For mennesker med diagnose knyttet til demens	4
2012	Primært eldre	16
2013-15	Mennesker med nedsatt funksjonsevne	6
2016-2020	6 demens, 16 eldre, 7 psykiatri	29
2021-2025	16 eldre, 6 - mennesker med nedsatt funksjonsevne	22
2011- 2025	Økning plasser i perioden (hvorav 58 til eldre eller demenes)	77

21. Finansiering av nye drift- og kapitalkostnader

Handlingsplanen inneholder en rekke tiltak som gir økte drift- og kapitalkostnader i framtida. Dette vil være krevende å innpasse i en allerede stram kommuneøkonomi.

Det aller mest krevende vil sannsynligvis være å styrke opp tilbudet de aller nærmeste årene. Bakgrunnen for dette er en økonomisk situasjon i kommunen som tilsier at det er lite frie midler til disposisjon. Politisk kan det imidlertid prioriteres opp økt ramme til omsorgssektoren på bekostning av andre områder og tiltak.

Langsiktig er situasjonen en annen. Økt antall eldre vil gi økte overføringer gjennom inntektssystemet. En enkel illustrasjon på dette er å legge inn prognose for alderssammensetning i 2020 i rammetilskuddsmodellen. Denne viser at kommunens overføringer fra staten vil øke med om lag 25 millioner kroner. I tillegg må det påregnes at staten tar hensyn til de økte utfordringene "eldrebølgen" medfører og legger ytterligere midler inn i rammetilskuddet. Rådmannen mener at dette er realistiske forutsetninger å legge til grunn. Utfordringene som følger av et slikt overføringssystem, er at inntektene ikke kommer før økningen i antall eldre er en realitet. Kommunens mulighet til å bygge ut tilbud i forkant av veksten i antall eldre er dermed begrensede.

Rådmannen vil anbefale at handlingsplanen i kap 20 legges til grunn og at de enkelte tiltak innarbeides i de årlige budsjett- og økonomiplaner ut fra den handlingsramme som foreligger. Det er svært viktig for kommunen å få på plass planer som peker ut en klar retning og gir tydelige prioriteringer for framtida.

22. vedlegg

1. Vi vil plakaten (4.7)
2. Servicemodellen (4.8)

