



PLAN FOR

REHABILITERINGS – OG
OMSORGSTENESTENE

I

ÅL KOMMUNE

2015-2026



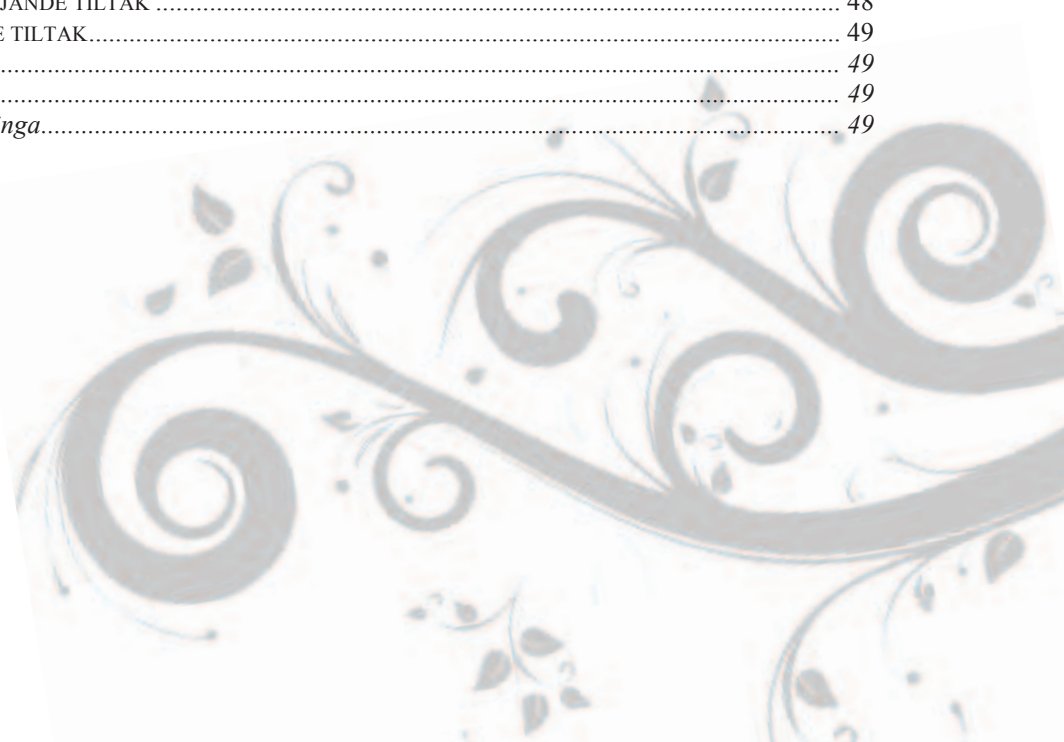
Vedteken i kommunestyret 19.03.2015

Innhald:

0	SAMANDRAG	3
1.	BAKGRUNN	5
2	UTFORDRINGAR	6
2.1	BEFOLKNINGSUTVIKLINGA I ALDERSGRUPPENE OVER 67 ÅR	6
2.2	OMFATTANDE OMSORGSBEHOV I YNGRE ALDERSGRUPPER	7
2.3	STORT BEHOV FOR Å REKRUTTERE OG BEHALDE FAGPERSONELL	8
2.4	SAMHANDLINGSREFORMEN	9
2.5	AKTIV OMSORG	10
2.6	AUKANDE SENTRALISERING OG MINDRE FAMILIEOMSORG	11
2.7	BYGNINGSMASSE	11
2.8	DAGENS TENESTER KAN VIDAREUTVIKLAST	12
2.9	AUKANDE ETTERSPOESEL FRÅ TURISTAR OG TILFLYTTARAR	14
3	VERDIGRUNNLAG OG HOVUDPRINSIPP	15
3.1	TILGRUNNLI GGJANDE PLANVERK	15
3.2	VERDIGHEITSGARANTIE	15
3.3	VERDIAR FOR OMSORGSTENESTA	16
3.4	HOVUDPRINSIPP FOR PLANPERIODEN	17
4	FØRINGAR OG GRUNNGJEVING FOR TILTAK	18
4.1	KVALITET OG BREIDDE I TENESTETILBODET. LEON-PRINSIPPET	18
4.2	BRUKARMEDVERKNAD, SAMTYKKE OG SAMARBEID MED PÅRØRANDE OG ANDRE	20
4.3	FOLKEHELSE OG FØREBYGGJANDE ARBEID	23
4.4	TVERRFAGLEG SAMHANDLING, KVARDAGSREHABILITERING, KOORDINERANDE EINING OG INDIVIDUELL PLAN	25
4.5	DAGSENTER	27
4.6	HEIMETENESTENE, ULIKE FORMER FOR BUSTAD OG ALTERNATIVE TENESTER	29
4.7	SJUKEHEIMEN OG ALTERNATIV TIL EIGNE PLASSAR	36
4.8	FAGPERSONELL OG FAGMILJØ	39
4.9	SÆRLEGE FAGLEGE UTFORDRINGAR	43
4.9.1	Demensomsorga	43
4.9.2	Rehabilitering	44
4.9.3	Lindrande behandling og terminal omsorg	44
4.9.3	Miljøterapi	45
4.9.4	Velferdsteknologi	46
5	TILTAK I PLANPERIODEN	48
5.1	IKKJE KOSTNADSKREVJANDE TILTAK	48
5.2	KOSTNADSKREVJANDE TILTAK	49
5.2.1	Drift	49
5.2.2	Investering	49
5.2.3	Helsetunutbygginga	49

Vedlegg 1:

Forklaring på forkortingar



0 Samandrag

KAPITTEL 1 gjev bakgrunnen og tidsrammene for planen, refererer mandatet og presenterer plangruppa. Planen er ei langtidsplan 2015-2026 og skal også ut frå den sterke auken i talet på eldre, sjå framover mot 2050.

KAPITTEL 2 gjer eit oversyn over dei trendar og utfordringane som planen må ta omsyn til. Dette gjeld:

- Befolkningsutviklinga i aldersgruppene over 67 år
- Omfattande omsorgsbehov i yngre aldersgrupper
- Stort behov for å rekruttere og behalde fagpersonell
- Mangel på medisinsk oppfølging og samhandling
- Mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov
- Aukande sentralisering og mindre familieomsorg
- Tenester som krev stadig utvikling og forbedring
- Bygningsmasse som krev oppjustering og modernisering
- Turistar og innflyttarar.

KAPITTEL 3 viser til kommuneplan og gjeldande helse- og omsorgsplan. Kommunen skal leggja fylgjande kjerneverdier til grunn for omsorgstenestene sine:

KLART – Kvalitet – Likeverd – Ansvar – Respekt – Tryggleik

Fylgjande hovudprinsipp vert lagt til grunn for omsorgstenesta i planperioden:

- 1 *Ål kommune si omsorgsteneste skal dekke tenestebehovet i alle aldersgrupper og ha stor breidde og fleksibilitet i tenestetilbodet. Tenester skal ytast på det lågaste nivået som kan gje brukaren tilstrekkeleg hjelp og tryggleik (LEON-prinsippet).*
- 2 *Brukarmedverknad skal ivaretakast og samarbeid med pårørande skal vektleggast. Samarbeidet med lokalsamfunn og frivillige organisasjonar skal styrkast.*
- 3 *Folkehelseperspektivet og førebyggjande arbeid skal ha høg prioritet.*
- 4 *Gjennom tverrsektorielt og tverrfagleg samarbeid skal brukaren oppleve ei heilskapleg tiltakskjede som har fokus på brukaren sine ressursar og gjev hjelp til å meistre kvardagen under og etter sjukdom, livskrise og skade. Prinsippa for kvardagsrehabilitering skal gjennomsyre alle tenester.*
- 5 *Dagsenter skal gjera det mogeleg for pasientar å greie seg lengre periode heime, gje eit betre sosialt tilbod og avhjelpe pårørande.*
- 6 *Heimetenesta er basistilbodet i omsorgstenesta. Brukaren skal oppleve tryggleik for alle nødvendige hjelpetiltak i eigen heim eller i omsorgsbustad med heildøgns omsorg, så sant dette er fagleg forsvarleg.*
- 7 *Institusjonstenesta skal sikre fylgjande tenester:*
 - a. *Langtidsplassar for sterkt pleietrengjande og alvorleg demente*
 - b. *Målretta korttidsopphald for medisinsk behandling og observasjon, rehabilitering, terminal omsorg og avlastning.*
- 8 *Tenesteapparatet skal ha høg fagleg standard og høg andel fagpersonell. Fagmiljøet skal vera i stadig utvikling og gje både tryggleik og utfordring for personalet. Arbeidsgjevar skal vektlegga opplæring og etterutdanning og stimulere til vidareutdanning.*

KAPITTEL 4 tek utgangspunkt i kvar av dei åtte overordna hovudprinsipp for omsorgstenestene og gjev ein gjennomgang av områda, status for tenestene og grunngjeving for framlegg til nye tiltak.

Kap. 4.1 omhandlar kvaliteten og den store breidda i tenestetilbodet. Ein visualiserar tenestetilbodet gjennom *omsorgsvifta* og understrekar behovet for å gje tenester etter LEON-prinsippet. Servicekontoret og omsorgskontoret sine roller og oppgåver vert lyfta fram.

Kap. 4.2 omhandlar brukarmedverknad, samtykkekompetanse og vergemålslov. Vidare tek ein for seg samarbeidet med pårørande og såkalla næromsorg med samarbeid med frivillige lag og organisasjonar. Det vert sett fokus på kulturtilbodet til brukarar med omsorgstenester.

Kap. 4.3 lyfter fram samhandlingsreformen si oppmoding til kommunane om å prioritera folkehelse og førebyggjande arbeid. Dei tre store utfordringane i førebyggjande arbeid blant eldre er fall, einsemd og kognitiv svikt. Det tverrsektorielle arbeidet vert understreka og arbeidet til Frivilligsentralen og Kårstugu / Nigardsstugu vert peika på. Oppsøkande team og velferdsteknologi er viktige verktøy i det framtidige førebyggjande arbeidet.

Kap. 4.4 slår fast at kvardagsrehabilitering skal vera det berande prinsippet i omsorgstenestene. Det betyr at støtte, motivasjon og målretta opptrening skal hjelpe den einskilde brukar til i størst mogeleg grad å meistre kvardagen på eige hand. Den lovfesta ordninga med Koordinerande eining vert omtala, eit kontor som skal gje tilbod om samordning av tenester til brukarar med langvarige og samansette tenestebehov.

Kap. 4.5 omhandlar dei tenester som vert gjeve gjennom dagsentra. I Ål har vi Dagsenter ergoterapi og Dagsenter hukommesssvikt. Det vert peika på transporttenesta som ein avgrensande faktor for å kunne gje fleksible og likeverdige tenester uavhengig av bustad.

Kap. 4.6 viser til den store breidda i heimetenestene, med miljøarbeid ved Avd. miljøterapi, med praktisk bistand og heimesjukepleie i Avd. heimetenester. Det offentlege sitt ansvar for å yte praktisk bistand vert avgrensa og ein lyfter fram behovet for at det kommunale tilbodet vert formulert i politisk vedtekne serviceerklæringar. I kapittelet vert det gjeve ein oversikt over dei ulike buformene med tilrettelagte bustader og omsorgsbustader for heildøgns omsorg der tenester vert gjeve etter brukaren sine behov. Planen gjev ein definisjon av kva kommunen meiner med å ha ei basisbemanning ved omsorgsbustader med heildøgns omsorg. Planen går gjennom behovet for auka personellressursar og ei sterk utbygging av omsorgsbustader med heildøgns omsorg framover mot 2050. Ordningane med brukarstyrt personleg assistent og omsorgsløn vert presentert.

Kap. 4.7 omhandlar sjukeheimen og institusjonsomsorga. Ein går gjennom dei tilbod som ligg i langtidsplassar og korttidsplassar ved sjukeheimen. Det interkommunale samarbeidet rundt kjøp av kommunale akutte døgnplassar ved Hallingdal sjukestugu vert presentert. Det vert gjeve ei vurdering av behovet for sjukeheimsplassar i åra framover og den pressa personellsituasjonen ved institusjonen vert lyfta fram.

Kap. 4.8 går gjennom status for personellressursane i sektoren og lyfter fram behovet for å styrke fagmiljøa, byggje ut kompetansen og rekruttere fagpersonell. Ulike sider av dette arbeidet vert presentert, som desentralisert høgskuleutdanning, kvalifisering av personell utan fagutdanning, vidare- og etterutdanning og leiarutdanning. Utviklingssenteret for sjukeheimar i Buskerud vert presentert som eit viktig bidrag for å styrke det faglege utviklingsarbeidet.

Kap. 4.9 ser nærare på nokre faglege utfordringar i åra som kjem. Det gjeld demensomsorga, rehabilitering, lindrande behandling og terminal omsorg, miljøterapi og velferdsteknologi.

KAPITTEL 5 gjev i tabellform ein oversikt over dei tiltak planen kjem med framlegg om, både tiltak det ikkje er knytt særskilde kostnader til, kostnadskrevjande tiltak som må innarbeidast i arbeidet med økonomiplanen, og behovet for investeringar. Planen omhandlar ikkje direkte dei tiltak som treng særlege politiske vedtak i samband med utbygginga i helsetunet.

1. Bakgrunn

Denne planen er ei rullering av gjeldande Plan for pleie- og omsorgstenestene 2009-2021 vedteken i kommunestyret 21.01.2010, saksnr. 1/10. Gjeldande plan la opp til ei rullering kvart fjerde år. Aktuelle rullering er den fyrste som er gjennomført. For å markere innføringa av kvardagsrehabilitering som eit berande prinsipp for all tenesteyting i sektoren, foreslår plangruppa å endre namnet på planen til Plan for rehabiliterings- og omsorgstenestene i Ål kommune (med forkorting ROT). Denne planen avgrensar seg likevel til den del av rehabiliteringsarbeidet som er knytt til omsorgstenestene. Planen er ei temaplan for sektoren underordna helse- og omsorgsplan og kommuneplan.

Til grunn for rulleringa har ein lagt Nasjonal helseplan, sentrale stortingsmeldingar, rapportar og andre sentrale føringar frå Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Administrasjonen har førebudd endringar i planen. Desse er lagt fram for ei plangruppe med fylgjande representantar:

Ida Marie Holen, oppnemnt frå Sektorutval for helse- og sosial (leiar av plangruppa)
Ola K. Rygg, oppnemnt frå Sektorutval for helse- og sosial
Kommunalsjef Karsten Dideriksen
Fagkonsulent stab Borghild Ulshagen
Kommuneoverlege Øystein Lappegard (sekretær)
Avdelingsleiar Marit Øen Li, Avd. TUNET / Stugu
Avdelingsleiar Silje Nymoen Vestenfor / Herbjørg Dalene Bjerke, Avd. heimetenester
Avdelingsleiar Marianne Tretterud Skarpås, Avd. miljøterapi.
Avdelingsleiar Birgit Ulshagen, Avd. ergo/fysio, også repr for Avd. legetenester, Avd. psykisk helse og NAV.
Tillitsvald Live Magnetun, Norsk fysioterapiforbund
Tillitsvald Ingeborg Høgseth, Norsk sykepleierforbund
Verneombod, Heidi Ruud, Avd. miljøterapi
Solveig Tveito, oppnemnt av Elderådet
Ole Mosand, oppnemnt av Råd for menneske med nedsett funksjonsevne

Mandatet for plangruppe har vore:

- a) Plangruppa skal for planperioden 2015-2026:
 - oppdatere planen ut frå endringar i regelverk, sentrale føringar og lokale vedtak.
 - gjera framlegg om tilpassingar i organisasjon og personellgruppe ut frå endringar i behov og bygningsmasse
- b) Plangruppa skal så langt råd er, justere dei langsiktige tiltaka fram mot 2050.
- c) Plangruppa står fritt til å utnemne arbeidsgrupper for utvalde tema
- c) Plangruppa skal leggje fram eit planutkast til sektorutvalsmøtet i desember 2014

Plangruppa har hatt fem møter. Ein gjer merksam på at planen konsekvent har brukt omgrepet Avdeling miljøterapi i staden for Avdeling Prestegardsjordet, sjølv om dette namneskiftet fyrst vert gjennomført frå 1. jan. 2015. Unnateke er omtale av den geografiske plasseringa av Avd. miljøterapi på Prestegardsjordet.

2 Utfordringar

St.meld. nr. 25 (2005-2006) som handlar om omsorgsutfordringane i framtida, peikar på desse fem nasjonale utfordringane:

1. Aldring
2. Nye brukargrupper
3. Mangel på omsorgsyttarar
4. Mangel på medisinsk oppfølging og samhandling
5. Mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov

Desse utfordringane er kommentert nedanfor, saman med ytterlegare fire område som gjev utfordringar for Ål kommune:

6. Aukande sentralisering og mindre familieomsorg
7. Tenester som krev stadig utvikling og forbetring
8. Bygningsmasse som krev oppjustering og modernisering
9. Turistar og innflyttarar.

2.1 Befolkningsutviklinga i aldersgruppene over 67 år

Figur 1 gjev ei grafisk framstilling av befolkningsutviklinga for aldersgruppene 67-79 år, 80 – 89 år og gruppa over 90 år fram til 2050. Vi har ikkje framskrivingar på kommunenivå etter 2040, men dersom vi legg framskrivinga av landstala til grunn, vil det samla talet på eldre over 67 år bli dubla frå 2010 til 2050. For Ål kommune betyr dette ein auke i talet på eldre over 67 år frå 770 personar i 2010 til 816 i 2015, 1161 i 2030 og 1501 i 2050.

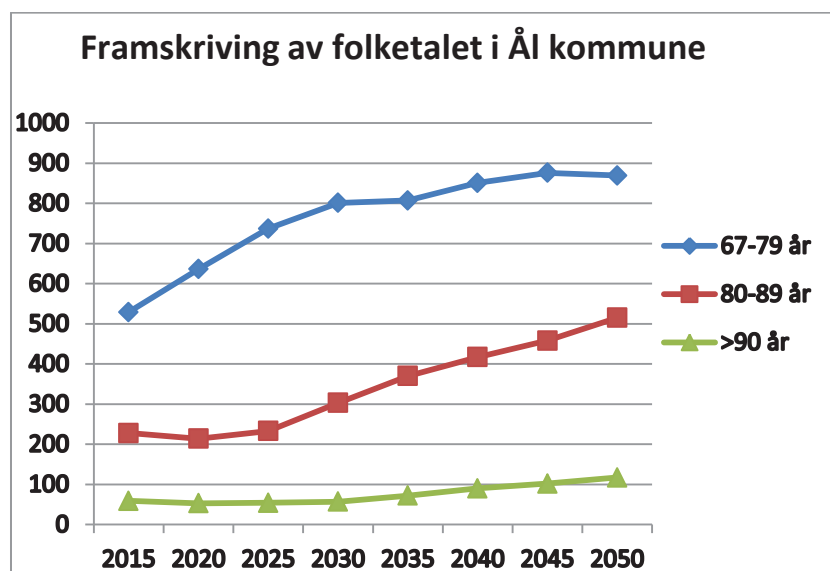


Fig. 1 Befolkningsframskriving for eldre aldersgrupper i Ål fram til 2040 og vidareført til 2050 med den prosentvise stigninga på landsplan. Framskrivinga fylgjer modell MMMM hjå SSB.

Behovet for omsorgstenester er ulik i ulike aldersgrupper. På landsplan reknar ein som ein tommelfingerregel eit behov for omsorgstenester på 2,5 – 5 % i gruppa 67 – 79 år, 15 – 20 % i gruppa 80 – 89 år og 25 – 50 % i gruppa over 90 år. Ein auke på 10 personar i aldersgruppa over 90 år vil såleis ha om lag dei same konsekvensane for omsorgstenesta som ein auke på 100 personar i gruppa 67 – 79 år.

Figur 2 viser ein "vektor" som tek omsyn til dei ulike omsorgsbehov i dei ulike aldersgruppene. Vektoren gjev såleis eit bilete av endringane over tid i det samla behovet for omsorgstenester til eldre over 67 år i Ål kommune.

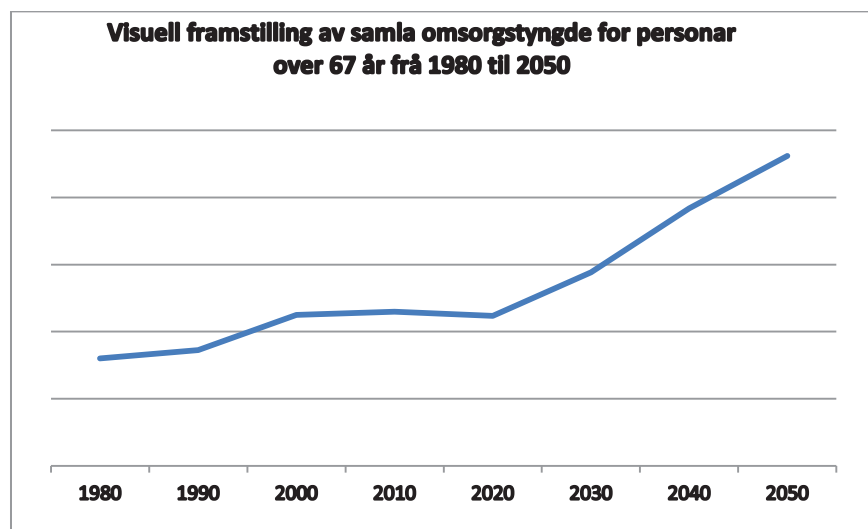


Fig. 2 Framstilling av samla omsorgstyngde for personar over 67 år i perioden 1980 til 2050. Etter 2040 er det brukt landstal for framskriving.

2.2 Omfattande omsorgsbehov i yngre aldersgrupper

I løpet av dei siste femten åra er talet på brukarar under 67 år i omsorgstenesta nær fordobla. Viktigaste årsaka er at kommunane har fått nye oppgåver gjennom statlege helse- og sosialpolitiske reformer. Vidare er det større kjennskap i befolkning og i andre delar av hjelpeapparatet til kva omsorgstenesta kan og skal yte. I tillegg kan terskelen for å be om hjelp ha vorte lågare. Utviklinga fylgjer også av ein generell vekst i dei aktuelle aldersgruppene og dermed også i talet på personar med behov for omsorgstenester.

Gruppa under 67 år som mottok omsorgstenester, er svært samansett. I denne gruppa finn vi både psykisk utviklingshemma, pasientar med psykiatriske lidningar og menneske med sterkt nedsett funksjonsevne på grunn av ulike sjukdomar eller skadar. På landsbasis er det i dag slik at 1/3 av dei som mottok kommunale omsorgstenester er under 67 år, medan dei brukar 2/3 av dei samla omsorgsressursar. I følgje KOSTRA ligg tala for Ål på om lag same nivå.

Omsorgstenesta overfor dei yngre brukarane bør ha ei sterk vektlegging av heilskapleg tenestekjede som kan bidra til større inkludering og deltaking i samfunnet. Ikkje minst i forhold til utdanning, arbeid og sosiale aktivitetar. Dette betyr krav til universell utforming av bustader, transporttilbod og omgjevnader. Dei fleste av dei yngre brukarane vil ha behov for individuell plan og god tilrettelegging for brukarmedverknad og brukarstyring. For å ivareta dette er det viktig for den enkelte brukar at det blir oppsett fast personell (om behov sjølvst på tvers av sektorane) som har hovudansvaret i den daglege kvardagen, og at dei helsefaglege oppgåvene blir ivaretatt. For å kvalitetssikre tenestene må det være avsett tid til mellom anna samarbeid med pårørande, planarbeid og tid til og bygge relasjonar.

Det har fleire gonger vore vurdert interkommunale omsorgstilbod til denne brukargruppa, utan at dette har vorte aktuelt å gå vidare med. Seinast i samanheng med Prosjekt Lokalmedisinske tenester i Hallingdal, der dette området ikkje har fått prioritet.

2.3 Stort behov for å rekruttere og behalde fagpersonell

Behovet for arbeidskraft til omsorgstenestene vil stige i takt med befolkningsutviklinga blant dei eldre. Samtidig vil den yrkesaktive del av befolkninga bli mindre. Distriktskommunane vil få ei stor utfordring i mangel på fagpersonell. Dei siste åra har ein særleg streva med å få tak i sjukepleiarar og vernepleiarar. Det er også forventa ein mangel på helsefagarbeidarar.

Figur 3. viser ei samanlikning over andel personell utan fagutdanning og med høgskule-utdanning mellom kommunane i Hallingdal og samanlikna med fylket og landet. Tala er henta frå KOSTRA og gjeld 2012. Her kjem Ål ut dårlegare enn landssnittet, men betre enn fylket og dei andre kommunane i Hallingdal. Ein veit om feil i denne statistikken og truleg skal dei riktige tala gje eit endå betre resultat for Ål. Dette er truleg både eit resultat av ein bevisst politikk om å tilsetje personell med fagutdanning og av at ein har eit større helsemiljø i kommunen med Hallingdal sjukestugu.

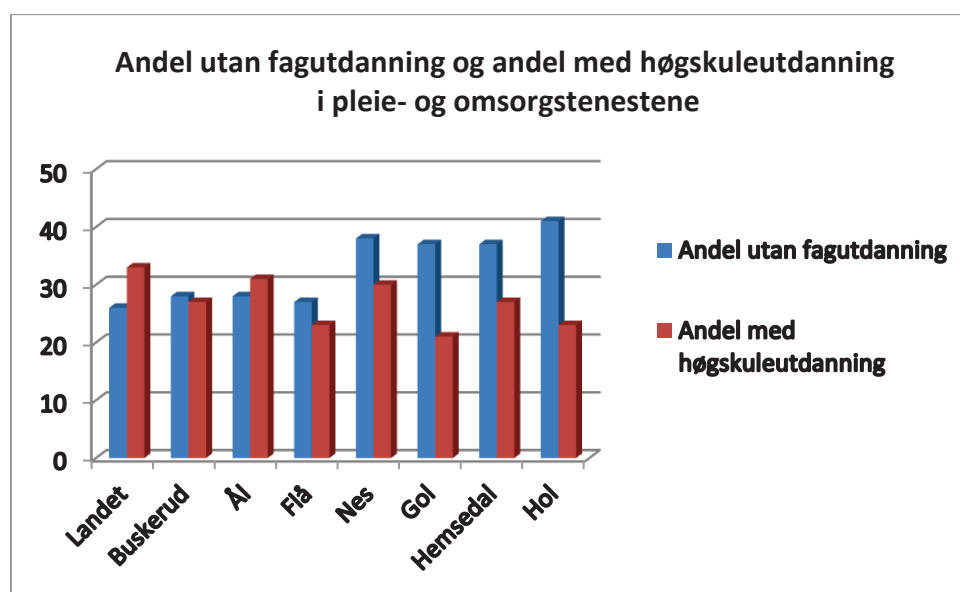


Fig. 3 Samanlikning av andel sjukepleiarar og andel personell utan helsefagleg utdanning (2012)

Fylgjande punkt er viktige moment vedrørande fagdekning i kommunen:

- Det vil fortsatt være mangel på helsepersonell i Ål i åra som ligg framføre.
- Ei stor gruppe av personell vil i løpet av dei neste åra gå av med pensjon, dette gjeld særleg helsefagarbeidarar. Sjå tabell 1 nedanfor.
- Sjukepleiardekninga er betre enn for 4-5 år sidan, men det vil vera aukande behov ut frå aukande omsorgsbehov og større behov for kompetanse.
- Det vil fortsatt være behov for å tenkje desentralisert sjukepleiar- og vernepleiarutdanning for Hallingdal i åra framover. I løpet av få år vil Ål få 6 vernepleiarar, fire av desse utdanna gjennom desentralisert vernepleiarutdanning.
- I bustader for personar med særleg ressurskrevjande hjelpebehov der det er planlagde, skadeavvergende tiltak i høve til gjentatte nødssituasjonar, krev regelverket høgskule-utdanna personell. Ål kommune må i 2014 søke om dispensasjon for åtte av personellet.
- Ein ser behov for å tenkje meir tverrfagleg. Til dømes er det behov for ergoterapeutar i demensomsorga og fysioterapeutar i aktiv omsorg og kvardagsrehabilitering.

	55-60 år	60-62 år	63-67 år	67-70 år
Stugu	12	6	3	
Tunet	6	4	2	
Natt	1	1	1	
Miljøterapi 1	2	5	2	
Miljøterapi 2	7	8	2	
Heimetenestene	11	6	4	1
Totalt	39	30	14	1

Tabell 1 Oversikt personell over 55 år i omsorgstenesta i Ål

Ei rekkje ulike tiltak kan vera aktuelle for å behalde det fagpersonellet som kommunen har og styrke rekrutteringa av ytterlegare fagpersonell til kommunen. Kommunen har god erfaring med desentralisert utdanning for å satse på dei som allereie bur i kommunen. Det er viktig å vektlegga opplæring og fagutvikling. Undersøkingar blant helsepersonell viser at eit sterkt fagmiljø som gjev utfordringar til den enkelte, er ein avgjerande faktor for val av arbeidsstad.

2.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er ei nasjonal retningsreform som vart vedteken gjennomført frå 2012. Samhandlingsreformen er beskrive i St.meld. nr. 47 (2008-2009) og i Nasjonal helse- og omsorgsplan (St.meld. nr. 16 (2010-2011)). Hovudmålet med samhandlingsreformen er å

- styrke folkehelsearbeidet og det helseførebbyggjande arbeidet,
- overføre arbeidsoppgåver frå sjukehusa og spesialisthelsetenesta til kommunane og
- få til ei betre samhandling rundt pasientane mellom fyrste- og andrelinetenesta.

Hallingdalskommunane har frå 2010 saman med Vestre Viken HF drive eit prosjektarbeid kalla Lokalmedisinske tenester i Hallingdal der kommunane skulle klargjera kva for tenester dei kunne ivareta åleine, kva for tenester det var naturleg og ynskjeleg å samarbeide interkommunalt rundt og kva for tenester ein bør få til eit samarbeid mellom kommunane og helseforetaket. Det vart hausten 2013 vedteke at Hallingdalskommunane saman med Vestre Viken skulle byggje ut ei felles intermediær avdeling ved Hallingdal sjukestugu, med 10 interkommunale sengeplassar og 10 desentraliserte sjukehusplassar. Vidare utgreier prosjektet samarbeidstiltak i høve til folkehelse, kompetanse-, lærings- og meistringssenter, ressurskrevjande brukarar innan demensomsorga og samarbeid innan psykisk helse.

Utfordringane til kommunane frå spesialisthelsetenesta er i rask endring, delvis som fylgje av samhandlingsreformen. Det kan peikast på fire store utfordringar for kommunane:

1. Kommunane skal kunne ta i mot innleggingar av ø.hj.-pasientar som eit alternativ til sjukehusinnlegging. Dette i samsvar med den øyeblikkeleg hjelp – plikta som kommunane i 2012 fekk pålagt i Lov om kommunale helse- og omsorgstenester § 3-5. Kommunane i Hallingdal løyser delvis dette ved akuttinnleggingar på eigen sjukeheim av pasientar som fyrst og fremst treng tilsyn og pleie. Gjestetunet på Ål sjukeheim har ein slik funksjon. I tillegg kjøper Hallingdals-kommunane ved hjelp av statlege øyremerka tilskotsmidlar i fellesskap 3,2 sengeplassar ved Hallingdal sjukestugu. Dette er pasientar som krev hyppig sjukepleie- og legefagleg tilsyn og behandling, men som likevel ikkje treng sjukehuset sin spisskompetanse eller utstyrsnivå. Det øyremerka tilskotet vil frå 2016 gå inn i rammetilskotet til kommunane.

2. Kommunen skal kunne ta i mot tidlegare utskrivingar frå sjukehus til behandling og rehabilitering. Dersom sjukehuset definerer ein pasient som utskrivingssklar, må kommunane ta i mot denne pasienten innan same døgnnet. Dersom kommunen ikkje greier dette, må ein betale ei døgnbetaling på kr. 4.255,- (2014). Gjennomsnittleg liggjetid på Ringerike sjukehus er 2014 3,6 døgn og på Hallingdal sjukestugu 4,8 døgn. Dei fleste kommunar vel å organisere behandlings- og rehabiliteringstilbodet med definerte plassar i ei eiga korttidsavdeling, slik Ål kommune har på Gjestetunet.
Det er venta at ein får tilsvarende reglar for utskriving av psykiatriske pasientar frå spesialisthelsetenesta innan kort tid.
3. Ei rekkje behandlingar som tidlegare vart gjort ved innlegging på sjukehus, vert i dag gjort som dagbehandling og poliklinisk. Mange av desse pasientane kjem heim og har behov for oppfølging og rådgjeving. Dette krev at heimetenestene har tilstrekkeleg med sjukepleiarar på alle vakter og kompetanse til å ta seg av dårlege pasientar.
4. Ei rekkje kronisk sjuke pasientar som tidlegare låg på institusjonar og sjukehus, kan i dag bu heime. Dette kan vera alvorlege nerve/muskellidingar, alvorleg trafikkskadde, kronisk lungesjuka og terminalt sjuke og døydne menneske. Til dels kan behandlinga i heimen vera vanskeleg medisinsk behandling med avansert medisinsk-teknisk utstyr. For små kommunar kan pasientar innan desse ulike gruppene utgjera ei betydeleg fagleg og ressursmessig utfordring. Ål kommune har vist at ein har makta slike oppgåver, men både fagdekning og personelldekning er ei utfordring.

2.5 Aktiv omsorg

På nasjonalt nivå viser fleire undersøkingar at daglegliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold er dei største svakheitene i dagens omsorgstilbod. Det gjeld om ikkje berre å leggja år til livet, men liv til åra. Sjølv om personalet kan vera bevisst på desse utfordringane, vil det som oftast ikkje vera meir tid og ressursar når dei basale behova til brukarane er dekkja.

I 2013 og 2014 har til saman 15 av våre tilsette teke vidareutdanning i aktiv omsorg i Gjøvik og Drammen. Utdanninga får tilskot frå Kompetanseløftet 2015. På oppdrag frå Helsedirektoratet er det utvikla eit Opplæringsprogram i Aktiv Omsorg. Opplæringsprogrammet vil gje våre tilsette kompetanse i aktiv omsorg gjennom meningsfylte aktivitetar til utsette grupper som t.d. eldste eldre, men også til brukarar innan rusomsorg, psykiatri og funksjonshemming.

I regi av Utviklingssenteret for sjukeheimar i Buskerud (USH) har ein sett fokus på uteaktivitet året rundt for brukarar med demens ved sjukeheimen. Regelmessig utetid har gjeve gevinstar som større ro og mindre medikamentbruk i avdelinga. Det er også sett i gang ordningar med frivillige for å ta brukarar ut på trilleturar i nærmiljøet til sjukeheimen.

Ernæring og kosthald har hatt stort fokus ved Ål bu- og behandlingssenter i fleire år gjennom lokalt avdelingsarbeid og nettverksarbeid i Hallingdal. I samarbeid med Høgskulen i Buskerud, Filmprodusentane A/S og USH vart det utarbeidd eit nasjonalt e-læringsprogram innan ernæring til personar med demens (www.velkommentilbords.no). Dette programmet har fått gode attendemeldingar nasjonalt. Ein arbeider hausten 2014 med å utvide programmet til også å gjelde ernæring og rus/psykisk helse.

Maten vert produsert ved Felleskjøkkenet for Ål og Hol kommunar etter prinsippet om vakuumpakking. Maten vert varma opp på avdelingane og siste hand på serveringa vert lagt der. Tilsvarende tilrettelegging har ein ikkje for dei porsjonane som vert køyrt ut til heimebuande brukarar, og enkelte melder at maten som kjem ut er lite spanande. Det er høve til å kjøpe middagsmat i kantina på Ål bu- og behandlingssenter.

Det har vore gjort fleire forsøk på å få sterkare fokus på kultur- og trivselsarbeidet i helsetunet. I 2005 oppretta sektoren eit Trivselutval ved Ål bu og behandlingssenter, samansett av tilsette ved avdelingane, frivillige og representant for elderrådet.

Trivselutvalet fungerer godt ved Ål bu og behandlingssenter, og utvalet gjer ein framifrå jobb for å tilby gode opplevingar og aktivitetar til brukarane som bur inne på institusjon og i omsorgsbustader. I tillegg løner sektoren ein husmusikant gjennom gåvemiddlar. Dette er eit viktig trivselstiltak for bebuarane våre gjennom heile året.

Prosjekt Storebasken frå 2011 såg på samordning av aktivitetar og livsglede til dei eldre og funksjonshemma i kommunen og konkluderte med at Ål kommune manglar ein planleggings-/koordinator-/musikkterapeut-funksjon. Denne funksjonen skal samordne dei ulike aktivitetane til eldre og funksjonshemma og gjere tilboda kjende. Det har so langt ikkje lykkast kommunen å finne midlar til dette.

Likeeins samarbeider Hallingdølen, Filmprodusentane A/S og Ål kommune om å få i stand elektroniske overføringar av aktivitetar i kulturhus og kyrkje til TV-skjermane i bu- og behandlingssenteret.

2.6 Aukande sentralisering og mindre familieomsorg

Talet på eldre ute i grendane går ned, medan talet på eldre i sentrum stig. Det er også ein klar trend i Ål at eldre personar ynskjer seg til sentrum når helse- og omsorgsbehova stig.

På landsbasis er utviklinga at familieomsorga avtek og talet på aleinehushaldningar aukar. Denne utviklinga reknar ein med vil halda fram. Det viser seg på tal frå SSB at Ål kommune fylgjer landsgjennomsnittet i denne utviklinga. I 2013 var det 840 aleinehushaldningar av 2073 hushaldningar i Ål (40,5), medan landsprosenten var 41,1.

2.7 Bygningsmasse

Helse- og sosialetaten rår over ca. 7500 m² bygningsmasse. Ein del av bygningsmassen er gamal og bygd i ei tid der faglege og bygningsmessige krav var annleis enn i dag. Kommunen ser store fordelar av å ha samla flest mogeleg av sine tenester innan same bygningskompleks. Ein har erfaringar for at dette legg til rette for betre kommunikasjon mellom dei ulike delar av tenesteapparatet, og at det er ein fordel for brukarane at dei kan finne ulike tenester innan små avstandar. Det er ei viktig føring for planarbeidet at dette prinsippet vert ført vidare.

Staten set bygningsmessige krav både til sjukeheimsrom og omsorgsbustader gjennom dei tilskotsordningar som Husbanken administrerer. Skal kommunen søkje om statleg tilskot for å byggje om eller byggje nytt, må ein derfor halde seg til dei arealkrav og teknologikrav som Husbanken definerer. Desse sikrar dermed også ein landsnorm for bukvalitet i omsorgstenesta. St. meld. nr. 25 og departementet si Demensplan 2015 understrekar at omsorgstenestene i større grad må byggjast opp og utformast for å ivareta dei demente sine behov. I takt med auken i dei eldre aldersgruppene, vil ein få ein sterk auke av demente. Tenester som er planlagt og utbygd for demente vil også kunne brukast av alle andre grupper med omsorgsbehov. Stortingsmeldinga peikar derfor på at all om- og utbygging bør ha demente som målgruppe, for dermed å kunne vera fleksible til å møte utfordringane framover.

Gjennom prosjekt Ål Helsetun planlegg kommunen eit nytt sentralbygg med plass til 20 intermediære sengeplassar for VVHF og kommunane i Hallingdal, dessutan nytt areal for legekontor, legevakt og fysioterapi. Med ei nybygd fløy sør for sjukeheimen får kommunen 16 nye omsorgsbustader, dessutan nye kommunale korttidsplassar til erstatning for dei ein hadde frå før. Alle einingar blir planlagde ut frå Husbanken sine krav til areal og utstyr. Det vil i nærleiken av Ål bu – og behandlingssenter i planperioden vera behov for fleire omsorgsbustader med heildøgns omsorg enn dei 16 som truleg vil stå ferdige i 2017. Dette må då planleggast som eitt eller fleire nye byggetrinn.

Bygningsmassen på Avd. Miljøterapi er ikkje etter dagens faglege krav. Avdelinga ser fordelar ved å ha byggmassen samla i området, dette går på ressursbruk i tenesta og moglegheita til større fleksibilitet. Det er i dag fire bygg i området og kontorfasilitetane er fordelt over tre av dei, der krav til fysisk arbeidsmiljø ikkje er ivareteke. Personaldelen er i dag plassert i ei omsorgsleilegheit. Det er under planlegging eit nybygg slik at ein i størst mogeleg grad kan få ein personalbase med ein effektiv ressursbruk gjennom heile døgnet. Det er også behov for å auke kapasiteten med fleire bueiningar for brukarar og for avlasting.

Avdeling psykisk helse melder at det i planperioden vil vera behov for eit nytt bufellesskap, omtala som Leksvol II. Ein vil også måtte planlegge butilbod for menneske med nedsett buevne på grunn av rus.

2.8 Dagens tenester kan vidareutviklast

I ei overordna KOSTRA-analyse for Ål kommune frå Telemarkforsking hausten 2013, var pleie og omsorg det einaste området der kommunen i ressursbruk låg under eit forventa utgiftsnivå ut frå ein berekna behovsindeks for kommunen, sjå tabell 2.

	Reelt nivå	Normert nivå	Forskjell
Barnehage	6 259	6 232	27
Administrasjon	7 715	5 150	2565
Grunnskole	15 584	13 479	2105
Pleie- og omsorg	18 760	19 337	-577
Kommunehelse	3 838	2 385	1453
Barnevern	2 146	1 259	887
Sosialhjelp	3 095	1 146	1949

Tabell 2 Forbruk på ulike sektorar i 2012 uttrykt i kr. pr. innbyggjar samanlikna med eit normert nivå berekna etter behov.

Går ein nærare inn i tala for pleie og omsorg, finn ein at det særleg er heimetenestene som har for lite ressursar i høve til behovet. Kommunebarometer 2014 (figur 4) viser at Ål kommune på ein skala frå 0-6 (der 0 er det dårlegaste og 6 er det beste) scorar lågt på heimetenester og ligg på 291. plass av norske kommunar når det gjeld andelen av heimebuande > 80 år som får tenester (snitt dei siste fire år). Andelen av brukarar med omfattande behov og som får hjelp i heimetenestene, har gått ned i snitt dei siste fire år. Tildelte timar heimesjukepleie har gått ned og tildelte timar praktisk bistand har gått opp. Ingen av desse utviklingstrekk er i samsvar med målsetjingane våre. Vi ynskjer å kunne gje omfattande hjelp heime hjå brukaren slik at vedkomande ikkje treng å leggjast inn på sjukeheimen. Vi meiner det er eit behov for auka heimesjukepleie, både til fleire brukarar og ved å

gjø meir omfattande tenester. Vi meiner at kommunen må avgrense tildelinga av praktisk bistand til dei brukarane som ikkje har betydeleg nedsett funksjonsevne. Behov for reingjeringshjelp og handlehjelp bør elles funksjonsfriske eldre få dekkja på den private marknaden. Alternativt kan kommunen setje inn hjelp med kvardagsrehabilitering for ei kort periode for å hjelpe og trene den einskilde til sjølv å ta ansvaret for oppgåvene.

ELDREOMSORG	KB 2010	KB 2011	KB 2012	KB 2013	KB 2014	2010	2011	2012	2013	2014	
TILBUD: Andel av innbyggerne over 80 år som får tenester (5 % vekt i sektoren)	1,9	2,4	2,0	1,5	3,3	342	276	322	371	191	↑
TILBUD: Andel innbyggere over 80 år som får tenester, snitt siste fire år (2,5 %)		2,1	1,9	1,9	2,3		319	327	334	291	↑
BEHOV: Andel av alle brukere som har omfattende behov for bistand (5 %)	5,0	4,8	4,3	3,6	3,7	85	103	137	244	206	↑
BEHOV: Andel av brukere med omfattende behov, snitt siste fire år (5 %)		4,7	4,7	4,4	4,1		115	106	125	171	↓
HJEMMESYKEPLEIE: Snitt tildelte timer per uke (10 %)	2,7	3,4	2,4	2,9	2,7	161	102	209	156	169	↓
PRAKTISK BISTAND: Snitt tildelte timer per uke (5 %)	3,0	2,5	2,8	2,4	3,0	186	234	214	264	188	↑
SYKEHJEMSPASSER: Andel av innbyggere over 80 år som faktisk har en sykehjemsplass (10 %)	3,1	3,2	3,3	2,6	2,4	205	200	197	275	322	↓
KORTTIDSPASSER: Antall dager per opphold på én korttidsplass siste år (gjennomstrømming) (5 %)				5,6	5,7				62	52	↑
UTSKRIVNINGSKLARE: Liggedøgn på sykehus, utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)		6,0	5,7	6,0	6,0		1	213	1	1	→
ENEROM: Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad/wc (10 %)	5,5	5,4	5,4	5,0	5,0	165	223	225	253	268	↓
LEGE OG FYSIOTERAPI: Tid per uke per beboer i sykehjem (15 %)	3,2	3,7	3,3	4,7	4,4	144	114	135	52	53	↓
FAGUTDANNING: Andel av brukerrettede årsverk som er fagutdannet (20 %)	2,8	2,0	2,2	3,1	3,2	322	355	357	274	264	↑
ÅRSVERK PER MOTTAKE: Både hjemmetjeneste og institusjon (2,5 %)	4,4	3,6	4,6	5,4	3,5	73	176	58	33	154	↓

Årstallene henviser til det året Kommunebarometeret er publisert.

Fig. 4 Kommunebarometer 2014, pleie og omsorg, frå Kommunal Rapport. For forklaring, sjå tekst ovanfor.

Ål kommune fekk i 2009 gjennomført ei drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren frå ekstern konsulent. I tillegg har leiinga i sektoren delteke på ei omfattande tenesteanalyse i regi av KS i 2013. Innspel til vidare planlegging er:

1. Heimetenesta har for mange brukarar med lette funksjonstap.
Særleg vert det vurdert slik at nålauga for å få praktisk bistand er for opent. Når tenestene vert fordelt på mange brukarar med forholdsvis avgrensa behov, vil heimetenesta ha vanskar med å gjø omfattande hjelp til dei brukarane som treng dette. På grunn av samhandlingsreformen aukar talet på gruppa med store omsorgsbehov. Resultatet er ofte at desse brukarane må inn på sjukeheimen for å få tilstrekkeleg tenesteomfang.
2. Kommunen manglar omsorgsbustader med heildøgns omsorg.
Dette fører til at brukarane kjem for tidleg på sjukeheimen. Dette er brukarar som kunne greidd seg godt i ein bustad med heildøgns omsorg frå ei heimeteneste med større kapasitet til dei

tyngre brukarane. Nokre av pasientane som i dag har langtidsvedtak på sjukeheimen har fått dette som følgje av at vi ikkje har eigna omsorgsbustader. Lange opphald ved sjukeheimen i påvente av eigna omsorgsbustad, gjer pasientane institusjonalisert og overgangen til å flytte til eigen bustad blir for stor. Hadde ein hatt tilgang til eigne bustadar når pasientane var ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta eller på korttidsavdelinga, ville fleire ha kunne klart seg i bemanna omsorgsbustad.

3. Den såkalla ATA-tida er for liten i heimetenestene.

ATA betyr ansikt til ansikt og ATA-tid er eit uttrykk for den tida som personalet er hjå den enkelte brukar i aktiv teneste. Er ATA-tida liten, så er det eit uttrykk for at personalet brukar mykje tid til andre naudsynte oppgåver, som køyring mellom brukarane, møter, rapportering, dokumentasjon og administrasjon.

2.9 Aukande etterspørsel frå turistar og tilflyttarar

Omsorgstenestene i Ål har aukande etterspurnad etter omsorgstenester frå gjester i kommunen i feriar og høgtider. Ein forventar at denne etterspurnaden vil auke etter kvart som fleire og fleire brukar hyttene som sin andre bustad. Etter lovverket har turistar og tilreisande rett til helse- og omsorgstenester etter behov på lik line med innbyggjarane, enten dette er heimesjukepleie eller sjukeheims plass. Kommunenes Sentralforbund i Buskerud, Telemark og Vestfold har utgreidd denne problemstillinga. Konklusjonen deira er at fjellhyttekommuner som Ål vil få ei aukande utfordring, og at det særleg er forventa at utfordringa vil koma frå 2025-30. Regelverket er nettopp vurdert på statleg hald, og det er ikkje føreslått endringar i noverande ordningar.

Det som er skrive ovanfor gjeld turistar. I tillegg må ein rekne med at ei god omsorgsteneste i kommunen vil verke tiltrekkjande på eldre som er misnøgde med tilbodet i andre kommunar. Særleg er det truleg at utflytta ålingar vil heim att når alderdomen kjem og helsa tek til å skranke. Det er umogeleg å talfeste denne utfordringa.



3 Verdigrunnlag og hovudprinsipp

3.1 Tilgrunnliggjande planverk

3.1.1. Kommuneplanen

Kommuneplanen sin langsiktige del er under revisjon. I helse og sosialsektoren sitt innspel til dette arbeidet, er omsorgstenestene omtala under kap. 4.3 *Helse og omsorg* med fylgjande punkt:

Ål vil:

1. ha brukar og brukarmedverknad i fokus, og sikre at pårørande, både barn og vaksne, får ta del i hjelpa og omsorga dei treng.
2. mobilisere og organisere frivillige lag og enkeltpersonar til å ta del i ulike delar av helse- og omsorgsarbeidet for alle aldersgrupper.
3. leggje vekt på førebyggjande og helsefremjande tiltak. Gjennom tidleg innsats og godt tverrsektorielt samarbeid, vil ein prioritere barn og unge, psykisk helse og rus.
4. ha legeteneste med høgt fagleg nivå, tilstrekkeleg kapasitet og godt tilgjenge. Legevakttenesta skal vera bygd opp i samarbeid med helseforetaket og dei andre Hallingdalskommunane.
5. gjennom tverrsektoriell og tverrfagleg rehabilitering, tilby tenester som gjer at den enkelte kan meistre tilveret etter sjukdom og skadar. Oppsøkande team for eldre, kvardagsrehabilitering og helseteknologi skal hjelpe brukarane til å greie seg heime.
6. legge til rette for dag- og aktivitetsplassar, praksisplassar og tilrettelagte arbeidsplassar, særleg for dei som har vanskar med å finne sin plass i det ordinære arbeidslivet.
7. styrke omsorgstenestene slik at kommunen kan ha eit tenestetilbod som er i balanse med behovet. Spesielt skal demensomsorga og heimetenestene til eldre styrkast. Ein skal ha fokus på korttidsavdelinga på sjukeheimen og heimetenestene for å kunne ta hand om dårlegare pasientar.
8. vektlegge forskning og utviklingsarbeid for heile tida å vera i fremste rekke på tenestenivået til våre brukarar, både for å rekruttere nye fagpersonar og for å skape spanande fagmiljø for eigne tilsette, studentar og lærlingar.
9. vera ein pådrivar for interkommunalt samarbeid i Hallingdal og samarbeid med helseforetaket. Samhandlingsreformen sine mål og intensjonar skal synleggjerast i strategi- og utviklingsarbeidet.
10. legge til rette for tilstrekkelege, høvelege og fleksible areal i helsetunet for kommunale og interkommunale tenester og for tenester frå helseforetaket.
11. Sikre areal og tilgjengelegheit for fysisk aktivitet og nærfriluftsliv til beste for bebuarane i helseinstitusjonane

3.1.2. Helse- og sosialplanen

Helse- og sosialsektoren har fylgjande overordna målsetjing for tenesteytinga, sist vedteken i kommunestyret 20.11.14:

Helse- og sosialtenestene skal uavhengig av alder og bustad gje tilstrekkeleg hjelp til at brukaren kjenner seg trygg og betre kan meistre livet sitt saman med andre. I møte med helse- og sosialsektoren skal brukaren kjenne seg imøtekommen og respektert. Gjennom aktiv brukarmedverknad vert ansvaret for eige liv og helse understreka.

3.2 Verdigheitsgarantien

Stortinget har vedteke den såkalla verdigheitsgarantien, [Forskrift om en verdig eldreomsorg](#) av 12.11.2010. Forskrifta har som mål at eldreomsorga skal tilretteleggjast på ein slik måte at dette

bidreg til ein verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskrifta seier i § 3 at fylgjande omsyn skal ivaretakast:

- Ei riktig og forsvarleg buform ut frå behovet og tilstanden til den enkelte
- Eit variert og tilstrekkeleg kosthold og tilpassa hjelp ved måltid
- Eit så normalt liv som mogeleg, med normal døgnrytme og høve til å koma ut, samt nødvendig hjelp til personleg hygiene
- Tilby samtalar om eksistensielle spørsmål
- Lindrande behandling og ein verdig død
- Å bevare eller auke mogelegheita til å fungere i kvardagen. Omsorga skal bidra til habilitering og rehabilitering
- Fagleg forsvarleg oppfølging av lege og anna relevant personell, som sikrar kontinuitet i behandlinga
- Tilby eldre som bur på helseinstitusjon einarom.

3.3 Verdiar for omsorgstenesta

Ål kommune ynskjer å leggje nokre kjerneverdiar til grunn for omsorgstenestene. Desse er retningsgjevande for tenestene. Korleis desse kjerneverdiane vert etterlevd i praksis, vil reflektere den etiske standard i organisasjonen. Ofte kjem verdiar i konflikt med kvarandre. Personalet si evne til å gjennomføre etiske refleksjonar rundt vanskelege val og utfordringar, er eit kvalitetsteikn ved ein organisasjon.

Omsorgstenestene skal ha fylgjande ledestjerne:

Den enkelte brukar som har møtt omsorgstenesta i Ål kommune, skal ha lyst til å koma attende, men skal ikkje ha behov for det.

Ål kommune legg fylgjande kjerneverdiar til grunn for sine omsorgstenester:

KLART: Kvalitet - Likeverd - Ansvar - Respekt - Tryggleik

Kvalitet	Ål kommune sine tenester skal vera i fremste rekke. Det betyr at tenestene skal ha høg fagleg kvalitet og høg opplevd kvalitet.
Likeverd	Alle brukarar skal få likeverdig hjelp og likeverdig tilgang til tenester ut frå det behovet dei har, og uavhengig av andre tilhøve, som til dømes diagnose, funksjonsevne, sosial status og etnisk bakgrunn.
Ansvar	Brukaren skal ansvarleggjerast til å ta hand om eige liv, - eigne ressursar og eiga meistring skal underbyggast og styrkast. Likeeins skal det enkelte personell ansvarleggjerast til å representere tenesteapparatet sine verdiar i møte med den enkelte brukar.
Respekt	Kvar enkelt brukar skal møtast med respekt for brukaren sin ukrenkelege eigenverdi som menneske. Den enkelte skal bli sett, bli møtt, bli høyrtd og bli teke på alvor. Personalet skal gjennom etiske refleksjonar kunne møte vanskelege dilemma og val på ein trygg måte.
Tryggleik	Den enkelte brukar skal oppleva tryggleik i møte med tenesteapparatet. Ein viktig del av dette er ein god kommunikasjon mellom mottakar og hjelpepersonell. Det er mottakaren som sit med retten til å definere opplevd tryggleik. Men ein føresetnad for ein slik tryggleik er rett teneste til rett brukar til rett tid og med rett kvalitet.

3.4 Hovudprinsipp for planperioden

Med utgangspunkt i tilgrunnliggjande kommunalt planverk og i overordna styringssignal frå sentrale helsemyndigheiter, legg denne planen fylgjande hovudprinsipp til grunn for omsorgstenesta i Ål kommune i planperioden:

- 1 *Ål kommune si omsorgsteneste skal dekke tenestebehovet i alle aldersgrupper og ha stor breidde og fleksibilitet i tenestetilbodet. Tenester skal ytast på det lågaste nivået som kan gje brukaren tilstrekkeleg hjelp og tryggleik (LEON-prinsippet).*
- 2 *Brukarmedverknad skal ivaretakast og samarbeid med pårørande skal vektleggast. Samarbeidet med lokalsamfunn og frivillige organisasjonar skal styrkast.*
- 3 *Folkehelseperspektivet og førebyggjande arbeid skal ha høg prioritet.*
- 4 *Gjennom tverrsektorielt og tverrfagleg samarbeid skal brukaren oppleve ei heilskapleg tiltakskjede som har fokus på brukaren sine ressursar og gjev hjelp til å meistre kvardagen under og etter sjukdom, livskrise og skade. Prinsippa for kvardagsrehabilitering skal gjennomsyre alle tenester.*
- 5 *Dagsenter skal gjera det mogeleg for pasientar å greie seg lengre periode heime, gje eit betre sosialt tilbod og avhjelpe pårørande.*
- 6 *Heimetenesta er basistilbodet i omsorgstenesta. Brukaren skal oppleve tryggleik for alle nødvendige hjelpetiltak i eigen heim eller i omsorgsbustad med heildøgns omsorg, så sant dette er fagleg forsvarleg.*
- 7 *Institusjonstenesta skal sikre fylgjande tenester:*
 - c. *Langtidsplassar for sterkt pleietrengjande og alvorleg demente*
 - d. *Målretta korttidsopphald for medisinsk behandling og observasjon, rehabilitering, terminal omsorg og avlasting.*
- 8 *Tenesteapparatet skal ha høg fagleg standard og høg andel fagpersonell. Fagmiljøet skal vera i stadig utvikling og gje både tryggleik og utfordring for personalet. Arbeidsgjevar skal vektlegga opplæring og etterutdanning og stimulere til vidareutdanning.*

4 Føringer og grunngjeving for tiltak

4.1 Kvalitet og breidde i tenestetilbodet. LEON-prinsippet.

Hovudprinsipp 1: Ål kommune si omsorgsteneste skal dekke tenestebehovet i alle aldersgrupper og ha stor breidde og fleksibilitet i tenestetilbodet. Tenester skal ytast på det lågaste nivået som kan gje brukaren tilstrekkeleg hjelp og tryggleik (LEON-prinsippet).

4.1.1 Status og overordna føringer

Kvaliteten på tenestene til den enkelte brukar vil variere. Det er ei nedre grense der tenestene går over til å bli uforsvarlege, men det er også ei øvre grense der tenestene ligg på eit idealisert plan utan omsyn til kva dette kostar. Vanlegvis vil kvaliteten i dei kommunale tenestene ligge ein stad i mellom desse ytterpunkta, gjerne etter det som vert kalla *allment aksepterte faglege normer*.

Tenester skal gjevast etter den enkelte brukar sine behov, men likevel slik at helse- og sosialetaten samla held seg innanfor dei ressursrammene som kommunestyret har bestemt. Dette krev eit fleksibelt system og stor **breidde i tenestetilbodet**. Dette vert ofte visualisert gjennom ei såkalla omsorgstrapp.

Plangruppa har i staden vald å illustrere det samla tilbodet av omsorgstenester med ei vifteform der brukaren står i sentrum, sjå figur 5.

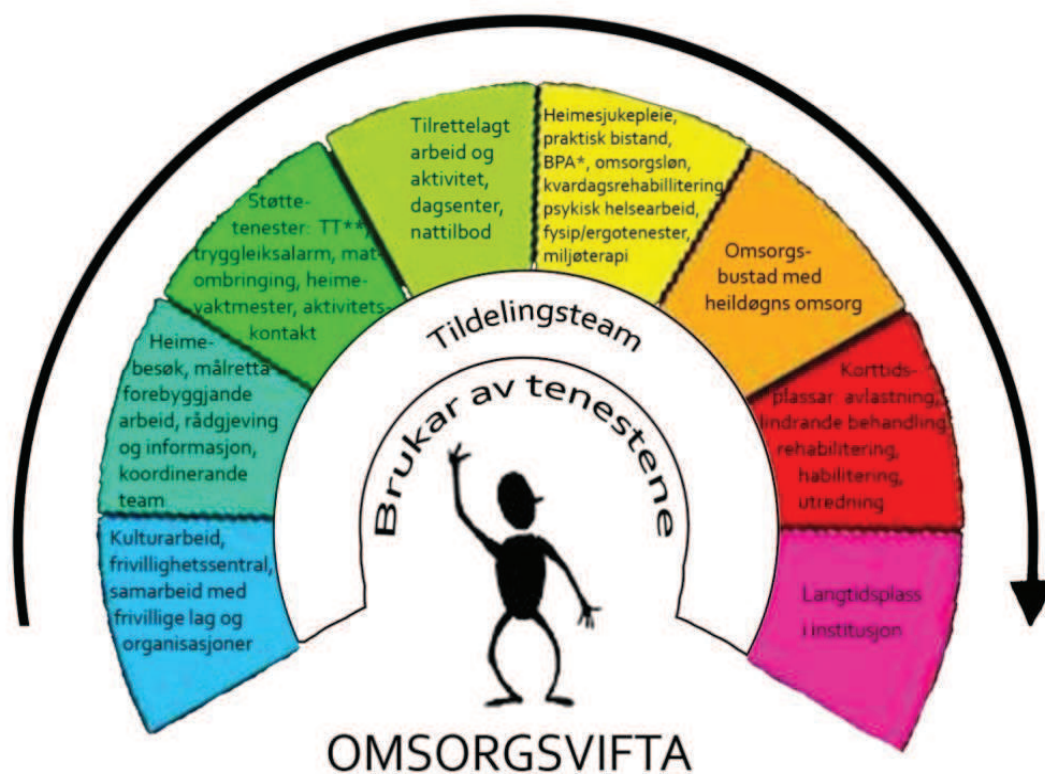


Fig. 5 Omsorgsvifta. Pila illustrerer at det ved aukande behov vert sett inn meir ressurskrevjande hjelpetiltak. * BPA = Brukarstyrt personleg assistent, ** TT = Tilrettelagt transport.

Vifta er bygd opp slik at vifteblada til venstre startar med dei enkle, førebyggjande tiltak og for kvart vifteblad vert ressursinnsatsen høgare, heilt til vifteblada ute på høgre sida med dei komplekse, ressurskrevjande tiltak. Enkeltbrukaren kan motta tenester frå fleire av vifteblada samstundes. Kommunar med ei god omsorgsteneste er kjenneteikna av eit tilstrekkeleg tilbod innan alle blad på vifta. Ved heile tida å tilstrebe å gje tenester lengst mogeleg til venstre, på det minst ressurskrevjande nivået, vil ressursane kunne nyttast mest mogeleg effektivt og målretta slik at alle brukarar får dekkja sine behov. Dette er hovudinnhaldet i **LEON-prinsippet**, at tenester vert gjevne på Lågaste Effektive OmsorgsNivå. Mange brukar i dag omgrepet BEON-prinsippet for Beste Effektive OmsorgsNivå. Ål kommune ynskjer å halde fast på LEON-prinsippet.

Tildeling av tenester etter behov set store krav til organisasjonen. Dei som tildeler tenester må kunne spela på heile registeret av tiltak og nytte alle vifteblad i omsorgsvifta. Tenestene må heile tida evaluerast og endrast etter endra behov. Kommunen har organisert dette arbeidet slik at alle vedtak vert gjort i eit tildelingsteam som er sett saman på tvers av avdelingane. Det bør vera kort veg frå den som gjer behovsvurderinga ute hjå brukaren til den som gjer vedtaket. Erfaringa med systemet er godt, men det kan utviklast vidare.

4.1.2 Grunngeving for tiltak

Servicetorget på Tingstugu skal vera vegvisaren til tenesteapparatet og den staden der alle kan vende seg. Kommunen har framleis eit stykke å gå i høve til å ha oppdatert og lett tilgjengeleg informasjon både skriftleg og på internett. Servicetorget si rolle i høve til omsorgstenester skal byggjast vidare ut. Dette bør ha høg prioritet.

Omsorgskontoret (tidlegare kalla pleie- og omsorgskontoret), skal ta hand om søknader om omsorgstenester. For brukarar og pårørande er det viktig å ha ein stad å vende seg med søknad og spørsmål om tenester. Kontoret skal ha ei dør og eitt telefonnummer. Plangruppa ynskjer å styrke kontoret sin sekretærfunksjon og administrative rolle for Tildelingsteamet.

Omsorgskontoret skal sikre saksgangen etter at etaten har motteke søknad om tenester. Det skal samordne behovskartlegging og faglege vurderingar, det skal sikre dokumentasjonen slik at Tildelingsteamet kan fatte vedtak på forsvarleg og juridisk rett grunnlag. Tilbod og tiltak i omsorgstenestene må fordelast utover dag og kveld og tilpassast brukarane sine behov. Dette krev **fleksibilitet og nytenking i høve til turnusplanlegging** og t.d. matsservering.

Kommunen må i samsvar med regelverket ivareta **universell utforming** og bruke den kompetansen som både ergoterapeut og brukarrepresentantar sit inne med. Alle helse- og sosialtenester må opplevast tilgjengelege for menneske med nedsett funksjonsevne. I Ål vert denne utfordringa tydeleg i høve til døve og høyrselshemma. Dette set krav til kompetanse og tekniske løysingar.

Både brukarar, pårørande, politikarar og fagpersonell bør kjenne dei **overordna rammer for tildeling** av ulike støttetjenester som matombringning, tryggleiksalarm og heimevaktmester. Dette sikrar likeverdige tildelingar og at folk veit kva dei kan vente seg. Brukar- og interesseorganisasjonar kan vera viktige samarbeidspartar i dette arbeidet. Dei overordna rammene bør vedtakast politisk. Desse må vera så fleksible at det er rom for individuelle tilpassingar. Det er særleg viktig å få trekt opp grenser mellom det offentlege ansvaret og det private ansvaret. Devold-rapporten gav signal om at kommunen har gått for langt i å definere eit offentleg ansvar for praktisk bistand til personar som har lite nedsett funksjonsevne.

4.2 Brukarmedverknad, samtykke og samarbeid med pårørende og andre.

Hovudprinsipp 2: Brukarmedverknad skal ivaretakast og samarbeid med pårørende skal vektleggast. Samarbeidet med lokalsamfunn og frivillige organisasjonar skal styrkast.

4.2.1 Status og overordna føringar

Brukarmedverknad. Det er eit mål å leggje til rette for at alle brukarar uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne kan leva eit aktivt og verdig liv basert på eigne ynskje og premiss.

Brukarmedverknad er ein viktig del av eit moderne omsorgsarbeid. Grunnlaget for brukarmedverknad ligg i Lov om pasient- og brukarrettigheter. Brukarmedverknad gjev større valfridom og betre individuell tilpassing av innhaldet i tenestetilbodet.

Reell brukarmedverknad krev at fagpersonellet er bevisste og kritiske til den makta som ligg i rolla ein har som tenesteytar, og legg til rette for å tilføre brukaren mynde og mogelegheit til å ta sjølvstendige val. Sterkare brukarmedverknad bør på ulike måtar gjennomsyre heile omsorgstenesta. Auka brukarmedverknad kan sikrast både gjennom god sakshandsaming, enkeltvedtak og klageordningar, gjennom brukarråd og gjennom brukarrepresentasjon i planleggingsarbeid.

Samtykkekompetanse og ny lov om vergemål. For å inneha samtykkekompetanse må personen kunne uttrykke eigne val, forstå konsekvensen av valet han tek, og vurdere alternativ. Det er ein forholdsvis høg terskel for å vurdere ein person til ikkje å være samtykkekompetent, og det er lege / eller delegert helsepersonell som vurderer samtykke til personen opp i mot aktuelle tema. I dei tilfella personen blir vurdert til ikkje å vere samtykkekompetent, skal personen få tildelt verge for å bistå seg i kvardagen.

I 2013 vedtok Stortinget ny Lov om vergemål, saman med ny forskrift. Det vart i denne samanheng også lagt nye føringar for organiseringa. Ordninga med overformynderiet i kommunen vart oppheva, og innhaldet i omgrepa hjelpeverge og verge vart endra. No er det omgrepet verge som vert brukt. Det er Fylkesmannen som har overteke alt mynde rundt vergemål, og til å oppnemne verge når vedtak om vergemål er teke. Mandat og innhald for vergeoppdraget blir fastsett av Fylkesmannen. Fylkesmannen er og ansvarleg for å følgje opp økonomiske tilhøve for desse personane. Eit nytt interessant verktøy er «framtidfullmakt» der enkeltpersonar kan utpeike særskilde personar til å ivareta sine interesser dersom dette skulle bli naudsynt.

Pårørende. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg peika på familieomsorga som den usynlege omsorga, men som likevel er avgjerande viktig for at samfunnet skal greie sine omsorgoppgåver. NOU 2011:17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg viste til fleire tiltak for å få til eit betre samarbeid mellom det offentlege og familiane. Dette er vidare utgreidd i St.meld. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg med eit eige program for pårørandepolitikk. Det vert satsa på å utvikle meir fleksible avlastingsordningar, betre opplæring og informasjon, betre omsorgslønnsordningar og i det heile eit betre samarbeid.

Dei fleste eldre og funksjonshemma bur heime eller i tilrettelagt kommunal bustad med tilsyn og hjelp frå pårørende. Både brukaren og pårørende skal ha tryggleik for at kommunen kan stille med nødvendige hjelpe- og avlastingstiltak når det er behov for det. Dei pårørende er ei samansett gruppe og har forskjellige behov. Kommunale tiltak som gode dagtilbod, pårørandeskule og tilstrekkeleg kapasitet på korttidsplassar og avlasting, er eksempel på tiltak som har avgjerande verdi for dei pårørende.

Særleg ser ein at dei pårørande sine behov er store i høve til demens. Det er dei pårørande som oftast ser dei fyrste åtferdsendingane, får mistanke om sjukdom og må søke medisinsk hjelp for personen. Pårørande og brukarar har eit spesielt stort behov for informasjon og kunnskap om demens. God tilgjengelegheit på råd og veiledning i ei tidleg fase kan virke førebyggjande i høve til sjukdomsutvikling og livssituasjon.

Det er også viktig at sjukeheimen legg til rette for privatliv ved å skilje mellom pasienten sin bustad og felles lokale. Dette kan gjera det enklare å ta i mot familie og pårørande.

Næromsorg. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg introduserer «næromsorg» som den andre samhandlingsreformen. Den handlar om å mobilisere ressursar lokalt og setje samspelet med familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i fokus. Her vil ein utvikle lokale avtaler om partnerskap og frivillig omsorg, vektleggje nye arbeidsformer som rettar seg meir mot familie og nærmiljø med satsing på aktiv omsorg, kvardagsrehabilitering, kultur og trivsel. Det er viktig for kommunen å leggje til rette slik at dei eldre og funksjonshemma kan bruke sine **erfaringar og ressursar** i lokalmiljø og fellesskap. Den såkalla eldrebølgja er inga øydeleggjande flodbølgje. Den er ei opphoping i kommunen av kompetanse, erfaring, livskunnskap, ledig kapasitet og tid. Det er berre ein liten del av dei eldre som kjem inn under omsorgstenesta sitt ansvarsområde. Dei aller fleste vil både ha helse, krefter og interesse av å bidra til samfunnsnyttig og byggjande aktivitetar. Mange av dei eldre vil bli å finne i dei frivillige sine rekker. Det er viktig for kommunen å leggje til rette slik at frivillige lag og organisasjonar kan ha tilbod som også femnar funksjonshemma og eldre.

Erfaringar frå norske kommunar viser at det særleg er på tre område samarbeid og partnerskap med **frivillige lag og organisasjonar** kan lukkast. Dette er i samarbeidet om frivilligsentralar, om besøksordningar og om eldresentra / velferdssentra. I Ål kommune vil vi nemne:

- ✓ Trivselsutvalet på Ål bu- og behandlingssenter arbeider bra og skapar gode aktivitetar og tilbod
- ✓ Kårstugu, Nigardsstugu, Røde Kors Besøksteneste og Frivilligsentralen er viktige aktørar som på kvar sin måte bidreg til førebygging og aktivitetar. Varmestugu innan psykisk helse bør også nemnast i denne samanheng.
Frivilligsentralen bistår omsorgstenesta gjennom ulike omsorgstiltak (i parantes talet på frivillige april 2014):
 - Minnevenn (7)
 - Tur/trillevenn (4)
 - Einskildoppdrag (100 oppdrag 2013)
 - Besøksvenn (3)
 - Hjelp til handling (10-12)
 - Leseombud (nytt tiltak i 2014)
- ✓ Studentar, lærlingar og elevar bør meir inn i ulike prosjekt med aktiv omsorg (prosjekt innan USH), for bebuarar på institusjon og i heimetenestene. Det er teke initiativ til Eldreomsorg som valfag på ungdomsskulen.
- ✓ Inn på tunet – ordning er utprøvd som pilotprosjekt for personar med demens. Dette tilbodet kan også utviklast for heimebuande som treng aktivitet og treningstilbod.
- ✓ Dagsentertilbodet bør vidareutviklast, for eksempel ambulerande tilbod om Til Gards.
- ✓ Oppsøkande team / Førebyggjande team har vorte godt motteke av dei eldre. Arbeidet har ligge nede i samband med innsparingar i kommunen. Dette er eit viktig førebyggjande arbeid for å tilretteleggje bustad og koma med innspel om aktivitetar og evt. hjelp for å kunne meistre kvardagen i eigen heim lenger.

4.2.2 Grunngeving for tiltak

St.meld. nr. 25 legg stor vekt på kommunen sitt ansvar for å **leggje til rette for at kulturtilbod** kan nå personar med behov for omsorgstenester. Aktiv bruk av kultur fremmar identitet, livskvalitet og helse. Ål er ei helse- og kulturkommune. Det er like viktig at kulturaktivitetar vert tilbydd på bu- og behandlingssenteret, som at arrangement på kulturhuset vert gjort tilgjengeleg. Statens seniorråd har foreslått at alle sjukeheimar skal ha kulturarbeidarar. Plangruppa meiner det er viktig å knyte saman omsorgstenestene med kulturarbeidet i kommunen. Det er ei positiv utvikling på gang for å få til ei samhandling mellom desse to hovudsatsingane. Det er mange frivillige, lag og organisasjonar som ynskjer å bidra på bu- og behandlingssenteret, men avdelingane har ofte ikkje hatt kapasitet og kompetanse til å styre og samordne dette. Plangruppa meiner konklusjonane i «Prosjekt Storebasken» må igangsetjast, herunder ein eigen tilretteleggjar med base innan kultur og med dei ulike brukargrupper som mottek omsorgstenester som målgrupper for arbeidet.

Kommunen har eit sterkt miljø på media. Kompetansen i dette miljøet bør utnyttast til å få lagt til rette for **overføringar gjennom lyd og bilete til bu- og behandlingssenteret**. Minnetrening (reminisens) legg vekt på å bruke bilete og film frå "gamle dagar" for å aktivere og halde ved like hukommelsen hjå demenspasientar. Kommunen bør kjøpe inn nødvendig teknisk utstyr til dette. Gjennomføring bør delvis kunne leggjast til teknisk ansvarlege på kulturhuset, delvis til frivillige.

Ei utfordring er å gjera alle tilbod i omsorgstenestene like tilgjengelege for alle brukarar uavhengig av kvar dei bur i kommunen. Dette krev **transportordningar** både i form av tilrettelegging og i form av rabatterte prisar. Det bør avsetjast eigne midlar til dette.

Ål er også ei friluftskommune og friluftstilbod har stor verdi for mange. Når funksjonsevna vert nedsett, vert dette eit sakn. I samarbeid med frivilligsentralen og frivillige organisasjonar kan det leggjast til rette for tilbod og turar. I retningslinene til kommunane for tildeling av scooterløyve, går det klart fram at menneske med nedsett funksjonsevne skal ivaretakast. Mange eldre set stor pris på å få koma attende til dei stølane og dei fjellområda som er "deira". Dette bør innarbeidast som ein del av kulturtilbodet til dei som får helse- og omsorgstenester.



4.3 Folkehelse og førebyggjande arbeid

Hovudprinsipp 3: Folkehelseperspektivet og førebyggjande arbeid skal ha høg prioritet.

4.3.1 Status og overordna føringar

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen peika på at samfunnet er nøydd til å endre balansen i ressursinnsatsen frå reparasjon til førebygging dersom velferdssamfunnet skal vera berekraftig. Lov om folkehelse frå 2012 er ei oppfylging av dette og legg eit ansvar for folkehelsearbeid på kommunane med å ha oversikt over positive og negative faktorar som verkar inn på folkehelsa og arbeide for å byggje ned dei sosioøkonomiske grunnane til ulikskap i helse.

Vektlegging av **førebyggjande arbeid** vil utsetja eller hindre behov for omsorgstenester. Førebygging verkar til å styrke og oppmuntre brukaren si eigenomsorg. Dette vil både gje auka livskvalitet for den enkelte, avhjelpe pårørande og utsetja ressurskrevjande hjelpetiltak frå det offentlege. Dette gjeld både tiltak retta mot grupper av befolkninga (primær-førebyggjande tiltak), tiltak som reduserer konsekvensar av sjukdom og skade (sekundær-førebyggjande tiltak) og tiltak som skal hindre ytterlegare svekking av sjukdom eller nedsett funksjonsevne (tertiærførebyggjande tiltak).

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg peikar på tre område som er store utfordringar i det førebyggjande arbeidet i omsorgstenestene:

- Fall
- Einsemd
- Kognitiv svikt

Førebygging av fall er ei tverrsektoriell oppgåve med alt frå førebyggjande råd i heimen og strøying av gangveggar til trening mot svimmelheit og senger som kan regulerast heilt ned til golvet på sjukeheimen.

Einsemd ser ein ofte i gruppa som får omsorgstenester og særleg blant dei eldste eldre. I denne gruppa har mange opplevd at livsledsager eller vener har gått bort. Forsking viser at menn opplever einsemd oftare enn kvinner. Einsemd er ei utfordring for kommune, lokalsamfunn og nærmiljø.

Kognitiv svikt er ein fylgje av demenssjukdomen. Symptoma kan begynne i det små, men etter kvart gje fortviling både for den det gjeld og for pårørande.

Ål kommune har gode erfaringar med eit oppsøkande team som gjev tilbod om heimebesøk til eldre over 80 år. Her legg ein vekt på førebyggjande tiltak i heimen, informasjon om aktivitet og sosiale møteplassar og om ulike omsorgstenester, og ein vurderer om det ligg føre hjelpebehov på grunn av begynnande kognitiv svikt.

4.3.2 Grunngeving for tiltak

Førebyggjande tenking er eit **tverrsektorielt ansvar** i kommunen. Eit eksempel som ofte vert vist til, er teknisk sektor sitt ansvar for strøying. Kostnaden med dette må sjåast opp mot dei samfunnsøkonomiske gevinstar det har å hindre ulukker. Til dømes kostar eit lårhalsbrot i snitt 1 mill. i behandling og rehabilitering for samfunnet, og konsekvensane for den enkelte og for familien er i tillegg svært store. Samordninga av folkehelsearbeidet og det førebyggjande arbeidet må liggja på rådmannsnivå. Ål har tilsett eigen folkehelsekoordinator, men arbeidsfeltet er ingen einmannsjobb. Skal ein lukkast, krev dette ei generell haldning i kommuneorganisasjonen og blant kommunen sine innbyggjarar om at det er betre å førebyggje enn å reparere. Mange av dei tiltak planen peikar på i kap. 4.2.2, har ein klart førebyggjande profil, ikkje minst gjeld dette kulturtiltak og transportordningar for å lette tilgjenge til sosiale møteplassar.

Gruppa 67-79 år er ei særleg viktig gruppe for førebyggjande arbeid. Eit så aktivt liv som mogeleg i denne livsperioden, vil gje positive verknadar for perioden over 80. Det bør vurderast tilbod om kurs i aktiv alderdom for dei som er i ferd med å bli pensjonistar.

Dei sosiale møteplassane må vera tilpassa ulike målgrupper. Erfaringa viser at einsame menn har få tilpassa tilbod. Kommunen må støtte opp under tiltak og møteplassar for denne målgruppa. Her trur ein at **Frivilligsentralen** vil verta meir og meir viktig framover, likeeins har Kårstugu ei viktig rolle. Ordningar med eigne støttekontaktar, - eller treningskontaktar som mange heller vil kalle det, kan også vera aktuelt for enkelte. Livskafé er eit tilbod mange andre kommunar har lukkast med, men som førebels ikkje har funne gehør i Ål.

Frivilligsentralen, Kårstugu og **Oppsøkande team** vil vera nøkkelinstantane i det førebyggjande arbeidet retta mot eldre og uføre. Plangruppa ynskjer å styrke Oppsøkande team ytterlegare. Ein vil her særleg peike på at Oppsøkande team kunne få eit ansvar for å sikre arbeid retta mot dei som har opplevd dødsfall og livskriser i nær familie. Erfaringa er at tidleg støtte i ei vanskeleg livsperiode er avgjerande viktig for å kunne leve vidare med helsa i behald.

I dei undersøkinga sektoren har gjort blant dei eldre, vert nettopp Oppsøkande team drege fram som det tiltaket dei fleste både har tiltru til og gode erfaringar med. Særleg viktig er arbeidet retta mot tidleg demensutvikling. Både den enkelte og pårørande vil ha store gevinstar av enkle hjelpetilbod tidleg i forløpet. Av mogelege tiltak har ein god erfaring med Inn på tunet og ordninga med minnevenn. Tilstrekkeleg kapasitet på dei kommunale tilboda med dagsenter og bufellesskap er naudsynt for å koma tidleg inn med hjelp og avlastning.

Omsorgstenestene står overfor ein revolusjon når det gjeld omfanget av bruk av **velferdsteknologi**, slik det er beskrive i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Ål kommune må satse vidare på å kunne vera i fremste rekkje i utbygginga av velferdsteknologien (sjå kap. 4.9). Dette krev samarbeid både med høgskule/universitet og med næringslivet. Aktuelle tiltak er bruk av fallsensorar, tryggleiksalarmar, bildekommunikasjon, GPS-tracking m.m.

Fallulukker har ofte store konsekvensar. Avdelingsleiarane melder om mykje fall blant brukarane. Ei rekke **førebyggjande tiltak mot fall** kan iverksetjast eller vidareførast, som pasientsikkerheitsprogram retta mot fall, styrke- og balansetrening som gruppetiltak, kritisk gjennomgang av medikamentbruk hjå eldre, identifisering av risikopunkt for fall både i institusjonen og i heimane (opsøkande team).

4.4 Tverrfagleg samhandling, kvardagsrehabilitering, koordinerende eining og individuell plan

Hovudprisnipp 4: Gjennom tverrsektorielt og tverrfagleg samarbeid skal brukaren oppleve ei heilskapleg tiltakskjede som har fokus på brukaren sine ressursar og gjev hjelp til å meistre kvardagen under og etter sjukdom, livskrise og skade. Prinsippa for kvardagsrehabilitering skal gjennomsyre alle tenester.

4.4.1 Status og overordna føringar

Det er stort behov for å samarbeide på tvers av fag, sektorar, avdelingar og forvaltningsnivå. Mange pasientar opplever sjukdom eller skade med behov for hjelp frå fleire tenestetilbod over lengre tid. Dette gjeld særleg ressurskrevjande brukerar i alle aldersgrupper med behov for rehabilitering/habilitering. Tverrfagleg rehabilitering/habilitering er viktig for å oppnå best mogleg funksjon innanfor eigne føresetnader og førebyggje unødig funksjonssvikt.

Kvardagsrehabilitering er rehabilitering og førebygging når brukar bur i eigen heim. Det handlar om å meistre kvardagen. Brukar set seg mål og kvardagsrehabiliteringa er målretta tverrfagleg innsats i samarbeid med brukar for å nå måla. Tenesteytarane motiverer og støttar prosessen frå inaktivitet til aktivitet og til at brukar tek større ansvar for eige liv. Målet er at brukar skal bli meir sjølvstendig og på sikt trenge mindre hjelp.

Kvardagsrehabilitering er både ei haldning til arbeidet og ein måte å utføre arbeidet på. Innføring av kvardagsrehabilitering krev at ein greier å skape haldningsendringar og andre forventningar til hjelpeapparatet hjå både brukar/pasient og personell. Målretta opplæringstiltak må på plass og tverrfagleg arbeid er naudsynt for å lukkast.

Kvardagstrening for personar med Parkinson er eit godt døme på vellukka prosjektarbeid der ein kan arbeide tverrfagleg og sette inn enkle tiltak for eigenmeistring. Opplæring i rehabilitering blant personale har stor overføringsverdi til andre avdelingar i sektoren. Samhandling mellom heimeteneste, institusjon og spesialisthelseteneste må vidareutviklast.

Gjennom opplæringa «Aktiv omsorg» (sjå kap. 2.5) set ein fokus på å

- kartlegge brukarane si funksjonsevne og interessene deira
- kartlegge kva som finst av ressursar og interesser mellom dei tilsette i tenestene og i nærmiljøet
- tilretteleggja for samarbeid med frivillige aktørar, pårørande og andre i lokalsamfunnet for å tilby brukarar og pasientar individuelt tilpassa aktivitetar og gode stunder som dei har glede av i kvardagen

Koordinerende eining, KE. Alle kommunar skal ha ei koordinerende eining. Dette er eit krav i Lov om kommunale helse- og omsorgstenester § 7-3. KE skal vere lett tilgjengeleg for brukarar og samarbeidspartar og ha oversikt over rehabiliterings/ habiliteringstilbodet i kommunen og i helseregionen.

KE skal sjå på arbeidet med samhandling rundt einskildbrukarar, hjelpe brukar og pårørande med å kartlegge behov, koordinere tilbod og tenester, skape gode relasjonar og kort sakshandsaming på tvers av sektorar. Den skal sikre brukarmedverknad både på individ- og systemnivå. KE har overordna ansvar for individuelle planar (IP), for at brukar får ein eigen koordinator som hjelper med IP. KE skal drive opplæring i Sampro, som er ei nettbasert løysing for IP.

Retten til ein personleg koordinator og retten til IP er lovfesta i Helse- og omsorgstenestelova §§ 7.1-2. Det er gjeve ytterlegare føringar i Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. IP er eit godt verktøy for å sikre samhandlinga mellom brukar, familie/ pårørende og offentleg helse- og sosialteneste. Pårørende bør trekkjast inn i arbeidet i den utstrekning brukaren og pårørende sjølv ynskjer det. Mange brukarar vil vera svekka både mentalt og fysisk, og enkelte vil trenge bistand frå pårørende eller verge for å gjera vurderingar og val.

KE i Ål vart starta i 2013. KE er i dag delt på to personar i 25 % stilling kvar, ein frå Oppvekst- og ein frå Helse- og sosialsektor som har felles kontor og arbeidsdag. Pr. mai 2014 er det utarbeidd IP for 30 brukarar i Ål.

4.4.2 Grunngeving for tiltak

Kvardagsrehabilitering vert med denne planen innført som eit berande prinsipp for tenesteytinga i Ål kommune. Kommunen treng ei stilling som kan leie arbeidet med opplæring og haldningsendring og meiner at dette ansvaret kan leggjast til ein ny, fast ergoterapeutstilling i kombinasjon med tiltak 4.3 styrking av Oppsøkande team. Bak satsinga på kvardagsrehabilitering ligg også ei overordna føring om aktivitet framfor passivitet. Gjennom kvardagsrehabilitering, brukarmedverknad og eigenaktivitet kan behovet for hjelp og tenester frå det offentlege utsetjast og reduserast og folk kan greie seg lenger i eigen heim. Dette er føringar som også har konsekvensar for samansetjinga av personellgrupper. Fysioterapeutar, ergoterapeutar og vernepleiarar bør utgjera ein større andel av arbeidsstokken.

Då **KE** vart utreda, var innstillinga frå fagfelta at arbeidsområdet hadde behov for to halve stillingar, ei frå helse og omsorg og ei frå oppvekst. På grunn av den økonomiske situasjonen til kommunen, vart det tilsett i berre halvparten av dette. Arbeidsmengda har raskt vist seg å overstige kapasiteten. KE bør derfor utvidast med 0,5 stilling, av dette er 0,25 innan sektoren sitt ansvarsområde.



4.5 Dagsenter

Hovudprinsipp 5: Dagsenter skal gjera det mogeleg for pasientar å greie seg lengre periode heime, gje eit betre sosialt tilbod og avhjelpe pårørande.

4.5.1 Status og overordna føringar

Dagsenter Ergoterapi

Målsetjing: Å førebyggje sosial isolasjon og einsemd, kognitiv og fysisk svekking gjennom sosial stimulering i samvær med andre, meningsfulle aktivitetar, god ernæring og fysisk aktivitet. Tilbodet skal ta vare på det friske hjå brukarane. Tilbodet er og ei avlastning for heimetenestene og sjukeheimsavdelingane.

Dagsenter Ergoterapi har 4 tilsette aktivitørar i til saman 2,5 stilling. Senteret er ope 4 dagar pr. veke, mellom kl. 8.30 og 14.00. 35 til 40 personar brukar dagsenteret gjennom veka. Bruken varierer frå 4 dagar til 1 dag pr. veke. Personar som bur på hybel får frukosten sin her 5 dagar i veka.

I tillegg til dei faste aktivitetane arrangerer dagsenteret julebord, sommarfest, diverse kulturtilstellingar, omreisande klesbutikk og sommarturar med sektoren sin buss.

Ei utfordring er ressurskrevjande brukarar som treng individuell oppfølging eller som av ulike årsaker ikkje kjem seg til dagsenteret. Eit alternativ er heimebesøk av aktivitør. I Uppigarden har ein ofte brukarar som treng mykje oppfølging og som ville ha god nytte av tenester frå aktivitørane for å ha meningsfulle dagar.

Avdeling Miljøterapi har brukarar med behov for tilrettelagt arbeid, sansestimulering o.a. Ei arbeidsgruppe har sett på om det går an å bruke noverande fysioterapilokale til ei slik eining dersom fysioterapien vert flytta i samband med utbygging.

Med auka bemanning og meir plass kan ein utvide opningstida, ha høve til meir oppsøkande verksemd og fleire typer aktivitetar.

I dag blir brukarane transportert med huset sin buss og med taxi. Kapasiteten er avgrensa på bussen og taxibruken er kostbar. Det er behov for meir fleksible transportløyisingar for å dekke behovet både pr. dato og i framtida.

Dagsenter Hukommelsessvikt:

Målsetjingar:

- Dagsenteret skal skape eit trygt miljø der trivsel og sosialt fellesskap er viktig
- Aktivitetane skal vera med på å bremse eller redusere utviklinga av hukommelsessvikt.
- Aktivitetane skal vera individuelt tilrettelagt. På den måten kan ein halde ved like det som framleis er friskt, utvikle og vedlikehalde det.
- Dagsenteret skal gje stimulering til sosial kontakt og interesse for omverda
- Dagsenteret skal saman med familien og hjelpeapparatet gjera brukaren i stand til å bu heime lengst mogeleg, om det er det beste for brukaren og familien.
- Dagsenteret skal gje familien støtte og avlastning, kunnskap om sjukdomen og utviklinga av den.
- Dagsenteret skal vera med på å gje brukaren ein meningsfull kvardag.

Dagsenteret har frå 01.11.13 utvida opningstida frå 4 til 5 dagar i veka kl. 8-15. Drifta vart utvida i ein svært pressa periode, der det var mange brukarar med behov for tilbodet. Det er stort sett fast personale som jobbar ved dagsenteret (om lag 2 stillingar fordelt på 4 personar). Pr. juli 2014 er det

10 brukarar som har tilbod ved dagsenteret. Talet på brukarar bør av omsyn til plass og kvalitet på tilbodet avgrensast til 7, men det er eit stort press på tenesta.

Når det gjeld transport foregår det på same måte som til dagsenter Ergoterapi. Dagsenteret har i alle år ynskt seg eigen bil slik at dei utan stor planlegging kunne reise ut med brukarar på små turar. I mange høve ville det også vera fint om personalet på dagsenteret kunne reise ut og hente brukarar inn på dagtilbod. Mange i brukargruppa treng tid, og kanskje litt «list og lempe» for å ville bli med. Ein kunne då også hatt større fleksibilitet ift. tida på henting og heimkøyring. Fleire av brukarane vi har i dag hadde hatt behov for dagtilbod også i helgane.

Lokala på dagsenteret vert opplevd som trivelege og heimekoseleg, men med sju brukarar og to tilsette er det fullt. Dagsenteret har også ein svært tungvinn tilkomst, og det er ikkje lett for dei som er dårleg til beins. Det ideelle hadde vore direkte utgang til bakkeplan. Dagsenteret har også behov for kvilerom til brukarane sine, og dette har vore ei utfordring når det ikkje har vore ein hybel ledig som ein har kunna nytta.

Ei utfordring er at dagsenteret gjev lite rom for dei demente som ikkje passar inn i ei gruppe med andre (f.eks. adferdsforstyrrelsar), eller når det kjem yngre personar med demens. Her kunne eit «Inn på Tunet»-tilbod vore ei aktuell løysing.

4.5.2 Grunngeving for tiltak

For å kunne ha eit likeverdig tilbod ved dagsentra uavhengig av geografi er det viktig å ha fleksible transportordningar og tilstrekkeleg **transportkapasitet** på morgon og ettermiddag. I dag kjem mange til dagsentra for langt utpå dagen. Ein slik bil kan også på kveld og helg brukast til turar for mindre grupper av brukarar. Plangruppa tilrår at sektoren kjøper ein buss til, som dei tilsette kan køyre. Dette har såleis konsekvensar for investeringsbudsjettet, men ikkje stillingsbudsjettet.

Ei satsing på heimetenester og omsorgsbustader betyr også ei satsing på dagsenter og aktivitetstilbod for menneske med nedsett funksjonsevne i alle aldrar. Dagsenter vil i framtida bli eit stadig viktigare tiltak, både for å halde oppe aktivitet, gje sosiale møteplassar, styrke evna til å greie seg sjølv og avlaste pårørande. Ål kommune bør **samle sine dagsenter** både når det gjeld lokalitetar og organisering, samt utvide opningstid og kapasitet og inkludere fleire brukargrupper. Nybygging og flytting av fysioterapitenesta som ein del av helsetunutbygginga gjev nettopp ei slikt høve til å samle dagsenteraktiviteten i ein del av bu- og behandlingssenteret. Dette må ein koma attende til når helsetunutbygginga tek form.

Det er meldt behov for **auka kapasitet ved dagsentra**, både opent alle vekedagar og tilbod i helga og på kveldstid. Plangruppa meiner dette er viktige tiltak i ei moderne omsorgsteneste.

Arbeid og aktivitet er viktig for menneske med nedsett funksjonsevne. Vinn-vinn-prosjektet 2007-2009 har peika på fleire tiltak for ei sterkare vektlegging av arbeidet med tilrettelagt arbeid og aktivitet, mellom anna ei betre organisering og ansvarsavklaring internt i kommunen, samarbeid om eit gjenbruksanlegg i Kleivi og samarbeid med Røde Kors om tomflaskeprosjekt.



4.6 Heimetenestene, ulike former for bustad og alternative tenester

Hovudprinsipp 6: Heimetenesta er basistilbodet i omsorgstenesta. Brukaren skal oppleve tryggleik for alle nødvendige hjelpetiltak i eigen heim eller i omsorgsbustad med heildøgns omsorg, så sant dette er fagleg forsvarleg.

4.6.1 Status og overordna føringar

4.6.1.1 Stor breidde i heimetenestetilbodet

Heimetenesta er den mest omfattande i omsorgstenesta. Fleirtalet av personalet arbeider i heimetenesta og fleirtalet av brukarane er i heimetenesta. Heimetenesta vert tradisjonelt oppfatta som heimehjelp eller heimesjukepleie til eldre. Igjen må ein minne om at 1/3 av brukarane i omsorgstenesta er under 67 år og har nedsett funksjonsevne. Det er ei stor breidde i heimetenestetilbodet til denne aldersgruppa, der dei fleste av desse får tenester gjennom Avdeling miljøterapi og Avd psykisk helse. Til desse brukarane er det ikkje pleie, men miljøarbeid som er hovudinnhaldet i tenesta. Miljøarbeid er til dømes opplæring og hjelp til å fungere i det daglege, hjelp til å leva eit meningsfylt liv med aktivitetar, sosial kontakt og opplevingar. Målgruppa er dei av oss som har ei eller anna form for nedsett funksjonsevne, enten det er på grunn av medfødde tilstandar eller følgjetilstandar av sjukdom eller skade. Det kan vera ulike hjelpetiltak til denne gruppa, som bl.a. praktisk bistand, brukarstyrt personleg assistent, avlastingstilbod, tekniske hjelpemiddel, støttekontakt, heimehjelp, omsorgslønn.

Enkelte brukarar treng 1:1 eller 2:1 bemanning heile døgnet. Dette er personell- og kostnads-krevjande. Av eit brutto driftsbudsjett i helse- og sosial på 122 mill. i 2013, gjekk 27 mill. til tenester knytt til ni brukarar. Sjølv om staten har innført ordningar som delvis kompenserer for utgiftene til **ressurskrevjande brukarar**, er utfordringane store for små kommunar. Både fordi endringar gjev store budsjettmessige svingningar, og fordi det kan vera vanskeleg for små kommunar å skaffe den fagkompetansen som er naudsynt.

Det er særleg mange **døve og høyrselshemma** i kommunen vår. Ein reknar med at ein i den utvida planperioden vil ha om lag nærare 40 eldre med slik funksjonshemming i kommunen. Dette gjev særlege utfordringar til hjelpeapparatet. Det bør vera personale med kompetanse på teiknspråk og tenestene må opplevast tilgjengelege for døve.

Det er naudsynt å styrke heimetenesta med **kvalifisert personale**. Kommunen ynskjer å leggje til rette med tverrfagleg kompetanse og såleis gje eit breiare og betre tilbod. Likevel må ein særleg nemne vernepleiarar og sjukepleiarar. Vernepleiarar er viktig fagpersonell i miljøarbeidet og nødvendige for å oppfylle krava i lovverket. Sjukepleiarar er avgjerande for å kunne greie dei utfordringane som kjem på medisinsk behandling og oppfølging i heimane, jmf. kap. 2.4. Også ergoterapeutar og fysioterapeutar vil ha ein viktig plass i ei tverrfagleg tilnærming til omsorgstenestene i framtida, jmf. satsinga på kvardagsrehabilitering.

Innhaldet i **praktisk bistand** varierer frå kommune til kommune. Det er naudsynt å avklare kva for tenester som skal inngå i Ål kommune sitt tilbod om praktisk bistand. Mange kommunar har gjort dette gjennom politiske vedtak som legg ein standard for praktisk bistand som både brukarar og tenesteapparat kan halde seg til. Dette bør også gjerast i Ål. Med kvardags-rehabilitering som arbeidsmetode og med eit mål om at brukaren skal greie seg lenger i eigen heim, er det eit ynskje om å få brukaren sjølv med i dagleglivet sine aktivitetar. I staden for at hjelpepersonell utfører oppgåver for brukaren, trenar brukaren sjølv på å utføre oppgåva med rettleiing frå hjelpepersonell. Dette

krev ei haldningsendring i tenesteapparatet og i befolkninga og ei tilrettelegging både for brukar og personell.

Plangruppa foreslår fylgjande overordna føringar for praktisk bistand:

- Tenesta er retta mot brukarar med sjukdom eller nedsett funksjonsevne
- Tenesta skal vera tidsavgrensa og evaluerast regelmessig
- Tenesta skal gjevast som kvardagsrehabilitering med mål om eigenmeistering.
- Brukarar med avgrensa behov for storreingjering, vask av vindauge, hagestell, medikamenthenting og innkjøp, må hente hjelp til dette av private, frivillige eller kjøpe tenester av andre enn kommunen.

4.6.1.2 Bustad

I figur 6 har ein prøvd å tydeleggjera forskjellane mellom ulike buformer. Ein kan skilje mellom:

1. Eigen bustad (privat heim)
2. Tilrettelagt bustad
3. Omsorgsbustad for heildøgns omsorg
4. Sjukeheim eller anna buform for heildøgns omsorg

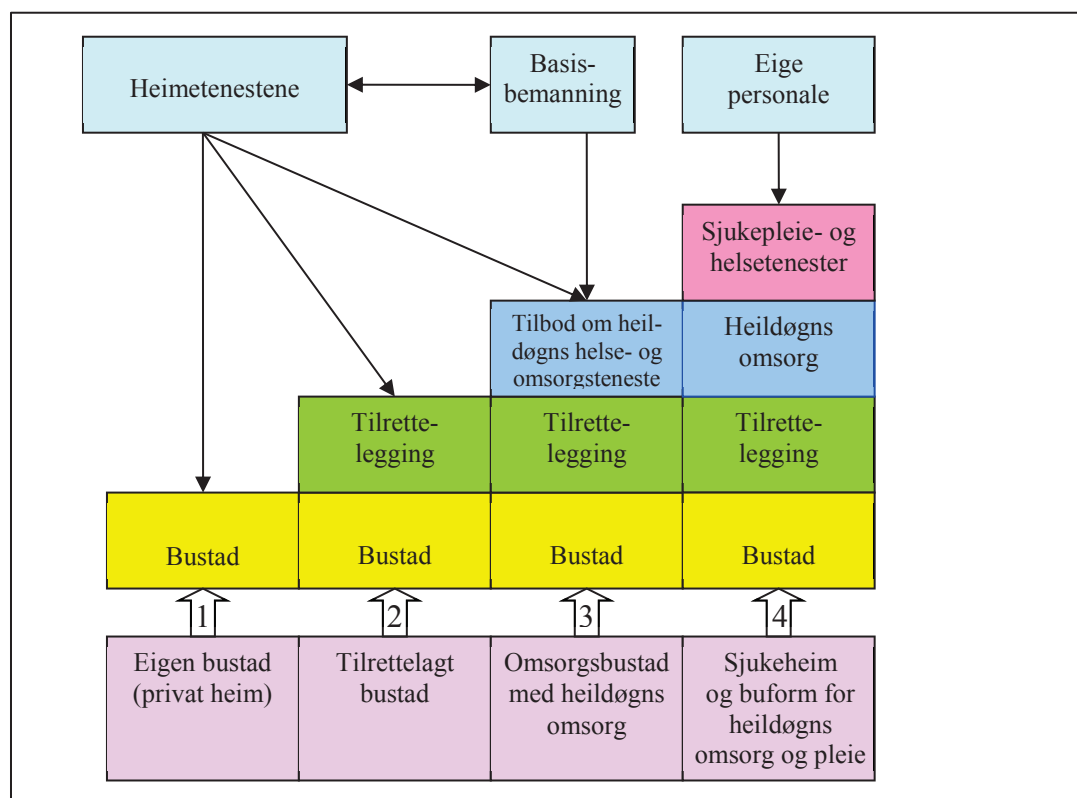


Fig. 6 Dei ulike buformene

Ad 1: Eigen bustad (privat heim)

Heimetenestene skal etter hovudprinsippa i kap. 3.4 fyrst og fremst gje hjelp i brukaren sin eigen, opprinnelege heim. Gjennom rådgjeving og tilskot gjev regelverket både i NAV, Husbanken og kommunen mogelegheit for tilpassing av bustaden og tekniske hjelpemiddel slik at brukaren skal kunne halde fram med å bu heime sjølv om sjukdom eller skade oppstår.

Ad 2: Tilrettelagt bustad

Etter [kommunal helse- og omsorgslov](#) § 3-7 har kommunen plikt til å skaffe bustad til personar som ikkje sjølv kan ivareta sine interesser på bustadmarknaden, herunder bustadar med særleg tilpassing på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker. Ål kommune har frå ulike tidsepokar fleire bustader til eldre og funksjonshemma som vert omtala som omsorgsbustader, trygdebustader eller aldersbustader. Eksempel er Leksvol, nokre bustader i Sundrevegen, Brattebakken og Vesledalvegen og dei fleste bueiningane i Granly. Slike bustader har ulik storleik og bygningsmessige løysingar, nokre kan ha tilgang til fellesareal. Desse bustadene er utleigde etter vanlege reglar for utleige av bustad, men tildeling skjer etter behov gjennom tildelingsteamet. Stiftelsar, private og bustadbyggelag har også kunna byggje tilrettelagte bustader med støtte frå Husbanken, slike bustader vert omfatta av den kommunale tildelinga av bustad. Minnabu i Sundrevegen og Tretterudbygget på Torpo er slike eksempel. For tilrettelagte bustader skil ein mellom bustadbehov og hjelpebehov. Det er ingen hjelpetenester som automatisk fylgjer bustaden. Brukarane kan søke på ulike hjelpetenester etter behov, som praktisk bistand, matombringning eller heimesjukepleie.

Plangruppa har drøfta statusen til dei såkalla hyblane, pasientromma på den gamle aldersheimen. Plangruppa meiner at desse kan definerast som tilrettelagte bustader, men at dei representerer eit areal som kan vera ei reserve i høve til vekslande behov i sektoren. Dei 8 hyblane er utdaterte både når det gjeld tilgjenge, energiøkonomisering og ventilasjon, men representerer førebels eit reserveareal. Det kan til dømes verta aktuelt å tilretteleggja hyblar for pasientar med demens som har behov for tilsyn, dette i påvente av nybygging. Hyblane kan også nyttast ved avlastningsopphald der dette er hensiktsmessig.

Ad 3: Omsorgsbustad med heildøgns omsorg (HDO)

Omsorgsbustad med heildøgns omsorg er tilpassa rørslehemma og tilrettelagt slik at bebuaren *skal kunne motta heildøgns omsorg etter behov*. Husbanken sine reglar for omsorgsbustader legg også vekt på at omsorgsbustadane skal gje høve til bufellesskap med fellesareal. Desse bustadane skil seg frå tilrettelagte bustader til eldre og funksjonshemma ved at det saman med bustaden fylgjer tilbod om døgnskcontinuerleg tilsyn og omsorg. Omsorg og tilsyn kan gjevast gjennom ei basisbemanning som gjev tryggleik ved å vera i nærleiken og gje hjelp til daglege aktivitetar. Både basisbemanning og hjelpebehov utover basisbemanninga vert gjevne av heimetenestene. Omsorgsbustad for heildøgns omsorg er også leigd etter vanlege reglar for leige av bustad og tildeling skjer gjennom tildelingsteamet. Ål kommune har omsorgsbustader med heildøgns omsorg på Prestegardsjordet, enkelte bueiningar i Granly og alle bueiningane i Uppigarden.

Ad 4: Institusjon: Sjukeheim eller anna buform for heildøgns omsorg og pleie

Kommunen pliktar å ha sjukeheim eller anna buform for heildøgns omsorg og pleie. Dette fylgjer av [Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon](#) av 16.12.2012. Fylgjande buformer er definert som institusjon i forskrifta:

- a) Barnebustad (institusjon med heildøgns omsorg for barn og unge under 18 år)
- b) Institusjon med heildøgns omsorg for rusmiddelavhengige
- c) Aldersheim
- d) Sjukeheim
- e) Kommunale døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp (KDØ)

Av desse buformene er det i Ål kommune berre sjukeheimen på Ål bu- og behandlingssenter som vert definert som institusjonstilbod.

Betaling for opphald i institusjon skjer etter reglane om vederlagsbetaling, jmf. [Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester](#) av 01.01.2012.

4.6.1.3 Om dei ulike buformene

Det er ei ulempe at omgrepet «omsorgsbustad» har svært ulik forståing og gjev ulike assosiasjonar. Ål kommune finn det naudsynt å gje ein eintydig definisjon av omgrepet *omsorgsbustad med heildøgns omsorg* (3) slik ein vil at dette omgrepet skal nyttast i planarbeid og utbygging vidare i Ål kommune. Andre bustader meiner plangruppa bør omtalast som tilrettelagte bustader (2).

Omsorgsbustad med heildøgns omsorg vert definert som ei bueining som:

- har bukvalitet i samsvar med Husbanken si norm
- ligg i eit bufellesskap på vanlegvis 6-8 bueiningar med fellesareal
- ligg i eller nært Ål bu- og behandlingssenter eller avdelinga på Prestegardsjordet
- har tilknytt ei basisbemanning
- fylgjer husleigelova sine bestemmelsar

Plangruppa foreslår fylgjande definisjon av «basisbemanning»:

1. Basisbemanninga skal vera ein integrert del av heimetenesta sitt tilbod og skal tilpassast behovet.
2. Det skal leggjast til rette for ordningar som gjer at basisbemanninga er til stades i bufellesskapet dag, kveld og helg. Hjelp og tilsyn på natt vert dekkja frå nattevaktbase.
3. Hjelpetenestene skal organiserast slik at brukaren lett får kontakt med hjelpeapparatet og får hjelp innan kort tid.
4. Basisbemanninga skal gje brukaren den nødvendige tryggleik ved å dekke dei grunnleggjande behova. Hjelpebehov utover dette skal dekkast frå heimetenestene. Ved særlege behov må ein også samhandle om hjelpa på tvers av avdelingsgrenser.
5. Basisbemanninga skal så langt regelverket tillet det, arbeide på tvers av faggrenser.

	Tilrettelagte bustader (2)	Omsorgsbustad med heildøgns omsorg (3)	Sjukeheim og buform for heildøgns omsorg og pleie (4)
Tretterud	5		
Vesledalsvegen	4		
Leksvol	8		
Minnabu	8		
Sundrevegen 37	4		
Sundrevegen 114	8		
Brattebakken 8 og 14	9		
Brattebakken 2 og 4	12		
Prestegardsjordet		14	
Granly	7	1	
Uppigarden		13	
Hyblane	8		
Sjukeheimen			52
Sum	73	28	52

Tabell 3. Oversikt over bustadar og plassar i Ål kommune

I tabellen ovanfor er det ein oversikt over Ål kommune sine tilrettelagte bustader (2), bustader med heildøgns omsorg (HDO) (3) og plassar i sjukeheim og buform for heildøgns omsorg og pleie (4) pr. 01.07.14. Samla disponerer kommunen 101 bustader og 52 sjukeheimplassar. Av dei 101 bustadane er 28 definerte som HDO.

4.6.1.4 Om alternativ til ordinære heimetenester

BPA - Brukarstyrt personleg assistent. Denne ordninga er lovfesta i Helse og omsorgstenestelova §3.8 og skal i samsvar med formålsparagrafen i den same lova «sikre at den enkelte får muligheten til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre».

Menneske med funksjonsnedsetjing skal ha tilbod om ei tilrettelegging for å delta i samfunnet på lik line med andre innbyggjarar i samfunnet. Dette kan dei få gjennom ei brukarstyrt assistentordning (om dei kan vere arbeidsleiar for ordninga), eller som ei personleg assistentordning (der andre bistår som arbeidsleiar). Oppgåvene omfattar hjelp til personleg stell, hjelp til daglege gjeremål/praktisk bistand og bistand til å delta i aktivitetar. Det er i prinsippet tenkt tenesteutøving som ikkje krev helsefagleg utdanning.

Brukarstyrt personleg assistent / Personleg assistentordning kan organiserast på 3 ulike måtar:

- Kommunen sjølv yter tenesta
- Brukarorganisasjonar eller andre tilbydarar er ansvarleg for tenesta.
- Brukaren sjølv / eige firma styrer ordninga.

Det har på landsbasis utvikla seg store forskjellar i tildeling og organisering av BPA. Kommunar tenkjer ulikt om ordninga – det same gjer Fylkesmannen. Som følgje av dette vil det bli utarbeida eit rundskriv for å betre situasjonen. Retten til BPA over eit visst hjelpebehov, vert lovfesta frå 2015. Dei fleste Hallingdalskommunane har ei ordning med ULOBA men det vert arbeidd med å finne ei løysing for ei felles styring av ordninga på tvers av Hallingdalskommunane.

Omsorgsløn

Det private omsorgsarbeidet er av stor verdi både for brukaren og samfunnet. Svært mykje hjelp, pleie og tilsyn i heimen blir utført av næraste pårørande eller andre som har tette band til brukaren.

Omsorgslønn er ei form for avlønning av denne type privat omsorgsarbeid, lovfesta i den kommunale helse- og omsorgstenestelova. Hovudformålet med omsorgslønnsordninga er å bidra til best mogleg omsorg for dei som treng hjelp i dagleglivet og å gjere det mogleg for private omsorgsytarar å halde fram med omsorgsarbeidet. (Rundskriv I-42/98).

For å utløyse omsorgsløn må arbeidet definerast som tyngande, der brukaren har behov for hjelp ut over det ein normalt har i sin alderskategori. Tildeling av omsorgsløn vert gjort gjennom enkeltvedtak. Ordninga er ei skjønnsgodtgjøring og blir dermed ikkje betalt time for time og gjev ikkje rett til sjuke- eller feriepengar. Ål kommune har valt å setje betalingssatsen til assistentløn med 8 års ansiennitet.

I juli 2014 er det 15 personar som mottok omsorgsløn, og 2 er under kartlegging. I samanlikning med dei andre Hallingdalskommunane har Hol og Ål flest brukarar. Tala varierer mykje mellom kommunane. Dette kan ha mange årsakar, men det er i Ål mange born med store funksjonshemmingar som utløyser omsorgsløn. Slik utviklinga er i Ål, vil ein ha behov for å justere opp budsjett for omsorgslønn i planperioden.



4.6.2 Grunngeving for tiltak

Personell og rammer

Statlege planer la opp til ei styrking av den kommunale omsorgstenesta med 12.000 årsverk i perioden 2010 – 2015. Dette tilsvara om lag 12 stillingar i Ål. Kommunen har ikkje greidd å fylgje opp dette. Det er behov for å **styrke heimetenestene sin kapasitet** i høve til tidleg tilbakeførte pasientar frå sjukehus, basisbemanning ved heildøgns omsorgsbustader, og for å ta høgde for ein forventa auke i etterspurnaden frå hyttefolket i kommunen.

Heimesjukepleien bør også styrkast gjennom høgskuleutdanna personell og **oppbygging av helsefagleg kompetanse** (sjå kap. 4.8). Det er særleg viktig å styrke kompetanse og haldningar knytt til rehabilitering og opptrening, dette for å kunne møte den utfordringa som ligg i at sjukehuspasientar vert utskrive tidlegare og behandla med polikliniske metodar.

Heimetenestene skal **utvikle arbeidsmetodar** som aukar den direkte pasientretta tida (ATA-tida). Dei ulike faggrupper skal så langt regelverket gjer det mogeleg, utføre arbeidsoppgåver på tvers av fagprofesjon. Ein skal unngå dobbeltkøyring og dobbeltbesøk fordi ulike faggrupper har ulike arbeidsoppgåver.

Tverrfagleg arbeid inneber at tenestene organiserer seg slik at alle som har behov for særlege faglege vurderingar, får dette uavhengig av administrative skiljelinjer. Satsinga på heimetenestene gjer at samarbeidet både med ergoterapeut og fysioterapeut vert viktig for at den enkelte kan meistre kvardagen i eigen bustad. Det er også viktig å få eit nært samarbeid mellom legetenesta og heimetenestene slik at alle som treng medisinsk oppfølging får dette uavhengig av om dei sjølve er i stand til å bestille seg time på legekontolet eller ikkje.

Vidare utbygging av **primærkontaktsystemet** er eit viktig verktøy for å sikre den enkelte brukar medverknad. Dette er også i tråd med Forskrift om rehabilitering som understrekar at alle i målgruppa har krav på ein personleg koordinator. Det er også i tråd med samhandlingsreformen, der regjeringa varslar ei lovpålagt plikt til å sørje for at alle pasientar med behov for koordinerte tenester, får ein person som kontaktpunkt.

Det skal vera forutsigbart både for brukarar, tenesteytarar og politikarar kva som er innhaldet i dei heimetenester som vert gjevne i Ål kommune. Det skal utarbeidast **serviceerklæringer** som skal vedtakast av kommunestyret. I tråd med tilrådingane i Devold-rapporten skal det vera ein høgare terskel for å få offentleg hjelp til reingjering og praktisk bistand. I større grad må dette dekkast på den private marknaden og innan familien.

Bustader

Det er behov for å ha **tilrettelagte bustader** for ein del brukarar med nedsett funksjonsevne der årsaka kan liggje både på det psykiske, somatiske eller det sosiale. Bustadane som kommunen i dag disponerer, vert eldre og behovet for vedlikehald og evt erstatningar vil auke. Psykisk helse melder at behovet for eit Leksvol II er like rundt hjørnet. Plangruppa tilrår at dette vert utgreidd i løpet av fyrste del av planperioden. Plangruppa har ikkje tilstrekkeleg grunnlag til å fremje forslag om ei slik utbygging nå. Det vidare behovet for tilrettelagte bustader til andre målgrupper må kartleggjast i løpet av planperioden.

Kapasiteten på bygningsmassen må planleggjast på lang sikt med utbyggingsetappar der omfanget kan regulerast etter kvart som utviklinga syner kva veg behova svingar.

Staten har gjeve ein tommelfingerregel på at 28 % av talet på eldre over 80 år vil gje ei sannsynleg ramme for behovet for både sjukeheims plassar og **omsorgsbustader med heildøgns omsorg (HDO)**. Dersom ein tek dette som utgangspunkt for ei framtidig utbygging, vil dette gje fylgjande behov i Ål:

År	Befolkning > 80 år	28 % = behovet for heildøgns omsorg
2015	287	80
2020	267	75
2025	287	80
2030	360	101
2040	507	142
2050	632	177

Tabell 4. Framskriving av behovet for HDO etter framskriving av folketallet

Medrekna rom på sjukeheimen og Uppigarden, men utan å rekne med avdelinga på Prestegardsjordet, er det samla talet på heildøgns plassar og bustader i kommunen nå 65.

Utover planperioden er det stor usikkerheit til både befolkningsframskrivinga og vurderinga av behovet for omsorgsbustader. Moment her er:

- Korleis vil folketallet i Ål og Hallingdal utvikle seg?
- Vil folk i større grad sjølv kjøpe og tilpasse egne bustader for livsløpsstandard?
- I kor stor grad vil ein få ei tilflytting/tilbakeflytting til Ål av pensjonistar?
- Korleis vil hyttefolket bruke hyttene sine i Ål ved aukande omsorgsbehov?

Med bakgrunn i desse momenta har plangruppa vald å skissere eit behov basert på dagens situasjon og prognosar, men understreke behovet for å planlegge etappevis med vedtakspunkt der utbygginga kan tilpassast utviklinga. Plangruppa understrekar at helsetunområdet er lite, - det er viktig å planleggje slik at utbygging ikkje stenger for framtidige behov.

Plangruppa tilrår fylgjande framdrift for bygging av heildøgns omsorgsbustader (HDO):

Nybygde HDO	Tidspunkt for vedtak	Tidspunkt ferdig	Samla tal HDO.
16	2015	2017	81
16	2027	2030	97
32	2037	2040	129
32	2047	2050	161

Tabell 5. Framlegg til ei framdriftsplan for utbygging av HDO

Balansen mellom omsorgsbustader og sjukeheim vil også vera avgjerande for desse framdriftsplanane. Kanskje ser ein i dag konturane av ei utvikling der meir av tenestene vil bli gjeve i private heimar med livsløpsstandard, i så tilfelle vil behovet for sjukeheimsrom verta større enn behovet for omsorgsbustader. Dette må bli ein fortløpande diskusjon.

Heimetenestene må ivareta eit overordna ansvar for miljøarbeid og tilrettelegging av **fellesareala** i dei heildøgns omsorgsbustadene bygd som bufellesskap.

BPA og omsorgsløn

Det er behov for å utvide omfanget av ordninga med **brukarstyrt personleg assistent (BPA)** og styrke rammene for **omsorgsløn**.

4.7 Sjukeheimen og alternativ til eigne plassar

Hovudprinsipp 7: Institusjonstenesta skal sikre fylgjande tenester:

- a. Langtidsplassar for sterkt pleietrengjande og alvorleg demente*
- b. Målretta korttidsopphald for medisinsk behandling og observasjon, rehabilitering, terminal omsorg og avlasting.*

4.7.1 Status og overordna føringar

4.7.1.1 Sjukeheimen og andre buformer for heildøgns omsorg og pleie

Mange kommunar reindyrkar i dag sjukeheimane som ein medisinsk institusjon for korttidsopphald der alle langtids butilbod er definert ut. Denne planen legg ikkje opp til denne utviklinga i Ål kommune. Det betyr at det framleis vert foreslått både korttidsplassar og langtidsplassar i institusjonstenesta i kommunen.

Langtidsplassane i institusjonstenesta skal vera eit tilbod til pasientar med eit så omfattande pleiebehov at det overstig bubehovet, og der pasientane som hovudregel er over 67 år. Ressursbruken til personell og/eller utstyr vil vera omfattande. Det er vanskeleg å avgrense målgruppa eintydig. Men det er særleg to grupper som vil utgjera hovudtyngda av desse pasientane. Om den eine av desse gruppene vert det brukt omgrep som "dei sjukaste sjuke" eller "fulltids pleietrengande". Den andre gruppa har alvorleg grad av demens eller andre alderspsykiatriske hovuddiagnosar og kan ha omfattande åtferdsforstyringar med behov for kontinuerleg tilsyn eller skjerming. Om denne gruppa vert det ofte brukt omgrep som "dei dårlegaste demente".

Korttidsplassane i institusjonstenesta skal vera eit tilbod om medisinsk behandling, rehabilitering, terminal omsorg og avlasting til alle aldersgrupper i kommunen. I 2013 hadde vi 148 korttidsopphald, fordelt på 82 brukarar. Liggjetida kan variera frå timar til over 100 døgn pr. opphald, gjennomsnittleg liggjetid på korttidsopphald var 14 døgn. Kort kan det nemnast nokre hovudpunkt om desse ulike gruppene:

- medisinsk behandling og observasjon Pasientar innlagt frå sjukehus eller lege med avklart diagnose til behandling eller til oppfølging av påbegynt behandling. Det kan omfatte legebestemte akuttinnleggingar til observasjon eller observert behandling, evt. innlagt av omsorgstenesta ved behov for akutt pleie.
- rehabilitering er eit tilbod der innlegging i avdeling er ynskjeleg for å kunne gjennomføre ei heilskapleg rehabilitering. Dette ut frå ei brei forståing av omgrepet rehabilitering som både psykisk, sosial og somatisk rehabilitering. Ei heilskapleg rehabilitering vil krevje ei tverrfagleg tilnærming.
- terminal omsorg gjeld pleie og omsorg ved livets slutt der det ikkje er mogeleg eller ynskjeleg å gje dette i pasienten sin heim. Det er også aktuelt å legge inn alvorleg sjuke pasientar for lindrande behandling eller justering av slik behandling.
- avlasting etter helse- og omsorgslova § 3-2 punkt 6d der målsetjinga er å avlaste pårørande for omfattande pleieoppgåver.

I den førre planen opererte ein også med omgrepet tryggleiksplass der ein person sjølv kunne ta kontakt med sjukeheimen og vera garantert eit kort opphald for å avklare vidare hjelpebehov. Erfaringa viser at dette tilbodet ikkje er så aktuelt for små kommunar som Ål. Oppstår denne type behov, vil ein likevel raskt kunne gje eit tilpassa tilbod. Tilbod om institusjonsplass skal ikkje berre

omfatte heildøgns plass. I enkelte tilfelle kan natta vera det vanskelegaste for brukaren eller pårørande. Det skal då leggjast til rette for dette.

Nattenestene er organisert under avd. Tunet. Nattenestene dekker behov både på sjukeheimen og ute i heimane. Behovet har dei siste åra vore sterkt stigande, både i høve til personar med demens og behovet ute i heimane.

Som det framgår av kap. 4.6.1.2 har ikkje kommunen pr. i dag **andre buformer for heildøgns pleie og omsorg**.

4.7.1.2 Alternativ til egne plassar

Hallingdal sjukestugu – intermediære plassar

Hallingdalskommunane har vedteke at ein saman med Vestre Viken HF skal drifte ei felles intermediæravdeling ved Hallingdal sjukestugu, ei avdeling med 10 desentraliserte sjukehusplassar og 10 interkommunale plassar. Desse plassane er berekna på pasientar der den enkelte kommune ikkje har tilstrekkeleg kompetanse eller tilstrekkeleg tilsynskapasitet til å ta hand om pasientane sjølv. I praksis er dette pasientar der alternativet hadde vore sjukehuset, men der samhandlingsreformen har utfordra kommunane til å ta hand om desse pasientgruppene på kommunalt nivå. Ål kommune har påteke seg ein garanti for å utnytte tilbodet dersom beleggprosenten på dei interkommunale plassane over tid vert låg.

Kjøp hjå andre kommunar

Hallingdalskommunane har også bestemt at ein så langt ein har kapasitet skal kunne kjøpe institusjonsplassar av kvarandre. Det er fastsett ein felles døgnpris for slikt kjøp, i 2014 kr. 2100. Dette er fyrst og fremst ei ordning som er kome i stand fordi ein har erfaring for at behovet heile tida endrar seg. I ein periode der ei kommune opplever stor pågang, kan ei anna kommune oppleve at ein har ledig plass. Totalt kan ein dermed greie seg med eit mindre antall plassar i Hallingdal. Ål kommune har til no ikkje nytta seg av ordninga med kjøp av plassar, men har i nokre tilfelle seld plassar til andre kommunar i dalen.

4.7.2 Grunngeving for tiltak

Forsking viser at det ikkje er talet på sjukeheimsplassar i ei kommune som er avgjerande for tilgjenge til omsorgstenestene, men andelen **korttidsplassar** og sirkulasjonen i desse plassane. På landsbasis var andelen korttidsplassar i 2012 16,6 %. I Ål er det avsett 15 korttidsplassar, noko som utgjer 30 %, men ein del av desse plassane må også brukast til langtidspasientar. Det er særleg mangelen på omsorgsbustader med heildøgns omsorg som gjer at ein ikkje får pasientane ut av korttidsavdelinga.

Ein forventar at pågangen på korttidsplassar vil vera aukande i åra frametter, dette har mellom anna samanheng med samhandlingsreformen og tidlegare tilbakeføring frå sjukehusa. Dette vil innebera ei fagleg vektlegging av rehabilitering og opptrening både på korttidsavdeling og i heimetenestene. Plangruppa meiner likevel at 15 korttidsplassar er tilstrekkeleg dersom desse plassane berre vert brukt til dette føremålet og ikkje til langtidsplassar. Dagens korttidsavdeling er ikkje funksjonell. Romma er små og ombygginga av bada i 2004 har ikkje vore vellukka. Lokala er ikkje tilpassa dei krav ein i dag må setje til ei aktiv korttidsavdeling. Behovet må ivaretakast i den utbygginga av helsetunet som nå er under planlegging.

Førebels er presset på **langtidsplassar** på sjukeheimen stort. Ein kan ikkje rekne med at dette avtek før kommunen har ferdigstilt 16 nye heildøgns omsorgsbustader og er ferdig med

ombygging/nybygging av korttidsavdelinga. Det at ein tek i bruk alle korttids plassar til dette formålet, vil gje eit større press på langtids plassar enn i dag. Plangruppa meiner at den planlagde utbygginga ved helsetunet bør ivareta ein auke på 5 langtids plassar. På sikt synest plangruppa det er vanskeleg å seie noko om det forventa behovet for sjukeheims plassar, jmf. kap. 4.6.2. Dette må derfor vurderast på nytt seinast i 2027.

Tildeling av ein langtids plass sikrar brukaren ein plass på institusjonen, men ikkje nødvendigvis det same rommet. Ei funksjonsinndeling av tenestene kan føre til eit behov for å flytte brukarar til andre delar av institusjonen, f.eks. frå ei geriatriavdeling til ei demensavdeling. I utgangspunktet bør ein i størst mogeleg grad unngå **flyttingar**. Flyttingar skal alltid kunne grunngjevast med at brukaren får eit meir tilpassa tilbod til sine behov. Likevel må ein av og til vurdere ulike brukarar sine behov opp mot kvarandre og sikre dei som har størst utbytte av ei intern flytting.

Personellsituasjonen på sjukeheimen er pressa. Ei meir aktiv korttidsavdeling og eit utvida tal på langtids plassar vil tvinge fram ein auke i personellgruppa. Personalet har i lang tid peika på at bemanninga på kveld og helg er for låg. Det er ingen logikk som tilseier at arbeidsmengda er lågare i helga, heller tvert om. Det er ynskjeleg å prøve ut alternative turnusmodellar.

Ei styrking av **nattenestene** er naudsynt. I oktober 2014 har nattenesta mellom 20 og 30 oppdrag utanfor institusjonen og ein har vore nøydd til å setja inn ei femte nattevakt for å greie å ta hand om alle oppdrag. Dette bør inn i økonomiplanen som ei fast ordning. Det vert også arbeidd med å finne ordningar for større sambruk av nattevakter mellom sjukeheimen / heimetenestene og avd. Miljøterapi.

Den **interkommunale avdelinga på HSS** skal driftast etter ei vedteken avtale mellom kommunane. Den totale driftskostnaden til denne avdelinga er ikkje endeleg kalkulert. Delvis er usikre føringar frå sentrale myndigheiter ei årsak til dette. Det må avsetjast betydelege midlar til den aktuelle avdelinga. Frå 2016 vert det tilskotet som ein får i dag, innrekna i rammetilskotet. Det er fare for at dette slår negativt ut for kommunane. Ein reknar med drift på avdelinga frå 2017.



4.8 Fagpersonell og fagmiljø

Hovudprinsipp 8: Tenesteapparatet skal ha høg fagleg standard og høg andel fagpersonell. Fagmiljøet skal vera i stadig utvikling og gje både tryggleik og utfordring for personalet. Arbeidsgjevar skal vektlegga opplæring og etterutdanning og stimulere til vidareutdanning.

4.8.1 Status og overordna føringar

4.8.1.1 Fagmiljø, kompetanse og rekruttering

Samhandlingsreforma er tydeleg på at kommunane må utvikle førebyggjande og helsefremjande tiltak, og prioritere førebygging framfor behandling. Omsorgstenesta treng derfor å endre mønster for helse- og omsorgskjeda, - frå den defensive, behandlande funksjon til proaktivitet, førebygging og prioritering av helsefremjande tiltak. Kommunane må i større grad legge vekt på aktiv omsorg, førebygging og rehabilitering, og utfordrast til å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetodar.

Og byggje opp sterke og dyktige fagmiljø er eit av dei aller viktigaste tiltaka for å sikre kontinuitet i helse- og omsorgstenesta, stabil arbeidskraft og fremje ny-rekruttering.

Både St. meld. nr. 25. (2005-2006) med Omsorgsplan 2015 og St.meld. nr. 29. (2012-2013) med Omsorgsplan 2020 peikar på at kompetanse, kvalitet og pasientsikkerheit i dei kommunale omsorgstenestene må utviklast og styrkast. Det er behov for fagleg omstilling med høgare kompetanse, nye faglege tilnærmingar og arbeidsmetodar innan områda rehabilitering, tidlig innsats, aktivering, miljøbehandling, nettverksarbeid og veiledning av pårørande og frivillige, og innføring av velferdsteknologi, lindrande behandling og omsorg ved livets slutt.

Regjeringa har utvikla ein kompetanse- og rekrutteringsplan, «Kompetanseløftet 2015», som gjennom tilskotsordning til kommunane skal sikre tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning, og å sikre berekraftig utvikling i den kommunale omsorgssektoren.

Rekruttering og utvikling av fagmiljø er krevjande for ei liten distriktskommune som Ål, og gjev store utfordringar i konkurranse om å vere ei attraktiv kommune. Når helsepersonell vel kommunehelsetenesta vekk til fordel for spesialisthelsetenesta, er det vanlegaste forklaringa at dei i kommunale helse- og omsorgsteneste ofte vert ståande aleine med ansvar og arbeidsoppgåver og at dei saknar eit fagmiljø. Sikring av god fagkompetanse gjennom ulike utdannings- og rekrutteringstiltak, og eit fagleg utviklande og godt arbeidsmiljø er difor av stor betydning for å rekruttere og behalde fagpersonell. Leiarutdanning og leiarutvikling er også ein viktig del av dette arbeidet.

Kompetanse må også sjåast på tvers av Hallingdalskommunane. Den einskilte av kommunane har ikkje kapasitet til å inneha all nødvendig fagkompetanse til ei kvar tid. Spesialkompetanse bør vera kjent og kunnskapsdeling kunne nyttast på tvers av Hallingdalskommunane ved behov.

4.8.1.2 Tilgang på og fordeling av arbeidskraft

Behovet for fleire kompetente menneske i omsorgssektoren aukar dramatisk i åra som kjem. Berekningar Helsedirektoratet/ SSB har gjort viser at Noreg står overfor store utfordringar for å sikre kontinuerleg og tilstrekkeleg fagkompetanse i framtida, og utfordringane vil også ha betydning for Ål. Det auka behovet for helsepersonell har fleire årsakar. I tillegg til ein generell vekst i tenesta vil endringar i alderssamansetjing i befolkninga skape behov for fleire tilsette. Nye helsereformer, auka forventning og sterkare rettigheter i befolkninga, samt ny teknologi, bidreg til høgare etterspurnad av helsetenester. Overføringa av stadig meir medisinskfaglege arbeidsoppgåver frå sjukehusenesta til kommunane krev ei anna fordeling mellom faggruppene enn tidlegare for å sikre nødvendig kvalitet på tenestene.

Når utvikling og tilgang av fagutdanna personell ikkje stig proporsjonalt med vekst i talet av eldre og sjuke jamfør kap.2, må kommunen målbera nye og langsiktige visjonar for å tiltrekke seg nødvendige yrkesgrupper. Dagens fordeling på antal årsverk vert vist i tabell 6. Det bør setjast mål for kvar avdeling i fordelinga av personell for planperioden.

Avdeling	Høgskule-utdanna årsverk	Helsefag- arbeidarar	Prosent høgskuleutdanna	Prosent helsefagarbeidar
Stugu	9	16	36	64
Tunet	10	11	48	52
Natt	3,7	3,3	53	47
Heimeteneste	11	24	31	69
Miljøterapi 1	6	11	35	65
Miljøterapi 2	8	10	44	56
SUM	47,7	75,3	39	61

Tabell 6 Fordelinga mellom høgskuleutdanna og helsefagarbeidarar april 2014.

4.8.1.3 Kompetanseheving i helse- og omsorgssektoren

«Kompetanseløftet 2015» er ei av regjeringa sine tiltak for å sikre kvalitet av tenestene, nødvendig fagkompetanse og utvikle personell i helsesektoren i tråd med dei utfordringar som ligg føre. Ål kommune ynskjer å tilby etterutdanning og vidareutdanning for sine tilsette, og leggje til rette for studiar på masternivå og for forskning i organisasjonen. I ramma nedanfor er det nemnt tiltak som har vore gjennomført innan vidare- og etterutdanning av personell i Ål kommune dei siste åra (gjennomgang aug -14).

Vidare- og etterutdanningstiltak i Ål siste åra:

- Eldreomsorgens / Demensomsorgens ABC: 90 personar har gjennomført, og om lag 20 er i gang med studiemodellen i 2014. Fire har gjennomført / er i gang med ABC til Helsefagarbeidar.
- Vidareutdanning innan Geriatrik vurderingskompetanse: I jan. 2014 var det 8 sj.pl. frå Ål kommune som tok eksamen i denne vidareutdanninga (30 studiepoeng). Tilbodet er utvikla i samarbeid mellom Utviklingssenteret for sjukeheimar, Ål kommune og Høgskulen i Buskerud og gjennomført som eit pilotprosjekt i form av eit desentralisert deltidsstudium i Hallingdal.
- Klinisk veiledning: I 2011 var det 16 høgskuleutdanna frå Ål kommune som deltok i vidareutdanning i klinisk veiledning. Ål kommune har via denne utdanninga fått god kompetanse hjå egne tilsette for å kunne utføre veiledning både av kollegaer, pasientar og pårørande.
- Andre: 2 tilsette har teke / er i gang med masterutdanning, 4 har teke / er i gang med tverrfagleg psykisk helsearbeid, 2 innan psykisk helse har teke utdanning innan nettverksarbeid.
- Vidareutdanning i rehabilitering: 5 helsefagarbeidarar har gjennomført dette i 2013.
- Leiarutdanning: 4 har teke leiarutdanning på høgskulenivå. I tillegg har alle leiarane delteke på leiarutviklingsprogrammet til Ål kommune.

Dei som har tileigna seg særleg kompetanse innan ulike fagfelt, må nyttast som ressurs-personar og brukast som veiledarar på tvers av avdelingar. Dette for å styrke tenestekvaliteten uavhengig av organisatoriske eller faglege grenser. Det vil krevje ein organisasjon og ei leiing som er fleksibel, open og villig til å dele ut over egne faggrenser og økonomiske rammer.

Prosjekt lokalmedisinske tenester i Hallingdal har løfta fram behovet for interkommunalt samarbeid innan kompetanseutvikling for personell kombinert med lærings- og meistringstiltak for brukarar. Det er foreslått 0,5 stilling på tvers av kommunane.

4.8.1.4 Utviklingssenter for sjukeheimar i Buskerud (USH)

Ål kommune skal gjennom satsinga på Ål bu- og behandlingssenter som Utviklingssenter for sjukeheimar i Buskerud vere pådrivar for teneste- og kompetanseutvikling. Dette gjennom ei kontinuerleg utvikling av helse- omsorgstenesta som læringsarena, tett oppfølging av helse-personell gjennom refleksjonsgrupper og faglege utfordrande oppgåver, og gjennom forskning. Det er fokus på kompetanseheving og modellutvikling og tett samarbeid med Høgskolen i Buskerud og Vestfold og Høgskulen i Telemark om tilrettelegging på desentraliserte studiar.

Ål har behov for vidareutdanning/master særleg innan fagfelte geriatri, demens, kreftomsorg / lindring, rehabilitering og psykisk helsearbeid. USH har som mål å vera i fremste rekke i høve til å utvikle nye modellar, og drifte fag- og kompetanseutvikling og forskning. Eit inspirerande miljø, tilrettelagt for læring, fagutvikling og forskning, er avgjerande for den vidare utviklinga både for Ål som vertskommune og for Hallingdal.

4.8.1.5 Studentar elevar og lærlingar

Omsorgstenesta har nært samarbeid med utdanningsinstitusjonane om sjukepleiestudentar, m.a. med Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Ål kommune ser det også som viktig å styrke samarbeidet med Ål vidaregåande skule for å knyte sterkare band mellom teori- og praksisfelt og dra nytte av kvarande sin kompetanse. Studentar /elevar/lærlingar bør integrerast i kvalitetsutviklingsarbeid og utviklingsprosjekt i dei aktuelle praksisperiodane for å fremje kunnskapsbasert praksis. Studentarbeid er særskild viktig i helse- og omsorgstenesta. Gjennom høgt fagleg nivå, tilrettelagt fagmiljø for studentar og vekt på trivsel i praksisperioden, ser vi at det er mogleg å rekruttere ferdig utdanna helsepersonell.

4.8.1.6 Desentralisert utdanning

Eit godt tiltak for å sikre tilgang til høgskuleutdanna personell i distriktkommunar er desentraliserte studietilbod på høgskulenivå. Hallingdalskommunane har eit samarbeid med Høgskulen i Telemark om desentralisert vernepleiarutdanning i tidsrommet 2013-2017. Kommunane har samla seg om felles støtteordningar for tilsette som gjennomfører studiet. Ni hallingar er i gang med utdanninga.

4.8.1.7 Kvalifisering av personell utan fagutdanning

Det skal ikkje tilsetjast ufaglærte i stillingar i sektoren. Tilsette som allereie er tilsett, og som ikkje har helse- og sosialfaglig kompetanse må tileigne seg dette basert på realkompetanse og deltidsopplæring ved vidaregåande skule/ Bli helsefagarbeidar med ABC. Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC skal gjennomførast som eit tilbod internt i kommunen.

4.8.1.8 Særlege behov

Kommunen må gjennom rekruttering, vidare- og etterutdanning dekke særlege behov som kommunen har over kortare eller lengre tid. Dette kan gjelde einskildpasientar med sjeldne, ressurs- og kompetansekreivjande sjukdomar (t.d. ALS-pasientar med heimerespiratorbehov, pasientar med behov for heimedialyse o.l.), men også tenester i høve til større grupper med særlege behov, t.d. den store gruppa med døve og høyrselshemma i kommunen.

4.8.2 Grunngeving for tiltak

Det bør lagast ei overordna kompetanse- og rekrutteringsplan i Ål kommune for å få oversikt over kompetanse og manglande kompetanse, bidra til å redusere mangel på fagutdanna helsepersonell og tiltrekke seg nødvendig arbeidskraft til Hallingdal. Ansvarleg for utarbeiding av planen er personalsjefen i samarbeid med fagansvarlege i sektorane. Ein skal her ha fokus på såkalla «juniortiltak», - tilrettelegging og fleksibilitet for unge arbeidstakarar.

Helse- og omsorgstenesta står overfor stadig nye utfordringar og endringar. God fagleg og administrativ leiing er avgjerande både for kvalitet og effektivitet. Ål kommune ser det som nødvendig at **leiaropplæringa** blir styrka og systematisert gjennom ulike utviklingsprogram, gjennom rådmannens «diskegrupper», og gjennom tilrettelagt leiarutvikling. «Kompetanse-løftet 2015» gjev midlar til «Leiaropplæringspakka», - eit samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Ressurscenter for omstilling i kommunane (RO) og Fagakademiet.

Ål kommune vil saman med dei andre Hallingdalskommunane drive eit systematisk rekrutteringsarbeid for helsefagarbeidarar. Talet på **lærlingplassar** og behovet for dette skal vurderast kontinuerleg og etter behov, - med ei basiskvote på 4 lærlingplassar.

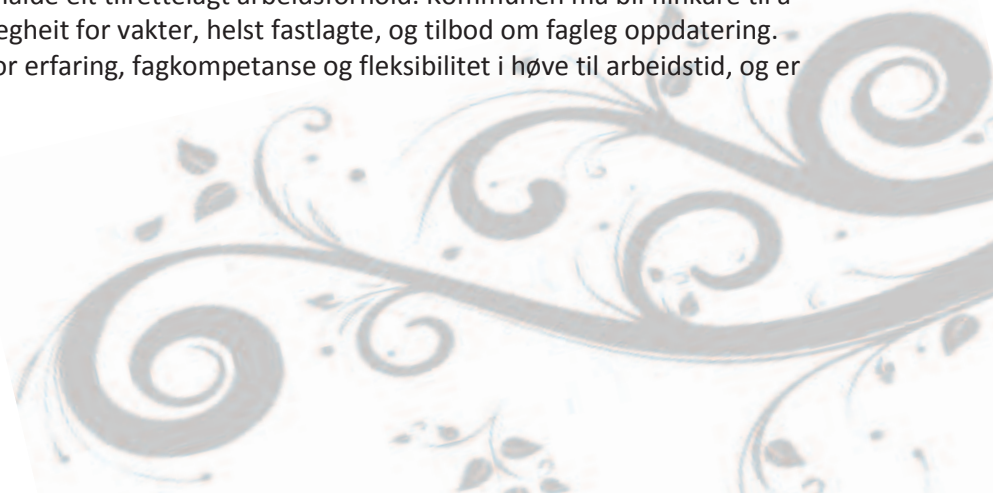
Auka fokus på å få forskingsbasert kunnskap inn i praksis er ein kultur Ål ynskjer skal forsetja, for å sikre tenestene og styrke tilbodet til brukarane våre. **Kunnskapsbasert praksis** er å ta faglege avgjersler basert på systematisk forskingsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og i dette inkludere pasienten sine ynskje og behov. Ål kommune ynskjer i planperioda at alt personell skal medverke til utvikling av eigen praksis og organisasjonen sin praksis med Tettare - på – modellen. Målet er at arbeidsforma er implementert som eit arbeidsreiskap som skal bidra til auka fagkompetanse og betre tenestekvalitet for pasienten.

Tilskotsordninga «Kompetanseløftet 2015» er ein del av regjeringa sitt bidrag for å sikre nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstenesta. Ordninga ser ut til å bli vidareført til 2020. Med bakgrunn i tilskotsordninga tilbyr helse- og sosialsektoren **støtteordningar til utdanning** der sektoren ser dette som naudsynt. Sjukepleiar- og vernepleiarutdanning har i planperioden fyrsteprioritet, men andre yrkesgrupper på høgare nivå må vurderast fortløpande etter behov. Ål kommune skal framleis ta initiativ til samarbeid i Hallingdal om felles utdanningsprosjekt og støtteordningar for desentraliserte utdanningar på høgare nivå innan helse- og omsorgssektoren, særskilt innan sjuke- og vernepleiarutdanning. Det skal fortløpande vurderast å **omgjera stillingar** for å auke kompetansen.

Helsefagarbeidarar er ei høgt prioritert gruppe. Det må arbeidast systematisk for å opprett-halde andelen av faglærte blant omsorgspersonalet. Nye stillingar som vert oppretta, skal vera fagstillingar. Ål skal legge til rette for og motivere sine ufaglærte til å ta utdanning. **Personell utan fagutdanning** må tileigne seg formalkompetanse for å få fast stilling.

Ål kommune vil kontinuerleg stimulere til **etter- og vidareutdanning** i eigen organisasjon. Kommunen ynskjer tilsette med mastergrad, og vil legge til rette for relevante forskings-prosjekt for å styrke fagutvikling, eigen organisasjon og rolla som Utviklingssenter for sjukeheimar. Samarbeidet mellom USH, Hallingdalskommunane og Ål vidaregåande skule må styrkast med felles planar, samhandlingsprosjekt for fagskuleordningar og tilbod for vidareutdanning. Samarbeidet med Vestre Viken HF / Hallingdal sjukestugu for veiledning og hospitering skal vidareutviklast. Vidareutdanning i rehabilitering, geriatri, psykisk helse, demens og lindrande omsorg- og pleie skal støttast særskilt.

Fleire av våre fagutdanna som når pensjonsalder ynskjer å fortsette ut over 67 år om det blir tilrettelagt ut frå pensjonsordninga. Før arbeidstakar går ut i pensjon bør det avklarast forventningar, og om det er ynskje om å oppretthalde eit tilrettelagt arbeidsforhold. Kommunen må bli flinkare til å tilby desse arbeidstakerane moglegheit for vakter, helst fastlagte, og tilbod om fagleg oppdatering. Desse arbeidstakerane innehar stor erfaring, fagkompetanse og fleksibilitet i høve til arbeidstid, og er ein viktig ressurs for kommunen.



4.9 Særlege faglege utfordringar

4.9.1 Demensomsorga

Førekost av demens aukar med aukande alder. Ut frå befolkningsutviklinga i Ål kommune (kap. 2.1) vil dei samla omsorgsbehov på grunn av demens i særleg grad auke etter 2025.

Utfordringa til kommunen framover vil bli å ha gode tilrettelagte tilbod for personar med demens både ut frå kvar dei er i demensutviklinga, men også ut frå aldersgruppe og kva for fysisk tilstand personane er i. Ål kommune er involvert i utviklinga av demensomsorga gjennom Utviklingssenter for sjukeheimar. For å kunne gje ei heilskapleg og god demensomsorg, bør kommunen ha ei stor breidde i tilboda sine. Dette vil omfatte:

- **Demensteam** – Med særleg ansvar for utgreiing og diagnostikk, veiledning av og tilrettelegging for den sjuke og dei pårørande, og utvikling av gode prosedyrar og samarbeidsrutinar i høve til aktuelle samarbeidspartar.
- **Godt utbygde tenester i heimen** – Dette betyr at personar med demens kan bu lengst mogeleg i eigen heim og pårørande kan få tilbod om avlasting i heimen. Tilbod i heimen bør kunne vera samarbeidsprosjekt mellom den kommunale heimetenesta, ei ordning med aktivitetskontakt og frivillige organisasjonar. Tilrettelegging i heimen i form av aktuelle hjelpemiddel er andre viktige tiltak.
- **Varierte og gode dagtilbod** – Eit naudsynt kommunalt tiltak for heimebuande personar med demens og deira pårørande. Tilboda må vera varierte då personar med demens er forskjellige både i forhold til interesser, fysisk, psykisk og mentalt funksjonsnivå og alder. I tillegg til dagsenter, bør kommunen ha tilbod om "Grøn omsorg/Inn på tunet".
- **Differensierte plassar med heildøgns omsorg** - Kommunen bør både på institusjon og i bufellesskap kunne tilby tilrettelagte plassar for personar med moderat og alvorleg demens. Ein må også ha tilrettelagte plassar for avlasting/korttidsopphald og utgreiing/ kartlegging. Utgreiing bør fyrst og fremst skje i brukarens eige, kjende miljø. Behov for forsterka eining for personar med så utfordrande åtferd at dei ikkje kan vera i ei vanleg demenseining, kan også melde seg. Sjå punkt nedanfor om forsterka demensomsorg.
- **Uteareal/sansehage** – Ein sansehage skal gje trygge uteareal og stimulering, oppleving av velvære og meistring, og legge til rette for å vera sosialt aktiv.
- **Kompetanse** – Behandling og omsorg for personar med demens krev gode kunnskapar både innan gerontologi, geriatri og spesialområdet demens. Kommunen må legge til rette for / prioritere at personalet får høve til etter- og vidareutdanning innan desse områda.
- **Tilbod til pårørande** – Pårørande til personar med demens opplever ei stor omsorgsbyrde, omsorga grip tungt inn i liva deira og avgrensar mogelegheitene for å leva eige, sjølvstendige liv. Kommunen har etablert pårørandeskule etter mønster av eit sentralt utarbeida opplegg. Målsetjinga for pårørandeskulen er å gje pårørande auka kunnskap om demenssjukdomane, og gje dei grunnlag for betre å kunne takle eigen situasjon og betre kvaliteten på samværet med den sjuke. Samtalegrupper kan opprettast i løpet av pårørandeskulen eller som ei forlenging av denne. Pårørandeskule er eit årleg tilbod og er eit interkommunalt samarbeid med Hol og Gol. Det bør også gjevast støtte til frivillige demensforeiningar, slike er oppretta både i Hol og Ål.
- **Forsterka demensomsorg**
Utviklingssenteret for sjukeheimar i Buskerud og Høgskulen i Buskerud har i 2011 – 2013 gjennomført eit prosjekt om forsterka demensomsorg i Hallingdalsregionen med tittel «Forsterket demensomsorg i distriktkommuner». Arbeidet er vidareført gjennom ei arbeidsgruppa som såg på konkrete kompetansebehov i den enkelte kommune, ambulerande demensteam og behov for interkommunale døgnplasser. Forsterka demensomsorg er aktuelt for pasientar som ein gjerne samlar under omgrepet APSD (Adferdsforstyrrelsar og psykiske symptom ved demens). Arbeidsgruppa kjem med fylgjande tilrådingar:

1. Tilråding kompetansebehov:
 - Flest mogleg fellestiltak innan kompetanseheving i Hallingdal
 - Spisskompetansebygging for ambulerande team/fellesplassar (sjå nedanfor)
 - Samarbeid med spesialisthelestenesta med tanke på kompetansebygging
2. Tilråding om ambulerande demensteam:
 - Ambulerande demensteam skal dekke heile Hallingdal og bistå ved behov for å styrke kartlegging og oppfølging av personar med demens.
 - Teamet skal inneha spisskompetanse og gje veiledning / undervisning
3. Tilråding om felles plassar:
 - Det bør byggjast opp ei felles avdeling i Hallingdal for pasientar med APSD. Fellesplassar er for ekstra krevjande pasientar som treng høg fagkompetanse og godt tilrettelagte plassar. Tilbodet bør gjevast i avgrensa tidsperiodar.

Ål kommune vil aktivt ta del i eit ambulerande demensteam. Når det gjeld oppbygging av felles plassar for ekstra krevjande demenspasientar i Hallingdal, vil Ål vera positivt avventande. Dette spørsmålet må utgreiast vidare. Ein ser også at det på sikt kan vera andre grupper der ein bør tenkja interkommunale omsorgstiltak, t.d. innan rus og psykisk helse.

4.9.2 Rehabilitering

Å lyfte fram rehabilitering framfor passiv pleie, handlar om grunnleggjande haldningar i befolkninga. Det handlar også om haldningar og kompetanse hjå tenesteytarane. Og det handlar om at brukaren, pårørende og personalet kan samarbeide om målretta, tidsavgrensa opptreningstiltak.

Både i heimetenesta og i institusjonen må grunntanken vera å støtte brukaren til å ta hand om seg sjølv og sine behov så langt som mogeleg. Bruken av korttidsplassar må vera retta mot å betre pasienten si funksjonsevne (sjå kap. 4.7.1.1). Også brukarar med langtidsplass på sjukeheimen vil ha behov for rehabiliteringstenester.

Samhandlingsreformen legg føringer for rehabiliteringsarbeidet i omsorgstenesta. Det er oppretta Koordinerende eining (KE) for å sikre brukaren sine rettar. Tildelingsteamet samordnar vedtak og tiltak innan omsorgstenesta. Mange av desse tiltaka kan vera rehabiliteringsprosessar. Dette legg til grunn eit nært samarbeid både med KE (sjå kap. 4.4.1) og den enkelte personlege koordinator/ primærkontakt.

Det er nødvendig å planlegge korleis tilbodet om rehabilitering innan omsorgstenestene skal vidareutviklast. Ein ser for seg at ei ny stilling som ergoterapeut vert viktig for å leie eit tverrfagleg utviklingsarbeid. I botnen må det liggja eit opplærings- og haldningsarbeid. Så må eit eventuelt behov for ytterlegare ressursar koma som resultat av utviklingsarbeidet.

4.9.3 Lindrande behandling og terminal omsorg

Gjennom Kompetanseløftet 2015 legg staten til rette for å styrke tilbodet innan omsorg ved livets slutt og lindrande behandling i den kommunale helse- og omsorgstenesta, dette gjennom å utvikle kompetanse lokalt og ved at legetenesta i sjukeheimen skal styrkast.

I Ål har vi ein ressursjukepleiar i 10 % stilling og ei eiga ressursgruppe innan fagfeltet. Ressursjukepleiaren er tilknytt nettverket for ressursjukepleiarar innan palliasjon og kreftomsorg, palliativ eining, Drammen sjukehus. Det er årlege faste samlingar for nettverket, der kompetanseheving innan emne står sentralt. Det blir og utarbeida felles rutinar og prosedyrar som er gjeldande for Buskerud. Kommunen deltek og i styringsrådet for nettverket med ein delegat.

Ål kommune fekk i 2014 prosjektmidlar til kreftkoordinator frå Kreftforeninga. Koordinator er tilsett, og starta opp i august -14. Prosjektet er 2- årig. Det er ei kjent utfordring at den kommunale helse- og omsorgstenesta ikkje kjenner til alle kreftpasientar i tidleg fase av sjukdommen. Ofte er ein ikkje i kontakt med pasienten før dei får komplikasjonar knytt til sjukdommen sin, og kjem på legevakt. Det er ynskjeleg å sjå på samhandlinga mellom kommune, fastlege, omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta, og finne gode samhandlingsmodellar slik at desse pasientane kjenner seg betre ivareteke og trygga i ein vanskeleg situasjon. Målet er å skape gode samarbeidsmodellar som kan styrke pasientflyten, og som har overføringsverdi til andre kommunar.

Ål kommune deltek også i det regionale samarbeidet leia av Hallingdal sjukestugu og har delteke i prosjektet Termik-Hallingdal som har kvalifisert frivillige til avlastning og støtte for alvorleg sjuke og deira pårørande.

Dei viktigaste utfordringane er knytt til at pasientane kan forhalde seg til få, men godt kvalifiserte fagpersonar. Det må vera mogeleg å frigjera nøkkelpersonell frå turnusplanar for at desse kan følge enkeltpasientar i ein siste livsfase. Målsetjinga er at hjelpeapparatet kan leggje til rette slik at den enkelte kan få dø der vedkomande sjølv ynskjer det, og det må vere eit tett og trygt samarbeid om behandling i siste fase mellom legetenesta og heimetenesta.

På sjukeheimen må det vera disponible og godt tilrettelagte rom. I dette ligg også avskjerma areal for pårørande. Legetenesta ved sjukeheimen er for 2015 styrka og vil dette året ha full stilling som sjukeheimslege. Dette bidreg til trygge rammer, god omsorg og behandling i terminal fase.

4.9.3 Miljøterapi

Avdeling miljøterapi er delt i 2 avdelingar, som gir tilrettelagte heimetenester til personar med ulike funksjonsnedsettingar. Avdelingane tilbyr omsorgsbustader med heildøgns tenester til den som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, sjukdom eller skade av andre årsakar, og avlastningstiltak for personar og familiar som har eit særleg tyngande omsorgsbehov. Det vert gjeve tenester som praktisk bistand og opplæring til dei som har eit særleg hjelpebehov på grunn av funksjonshemming, sjukdom eller som av andre årsakar treng eit målretta og tilrettelagt tenestetilbod. Dei fleste av tenestene som vert gitt er med 1:1 bemanning. Hovudmålet for miljøterapienesta er å ivareta brukaren sitt behov for tryggleik, verdigheit, meistringskjensle og sosialt liv ut i frå den enkelte sine føresetnadar.

Det som skil miljøterapienesta frå andre delar av omsorgstenesta, er at avdelinga gjev tenester i form av miljøarbeid, og oftast til personar som har behov for tenester i eit livslangt løp. Å jobbe med miljøarbeid vil seie at ein systematisk legg til rette for fysiske, psykiske og sosiale faktorar i miljøet for å oppnå personleg vekst og utvikling hjå den enkelte brukar. Alle tenester vert gjeve i brukaren sin eigen heim med brukarmedverknad i fokus. Avdelinga gjev i dag fleire tenester som heimesjukepleie, heimehjelp og dag tilbod. Om avdelinga skal driftast slik kan diskuterast. Det vil for enkelte brukarar vera gunstig at tenestegjevar har moglegheit til å utføre fleire av tenestene enn berre miljøarbeid, men for dei aller fleste vil det å ha eit skilje over kven som utfører tenestene, være viktig. Avdelinga vil alltid leggje faglege vurderingar til grunn for avgjersler om kven som bør yta ulike tenester til brukarane.

Psykisk helse er eit område som bør styrkast i avdelinga. Ulike rapportar frå mellom anna Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) påpeikar at dette generelt er eit fagområde som ikkje er godt nok i tenestetilbodet til brukarane. Det grunnleggjande utgangspunktet er at hovudpersonen er avhengig av andre for å ivareta sine eigne interesser og behov. Mange tek i liten grad initiativ til å oppsøke hjelpeapparatet på eigen hand. Det er nære omsorgspersonar som

observerer og vidareformidlar ulike helseplager, også psykiske plager. Fagområdet psykisk helse bør i større grad inkludert i den daglege drifta i avdelinga.

Likeeins er fastlegen til den einskilde brukar ein nøkkelperson for at brukarane skal få behandling etter behov, og for å avdekke symptoma og funn som kan behandlast før dei gjev helseskader og aukande funksjonstap. Legen må ofte ta heimebesøk, avsetja god tid, unngå unøddig venting, stille opne spørsmål o.l. tiltak som gjer det trygt og forutsigbart. Det er viktig med hyppige helsekontrollar. Avdelinga er avhengig av eit godt samarbeid med legetenesta.

Det er ei utfordring i kommunen å få til eit godt tenestetilbod på tvers av sektorane. Der det er samansette behov bør personell brukast på tvers av sektorane til det beste for tenestemottakaren. Barn og unge som har ei eller anna form for funksjonsnedsetting bør på ein eller anna måte bli «fanga» opp tidleg, og må gjevast ei trygg oppfølging. Koordinerande eining (KE) er på plass, og bør få ei sentral rolle i å sørge for at dei foreldre som får eit barn med funksjonsnedsetting får informasjon og tilbod om avlasting, rettleiing og ein kontaktperson som held kontakt med familien uansett om dei tek imot tenester. Då kan ein betre sikre overgangar frå barnehage /skule /vidaregåande skule / arbeid og bustad.

Samarbeidet med oppvekst / helsestasjon bør styrkast. KE bør styrkast med ein vernepleiar, og ha ei brei kontaktflate på tvers av alle sektorar i kommunen. Kartlegging og planarbeid er eit tidkrevjande arbeid, men det gjev resultatet med god fagleg standard på tenesta. Og det kan gje tenestemottakarar som er trygge, og som kan bruke ressursen sin til å bli mest mogeleg sjølvhjelpen i staden for å måtte bruke krefter på å leite seg fram i tenesteapparatet.

4.9.4 Velferdsteknologi

Talet på eldre vil auke i åra framover, og dette gjer at helse- og omsorgstenesta må tenke nytt. Både nasjonalt og internasjonalt er det semje om at framtidige utfordringar i helse- og omsorgstenesta må løysast ved å ta i bruk meir teknologi. Mykje teknologi er tilgjengeleg allereie, men det skjer nye ting heile tida.

Ål kommune har inngått samarbeidsavtaler med fleire aktørar om utprøving av velferdsteknologi i private bustadar i Ål kommune. Eksisterande og ny teknologi skal takast i bruk på ein innovativ måte for å gje best mogleg livskvalitet og meistring for brukarane, og ein best mogeleg arbeidssituasjon for dei tilsette. I innovasjonsprosjektet Arena Helse (AH) har 9 medlemsbedrifter gått saman i eit forpliktande samarbeid. Dei skal forsøke å utvikle nye teknologiske løysingar basert på identifiserte tenestebehov. Prosjektet er kunnskapsbasert og utvikla i samarbeid med brukar. Universitetet i Agder og Høgskolen i Buskerud og Vestfold deltek i prosjektet for å sikre den faglege kvaliteten i løysingane. Drammen og Ål kommune er med i dette utviklingsprosjektet. Administrasjonen ser eit klart behov for å ha folk som øymerka arbeider med dette feltet.

Velferdsteknologi som skal prøvast ut er:

- Fall-/trykksensor ved seng, stol, sofa og etter kvart på kroppen. Gir alarm når det ikkje lenger er trykk på matta.
- Fuktmatte – alarm når ein blir våt
- Epilepsimatte – alarm ved anfall
- MEMO-planner – ein digital kalender som seier frå om dagens hendingar med påminningsfunksjon, og blant anna fjernhjelp og sms-varsling for personar med begynnande demens.
- Dosett som utløyser alarm når medisinen ikkje er teke til rett tid – alarmen kan koplast både til pårørande, naboar eller heimetenesta.

- Blodprøvetakar som sender svaret direkte inn til f.eks. heimesjukepleia. Denne er ikkje klar for utprøving enda.
- Dusjassistent – dusjar, vaskar og tørkar dei som ikkje klarer å dusje sjølve, men som gjerne vil vere sjølvhjelpne. Denne er ikkje klar for utprøving enda.
- Toalett med dusj- og tørkefunksjon.
- Tryggleiksalarm med 2-vegs kommunikasjon og GPS.
- Digitalt natt-tilsyn.

Utprøvinga av hjelpemidlane har kome i gang i 2014. Det har vore nokre tekniske utfordringar for å få ting til å «snakke» saman, men det som er i drift ser ut til å fungere bra. Tilbakemeldingar frå dei som prøver ut fall-/trykksensor er at både brukarar, pårørande og hjelpepersonell føler seg tryggare. For brukaren sjølv betyr det at han slepp unødvendige besøk av hjelpepersonell som berre skal titte innom for å sjå at alt er bra. For pårørande og dei tilsette betyr det at dei kan vere trygge for at brukaren ikkje har falle og blir liggande utan at dei blir varsla. Dei tilsette kan i tillegg disponere ledig tid på pasientar som har større behov for tilsyn og hjelp. Ein ser frem til å hauste fleire erfaringar i prosjektet.

Velferdsteknologi omfattar også tiltak for å utnytte teknologien betre som eit arbeidsverktøy for personalet. Det kan nemnast innføring av PDA eller mobile løysingar i heimesjukepleie, nøkkelfrie løysingar og telemedisinske tiltak som til dømes digital sårjournal.



5 Tiltak i planperioden

5.1 Ikkje kostnadskrevjande tiltak

5.1.1 Drift

Om tabellen:

Kap. Refererer til det kapittelet tiltaket er omtala

Tiltak Kort beskriving av tiltaket

Prio. Prioritering av når i planperioden igangsetjing er ynskjeleg. Om plangruppa meiner at dette bør gjennomførast i første (1), midtre (2) eller siste (3) del av 12-årsperioden.

Kap.	Tiltak	Prio.
4.1	1. Styrking av servicetorget sine tenester retta mot rehab- og omsorgstenester	1
	2. Styrking av omsorgskontoret i høve til søknad, vedtak og tildeling	1
	3. Fleksibilitet og nytenking i høve til turnusplanlegging	1
	4. Større merksemd på universell utforming	2
	5. Serviceerklæringar på nettet om ulike støttetenester	1
4.2	1. Ei aktiv omsorgsteneste med tilrettelegging av turar og kulturtilbod	2
4.3	1. Haldningsarbeid og tverrfagleg tenking innan førebyggjande arbeid	1
	2. Utvikle kurstilbod for aktiv alderdom	2
	3. Styrke arbeidet i Frivilligsentralen, Kårstugu og andre sosiale møteplassar	2
	4. Oppsøkande team sentral for å sikre oppfølging etter livskriser	1/2
	5. Auka merksemd på og systematisering av tiltak for førebygging av fall	1
4.4	1. Kvardagsrehabilitering krev tverrfaglege personellgrupper	2
4.5	1. Finne fleksible transportordningar, evt i samarbeid med Frivilligsentralen	2
	2. Igangsetje kurs for minibuss-sertifikat for tilsette	2
	3. Ei betre organisering og ansvarsavklaring i kommunen for tilrettelagt arb.	1
4.6	1. Utvikle arbeidsmetodar og organisering som gjev meir ATA-tid.	1
	2. Styrke samarbeidet mellom heimetenestene og andre avdelingar	2
	3. Bygge ut primærkontaktsystemet i heimetenestene	1
	4. Serviceerklæringar skal utarbeidast og sakshandsamast av kommunestyret	1
	5. Fylgje behovet for tilrettelagte bustader i kommunen	2/3
	6. Regelmessig vurdering av behovet for heildøgns omsorgsbustader (HDO)	2/3
	7. Regelmessig vurdere balansen mellom sjukeheimplassar og HDO	2/3
	8. Heimetenestene tek ansvar for fellesareala i dei ulike bueiningane	1
4.7	1. Vurdere ordlyd i leigekontraktar opp mot endring i behovet for tenester	2
	2. Samordne nattenesta mellom sjukeheimen og avd. miljøterapi	1
4.8	1. Utarbeide ei overordna kompetanse- og rekrutteringsplan for kommunen	2
	2. Ha fokus på såkalla juniortiltak, - tilrettelegging og fleksibilitet for unge arb.tak.	
	3. Ha fokus på leiarutvikling i sektoren	1/2
	4. Kontinuerleg vurdere talet på lærlingplassar i kommunen	2/3
	5. Bruk av Tettare på – modellen for å styrke ein kunnskapsbasert praksis	2
	6. Legge til rette for og motivere ufaglærte til å ta utdanning.	1/2
	7. Det skal leggjast til rette med seniortiltak	1/2

Tabell 7. Oversikt over ikkje kostnadskrevjande tiltak.

5.2 Kostnadskrevjande tiltak

5.2.1 Drift

Om tabellen:

Kap. Refererer til det kapittelet tiltaket er omtala

Tiltak Kort beskriving av tiltaket

Prio. Prioritering av når i planperioden igangsetjing er ynskjeleg. Om plangruppa meiner at dette bør gjennomførast i første (1), midtre (2) eller siste (3) del av 12-årsperioden.

Kostn. Ei stipulering av kostnadsnivået. Ytterlegare berekningar må gjerast seinare.

Kap.	Tiltak	Prio.	Kostn.
4.1	Styrking av Omsorgskontoret (1 st.)	1	600'
4.2	Tilrettelegging for kulturarbeid i omsorgstenestene (frå kultur)	1	500'
4.2	Transportordningar for å gje tilgjenge uavhengig av bustad	2	100'
4.3	Styrke Oppsøkande team gjennom tilsetjing av ergoterapeut (1 st.)	1	600'
4.4	Innføring av kvardagsrehabilitering. Sjå tiltak 4.3 Ergoterapeut.	1	
4.4	Sektoren sin andel av styrking av KE (0,25 st.)	1	150'
4.5	Begge dagsentra opne fem dagar i veka (40 % + 50 % st.)	1	470'
4.5	Helgetilbod i dagsenter for hukommelsessvikt (2 x 42% st.)	2	480'
4.6	Styrking av heimetenestene (9 st.)	1	5400'
4.6	Planlegging av vidare utbygging HDO / sjukeheimsrom	3	300'
4.6	Utviding av tilbodet om BPA	1	600'
4.6	Styrking av rammene for omsorgsløn	1	500'
4.7	Styrking av institusjonstenesta på kveld og helg	1	600'
4.7	Styrking av nattenesta med ei femte stilling	1	1400'
4.7	Ål sin andel av drift interkommunal avdeling	1	4000'
4.8	Støtte opp under søkarar til utdanning innan sjuke- og vernepleie	1	300'
4.8	Omgjering av stillingar for auka kompetanse	1	300'
4.8	Auka tilskotsmidlar til vidare- og etterutdanning og hospitering	1	600'
4.8	Ål sin del av 0,5 interkomm. st. innan kompetanse/læring/meistring	1	75'
4.9	Koordinator for arbeid med innføring av velferdsteknologi	1	300'

Tabell 8 Oversikt over kostnadskrevjande tiltak til drift

5.2.2 Investering

Kap.	Tiltak	Prio	Kostnad
4.5	Innkjøp av buss	2	500'
4.5	Planlegging av samlokalisering og utviding av dagsentra.	2	200'
4.6	Nybygg / ombygging personaldel Prestegardsjordet	1	?
4.6	Planlegging av nytt bufellesskap innan psykisk helse	2	300'
4.6	16 nye heildøgns omsorgsbustader	1	?
4.7	5 nye sjukeheims plassar innan planperioden	2	?
4.9	Velferdsteknologi	1	500'

Tabell 9 Oversikt over investeringstiltak

5.2.3 Helsetunutbygginga

Rulleringa av denne planen kjem midt oppi ei hektisk planlegging av utbyggingar i helsetunet. Planen har bevisst prøvd å halde dette åtskilt, for ikkje å blande to politiske prosessar.

Vedlegg 1 - Forklaring på forkortingar

AH	Arena Helse – samanslutning av bedrifter som arbeider med innovasjon innan området velferdsteknologi, har hovudkontoret i Drammen.
ALS	Amyotrofisk lateralsklerose - ein uhelbredeleg nervesjukdom som angrip nerveceller i ryggmargen og hjernen.
APSD	Adferdsforstyrrelser og psykiske symptom ved demens, samlebegrep for pasientar med behov for forsterka demensomsorg.
ATA	Ansikt til ansikt. Vanlegvis om den tida ein tenesteytar er i aktiv teneste i direkte kontakt med ein brukar.
BEON	Eit prinsipp for tenesteyting der tenester vert gjeve på Beste Effektive OmsorgsNivå.
BPA	Brukarstyrt personleg assistanse/assistent. Ei lovfesta ordning for tilrettelegging for menneske med omfattande nedsett funksjonsevne.
GPS	Global Positioning System – eit satelittsystem som gjer det mogeleg for ein mottakar å fastsetja eigen posisjon med stor presisjon.
HDO	Bustadar med heildøgns omsorg, så kap. 4.6.1.2
HF	Helseforetak - norsk statleg verksemd eigd av eit regionalt helseforetak (RHF) og som yter spesialisthelsetenester og forskning og undervisning om helsetenester.
HSS	Hallingdal Sjukestugu
IP	Individuell plan – Eit lovpålagt tilbod om ei samanfattande plan for brukarar med langvarige og samansette tenestebehov.
KAD	Sjå forkortinga KDØ
KDØ	Kommunale døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp. Lovpålagt tilbod som alle kommunar skal ha på plass innan 01.01.16. Forkortinga KAD – kommunale akutte døgnplassar vert også nytta.
KE	Koordinerande eining – Lovpålagt kommunal instans som innan habilitering og rehabilitering legg til rette for god samhandling både på individnivå mellom pasient/brukar og tenesteytarar, og mellom tenesteytarar frå ulike fag, sektorar og nivå
KLART	Kvalitet, likeverd, ansvar, respekt, tryggleik. Kjerneverdier for omsorgstenestene i Ål.
KOSTRA	KOMmune-STat-Rapportering, eit rapporteringssystem for norske kommunar for å rapportere informasjon om kommunale tenester og bruk av ressursar.
KS	Interesse-, arbeidsgjevar- og medlemsorganisasjon for kommunesektoren i Noreg.
LEON	Prinsipp for tenesteyting der tenester vert gjeve på Lågaste Effektive OmsorgsNivå.
NAKU	Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemning.
NAV	Fellesnemning på Arbeids- og velferdsetaten og dei delane av kommunane sine sosialtenester som skal gå inn i eit felles velferds kontor.
NOU	Norsk offentleg utgreiing
PDA	Personlig digital assistent, mobil eining som fungerer som ein personleg base for utveksling av informasjon.
ROT	Plan for rehabiliterings- og omsorgstenestene i Ål
SSB	Statistisk Sentralbyrå
TERMIK	Terminal omsorg i kommunen – organisasjon som arbeider for avlasting og omsorg frå ein frivillig ved alvorleg sjukdom i ei livsavsluttande fase.
TT	Tilrettelagt transport. Fylkeskommunalt transporttilbod for menneske med nedsett funksjonsevne eller eldre som ikkje kan nytte ordinær kollektivtransport.
ULOPA	Norsk organisasjon etablert som eit samvirke for og av funksjonshemma som har brukarstyrt personleg assistanse.
USH	Utviklingssenter for sjukeheimar. For Buskerud er dette plassert ved Ål bu- og behandlingssenter.
VVHF	Vestre Viken Helseforetak. Sjå under forkortinga HF om helseforetak. Eit helseforetak som omfattar Drammen, Bærum, Kongsberg og Ringerike sjukehus og ei rekke andre tenester.