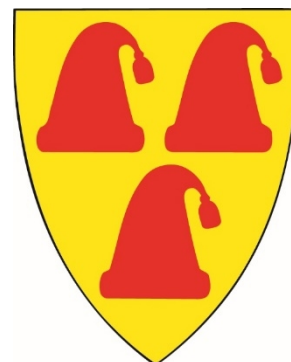


Nissedal Kommune

Omsorgsplan

2022 - 2040



(Vedteken av kommunestyret - 09.12.2021, sak PS 77/21)

Innholdsfortegnelse

<u>1.0</u>	<u>Bakgrunn for planen</u>	3
1.1	<u>Avgrensing av planen</u>	4
1.2	<u>Kva står det i kommuneplanen</u>	4
1.3	<u>Kvalitetsreforma « Leve heile livet»</u>	4
<u>2.0</u>	<u>Utfordringar</u>	5
2.1	<u>Befolkningsutviklinga i aldersgruppene over 67 år</u>	5
2.2	<u>Omfattande omsorgsbehov i yngre aldersgrupper:</u>	6
2.3	<u>Stort behov for å rekruttere og behalde fagpersonell</u>	7
2.4	<u>Samhandlingsreforma</u>	8
2.5	<u>Aktiv omsorg</u>	8
2.6	<u>Aukande sentralisering og mindre familieomsorg</u>	9
2.7	<u>Bygningsmasse</u>	9
2.8	<u>Dagens tenester kan vidareutviklast</u>	10
2.9	<u>Aukande etterspørsel frå turistar og tilflyttarar</u>	11
<u>3.0</u>	<u>Føringar og grunngjeving for tiltak</u>	11
3.1	<u>Kvalitet og breidde i tenestetilbodet. LEON-prinsippet</u>	11
3.1.1	<u>Status og overordna føringar</u>	12
3.1.2	<u>Kvalitet på tenestene:</u>	13
3.2	<u>Grunngjeving for tiltak</u>	13
3.2.1	<u>Tildelingskriterier:</u>	14
3.3	<u>Utvikling av tenestane framover i tid:</u>	15
3.3.1	<u>Planlagd organisering av Heildøgns omsorgstenester frå 2022:</u>	16
3.3.2	<u>Bemanning på Institusjon:</u>	17
3.3.3	<u>Velferdsteknologi/Nytt pasientvarslingsystem:</u>	18
<u>4.0</u>	<u>Satsingsområder frå regjeringa:</u>	18
4.1	<u>Velferdsteknologi:</u>	18
4.1.1	<u>Velferdsteknologi til brukarar av heimetenesta:</u>	19
4.1.2	<u>Velferdsteknologi til pasientar på institusjon og brukarar som bur i omsorgsbustadar:</u>	19
4.2	<u>Kvalitetsreforma «Leve heile livet»:</u>	20
4.2.1	<u>Satsingsområde 1. «Eit aldersvenleg Noreg»</u>	20
4.2.2	<u>Satsingsområde 2: Aktivitet og fellesskap:</u>	22
4.2.3	<u>Satsingsområde 3: Mat og måltider</u>	24
4.2.4	<u>Satsingsområde 4: Helsehjelp</u>	25
4.2.5	<u>Satsingsområde 5: Samanheng:</u>	27
<u>5.0</u>	<u>Oppsummering:</u>	30

Omsorgsplan 2022 – 2040.

1.0 Bakgrunn for planen

Ein omsorgsplan er eit viktig verktøy for å kunne planleggje og dimensjonere omsorgstenestane riktig ifht behov, økonomi og framtidsutvikling. Planen vil og være eit verktøy for å halde rett kurs på tross av utskifting av leiarar eller andre endringar i organisasjonen.

Nissedal kommune har til nå klart seg utan omsorgsplan, noko som kan ha satt kommunen noko tilbake ifht forventa tenesteutvikling. Det er difor viktig å få denne på plass i år.

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

Ein har vald å organisere arbeidet med planen gjennom å etablere ei styringsgruppe som fordelar vidare oppgåver med planen:

Styringsgruppa består av:

- Halvor Homme, Ordførar
- Sverre Sæter, Rådmann
- Arne Hansen Espebu, Leiar eining for Omsorg
- Anne Karin Grimstveit, HTV NSF
- Torbjørg Johansen, Hovud verneombud
- Inger Lise Bakke, eldrerådet

Mandat:

- Nissedal kommune lagar ein plan der omsorgstenestane vert dimensjonert etter behov, økonomi og framtidsutvikling.
- Ein legg og til grunn den nye visjonen i kommuneplanen

Visjon Kommuneplan:

« Nissedal, der gode liv levast» er den nye visjonen i kommuneplanen og kan være eit godt mål for planen.

Einingsleiar for Omsorg skriv planen, med innspel frå arbeidsgruppa og styringsgruppa

Det er oppretta ei arbeidsgruppe i Omsorg som ser på tenestane og lagar omsorgstrappa for Nissedal Kommune. Denne skal bestå av avdelingsleiarane, tenestekontoret og representantar frå TV, verneombod og brukarrepresentant. Rådet for funksjonshemma, vert ikkje med som brukarrepresentant da det berre er omsorgstenestane som skal lagast plan for.

Arbeidsgruppa består av:

- Arne Hansen Espebu, Leiar eining for Velferd
- Ingerid Homme, Avdelingsleiar Somatisk avdeling
- Lena Haugsjå, Avdelingsleiar Skjerma avdeling
- Solveig Nilsen, Avdelingsleiar Heimbaserte tenester
- Beate Birkedal, Avdelingsleiar Service
- Gunnhild Håtveit, tenestekontoret
- Camilla L. Tveit (I starten og fram til 31.12.20 Heidi M. Dahlgren) Tenestekontoret

- Tone Margit Tveiten, Verneombod (Thorbjørg Johansen av og til)
- Anne Karin Grimstveit, HTV, NSF
- Inger Lise Bakke, Eldrerådet
- Renate Hassel, Frivilligsentralen (I delen om «Leve heile livet reforma»)
-

Planen vert ferdig slik at den kjem opp i kommunestyret i desember 2021, til godkjenning.

1.1 Avgrensing av planen

Planen skal berre ta tak i omsorgstenestane som vert gjeve ut i frå Nissedal omsorgssenter, der tenestane i stor grad vert gjeve til eldre hjelpetrengande pasientar i kommunen. Psykiske helsetenester og tenester til funksjonshemma, samt andre helsetenester vert ikkje omtalt i planen.

Tenestane det gjeld vil være institusjonstenester i form av langtids, avlastning og korttidsopphald, samt heimetenesta i form av heimesjukepleie og praktisk bistand.

1.2 Kva står det i kommuneplanen

I kommuneplanen som vart vedteke i kommunestyret 27.11.20 og som gjeld i perioden 2020 – 2031 vert det presisert at den har meir fokus på innbyggjar- og samfunnsperspektivet enn tidlegare planar og ikkje så mykje på kommunal tenesteproduksjon. Ein skal ha meir fokus på kommunal tenesteproduksjon i fagplanar, økonomi- og handlingsplanar som konkrete mål og tiltak vert vedteke. Denne planen vert laga som eit ledd i denne tenkinga.

Ny visjon i kommuneplanen er, «Nissedal, der gode liv levast» og vil være viktig i utforminga av denne planen. I tillegg vert det sagt om gode liv:

«Kva som er eit godt liv kan opplevast ulikt, både mellom enkeltindivid, ulike kulturar, aldersgrupper osv. I arbeidet med denne planen har me m.a. lagt til grunn at:

- Me må trivast
- Me må kjenne oss inkludert
- Me må få hjelp når me treng det
- Me må ha valfridom
- Me må ha økonomisk tryggleik
- Me må vere til nytte»

Vidare i kommuneplanen vert det satt fokus på folkehelse, livsmestring og at innbyggjarane kan bu lengst mogleg i eigen heim. Omsorgsbustadar vert og rekna som eigen heim. I tillegg set den fokus på gode arbeidsmiljø for tilsette, trivsel og fokus på fulltidsstillingar for å få til ein god kvalitet i tenesteproduksjonen. Vi vil vise til punkt frå kommuneplanen under produksjon av omsorgsplanen.

1.3 Kvalitetsreforma « Leve heile livet»

Stortingsmelding 15 (2017 – 2018) er ei eldrereform som set fokus på 5 område der kommunane i dag har utfordringar med å få til gode strategiar og tenester. Det er tatt utgangspunkt i kva kommunar som har lykkast på områda har gjort og på bakkgrunn av dette er det føreslått 5 tiltak til kvart område som har hatt positive effektar i andre kommunar som har tatt tiltaka i bruk.

Det er ein reform som skulle vare frå 2019 – 2023, der kommunane innan 2020 gjennom politiske vedtak skulle ta stilling til og vedta kva tiltak ein ønska å prøve ut i eigen kommune. På grunn av korona – pandemien har fristen blitt utsatt eit år og politikarane vil gjennom å vedta denne planen ta tak i reforma og skissere kva utfordringar Nissedal kommune har og kva tiltak som må innførast for å avhjelpe situasjonen. Dersom planen vert vedteke i løpet av 2021, har politikarane gjort jobben sin.

2.0 Utfordringar

St.meld. nr. 25 (2005-2006) som handlar om omsorgsutfordringane i framtida, peikar på desse 5 nasjonale utfordringane:

- 2.1 Aldring
- 2.2 Nye brukargrupper
- 2.3 Mangel på omsorgsytarar
- 2.4. Mangel på medisinsk oppfølging og samhandling
- 2.5. Mangel på aktivitet og dekking av psykososiale behov:

I tillegg kan det være fleire andre utfordringar for Nissedal Kommune blant andre desse 4:

- 2.6. Aukande sentralisering og mindre familieomsorg
- 2.7. Tenester som krev stadig utvikling og forbetring
- 2.8. Bygningsmasse som krev oppjustering og modernisering
- 2.9. Turistar og innflyttarar med auka behov for tenester

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 2040. For Nissedal kommune betyr dette ein auke i talet på eldre over 67 år frå 272 personar i 2018 til 322 i 2025, 364 i 2030 og 446 i 2040. Ei total auke på ca 60% i perioden, medan auka i aldersgruppa 80 – 89 år har ei auke på over 100%.

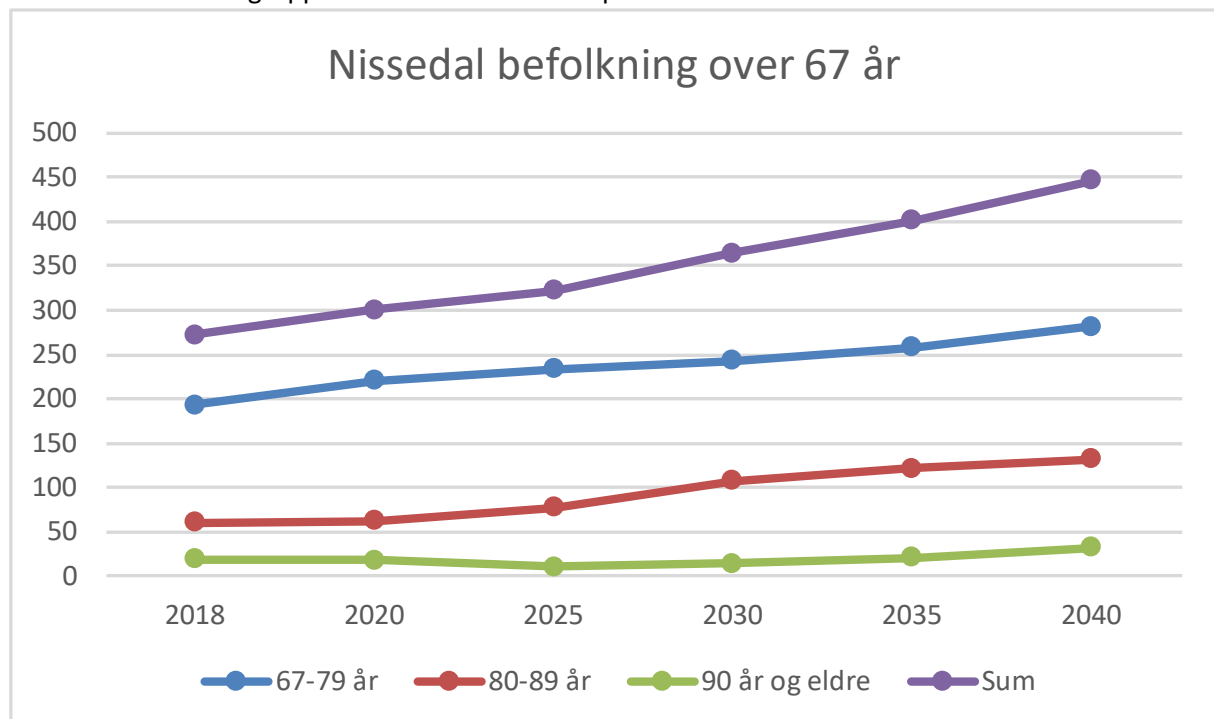


Fig. 1 Befolkningsframskriving for eldre aldersgrupper i Nissedal fram til 2040. Framskrivinga fylgjer modell MMMM hjå SSB.

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.

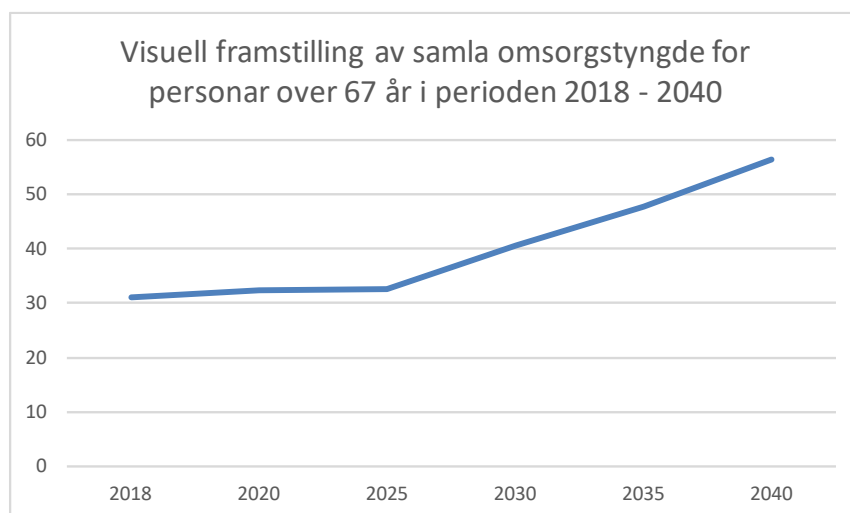
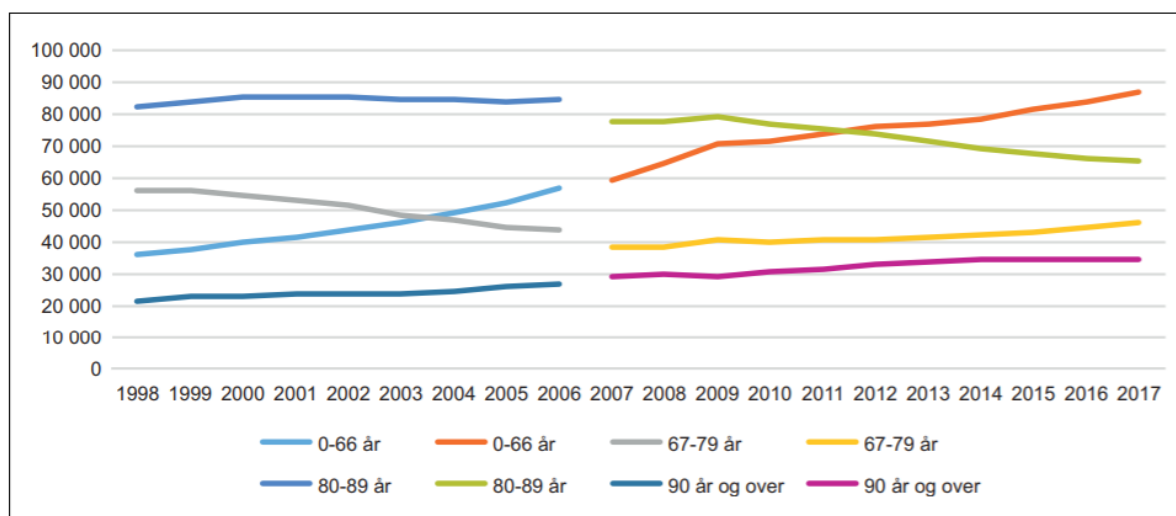


Fig. 2 Framstilling av samla omsorgstyingde for personar over 67 år i perioden 2018 til 2040.

2.2 Omfattande omsorgsbehov i yngre aldersgrupper:



Figur 2.15 Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder 1998–2017

¹ Mottakere er her beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand.

² Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet per summariske skjema. Fra og med 2007 er data hentet fra IPLOS-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenligne med tidligere år.

Kilde: Statistikkbanken / Statistisk Sentralbyrå

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 følgjer også av ein generell vekst i dei aktuelle aldersgruppene og dermed også i talet på personar med behov for omsorgstenester.

Grappa under 67 år som mottek omsorgstenester, er svært samansett. I denne grappa finn vi både psykisk utviklingshemma, pasientar med psykiatriske lidingar 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 mottek kommunale omsorgstenester er under 67 år, medan dei brukar 2/3 av dei samla omsorgsressursar. I følge KOSTRA ligg tala for Nissedal over dette på ca 40 %. Dette er omlag same ressursen omliggande kommunar i Vest – Telemark og brukar i snitt.

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 byggje relasjonar.

Brukargruppa under 67 år, vil ikkje få eit fokus i denne planen, då det er svært få i denne grappa som får tenester frå Nissedal omsorgssenter, men heller frå andre omsorgstenester i kommunen. Likevel er det viktig at ein er klar over utviklinga og at det kanskje for denne brukargruppa vil være mest å hente på å gje helsetenester på ein annan innovativ måte. Her kan ein nemne velferdsteknologiske løysningar og kreativ bruk av hjelpemidlar frå hjelpemiddelsentralen.

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.

Det er viktig at personar som jobbar i kommunen har ei stilling som dei kan leve av og jobbe i når det gjeld inntekt og arbeidsforhold. Samt viktig ifht rekruttering av fagpersonell til kommunen.

Det sikrar kvalitet, kontinuitet og fornøgdde brukarar og ikkje minst tilsette.

Omsorgsyirket har dessverre vore prega av få 100% stillingar og mange små helgestillingar. Dette held ikkje mål i dagens samfunn.

Fylgjande punkt er viktige moment om fagdekning i kommunen:

- Det vil fortsatt være mangel på helsepersonell i Nissedal 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.
- Sjukepleiardekninga er utfordrande, samt at det vil være aukande ressursbehov ut frå aukande omsorgsbehov og større behov for kompetanse.
- Det vil være behov for å tenkje desentralisert sjukepleiar- og vernepleiarutdanning samt og alternative måtar å få fagbrev som helsefagarbeidar.
- Legge til rette for vidareutdanning etter kompetansebehov
- Ein ser behov for å tenkje meir tverrfagleg.
- Ein må også gjere seg meir attraktive ifht løn og bonusar, slik at spesielt nyutdanna sjukepleiarar/vernepleiarar ikkje forsvinn til nabokommunar med betre ordningar.
- Nissedal Omsorgssenter vil gjere forsøk med kreative turnusar, som vil innehalde arbeid kvar 4. helg med langvakter frå hausten 2022.

- Arbeidsgruppa anbefaler etter påtrykk frå styringsgruppa, at Nissedal kommune berre lysar ut stillingar i 100% innan helse/omsorg frå 2023.

2.4 Samhandlingsreforma

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

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

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

1. Kommunane skal kunne ta i mot innleggingar av øyeblikkelig hjelp-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. Nissedal har løyst dette gjennom å inngå ei avtale med Myratunet, der pasientane frå Nissedal kan få innleggingar i staden for på sjukehuset. Myratunet er eit tilbod som er drifta av Arendal Kommune og som har tilbod om Kommunale øyeblikkelig hjelp (KØH) plassar for fleire omliggande kommunar.
2. Kommunen skal kunne ta i mot tidlegare utskrivningar frå sjukehus til behandling og rehabilitering. Dersom sjukehuset definerer ein pasient som utskrivingsklar, må kommunane ta i mot denne pasienten innan same døgnet. Dersom kommunen ikkje greier dette, må ein betale ei døgnbot på kr. 5.167,- , pr. døgn (2021).
3. Ei rekkje behandlingar som tidligare 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 rådgeving. 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 lungesjuke og terminalt sjuke og døydande 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. Nissedal kommune har vist at ein har makta slike oppgåver, men både fagdekning og personelldekning er ei utfordring.

Framover i tid vil kommunane få stadig fleire utfordringar der overføringar av oppgåver frå sjukehuset til kommunane er i fokus. Sist ut er at blodoverføring som før berre vart utført ved sjukehusa, nå og kan gjerast ute på kommunale helseinstitusjonar. Fordelen er at pasientane slepper å reise så langt for å få hjelp, ulempa er at kommunen får fleire utgifter til kompetanseheving og andre driftskostnader. Mange av pasientane har kanskje heller ikkje hatt tenester frå kommunen frå før, og kommunen vil kanskje få ei auka mengde pasientar inn i omsorgstenestane.

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. «Leve heile livet reforma» peiker på at dei eldre bør nesten ha rettighetsfesta 1 times aktivitet kvar dag, der aktivitetane er tilpassa den enskilde sine interesseområder, for å få rett fokus. (St.m. 15, 2017 -18, s.84)

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 Nissedal 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 Nissedal kommune fylgjer landsgjennomsnittet i denne utviklinga. I 2021 var det 256 aleinehushaldningar av totalt 657 hushaldningar i Nissedal. 106 personer over 67 år bur aleine i Nissedal i 2021 mot 90 personer i 2010. Dersom personar som er hjelpetrengande bur heime aleine, vil dei vanlegvis krevje meir oppfølging av kommunale tenester.

I tillegg til at fleire personar bur aleine, er det også meir vanleg at ungdom og unge flyttar ut frå kommunen for utdanning og andre årsakar. Dette førar og til mange eldre ikkje har same støtta frå familienettverket som kanskje var meir vanleg før.

2.7 Bygningsmasse

Sjukeheimen i Nissedal har vorte ein del år gamal (frå 1975) og mange ting er modent for modernisering og utbygging. T.d er vaskeriet utfordra på vanskelege arbeidsførehold når det gjeld å behandle tøy med smitte, grunna uklare reine og ureine sonar.

I tillegg slit NOS med eit eldre ventilasjonsanlegg, som i store delar av bygget er modent for utskifting. Det har vore somrar, der gjennomsnittstemperaturen for delar av bygget som ikkje har kjøling på anlegget har vore over 25 grader, heile døgnet. Dvs at tilsette og bebuarar opplever innetemperatur på over 30 gr. C i lange periodar på dag og kveld på sommaren.

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. I februar/mars 2020 fekk vi ein ny pandemi inn til landet. Covid – 19 Korona er eit virus som spreiar seg veldig lett gjennom dråpesmitte og kontaktsmitte. Virusset har spreidd seg frå Kina og har nå vorte ein verdsomspennande pandemi, der særleg dei over 70 år vert hardt ramma.

Vi har sett at NOS ikkje er eit spesielt godt eigna bygg til å ivareta smittevernskav som har dukka opp under pandemien og spesielt kjøkkenet og vaskeriet er utsatt slik det er bygd i dag. Kjøkkenet har varelevering og mykje lager, fryse og kjøll i kjellaren, slik at dei unødig må bevege seg opp og ned mellom etasjar i heisen og ute i lokala til somatisk avdeling. Her skapast mange smittesituasjonar langs vegen, noko som kan få alvorlege konsekvensar for smittespreiing til mat og mellom personar. Vaskeriet er gammalt og lite funksjonelt med små moglegheiter til å overhalde reine og ureine sonar. Tronge lokalar og vanskeleg å overhalde dagens krav til smittevern, samt dårleg luft og arbeidsmiljø generelt.

Vi må få plass ein plan for utbygging/oppgradering av NOS slik at vaskeriet kan fungere optimalt både med omsyn til smittevern og arbeidsmiljø, kjøkkenet kan fungere som eit kohort og at ventilasjonen vert optimal med tanke på luftkvalitet og temperatur.

Det er dags dato bevilga pengar til ein arkitekt som skal komme med forslag til løysingar på vaskeri og kjøkken. Har fått eit 1. utkast, der ein tenker å løyse alle utfordringane utan å byggje på. Denne løysinga vert problematisk då ein mistar fleire kontor og fellesrom, som ein har lite av frå før på omsorgssenteret. Ein ventar på eit nytt utkast som og ser på ei utbygging, der ein gjer eksisterande bygningsmasse større.

2.8 Dagens tenester kan vidareutviklast

1. Heimetenesta har i dag brukarar i alle grender som gjer at pleiepersonalet må køyre mykje for å få levert tenestane sine. Dette er både dyrt og ineffektivt. Eit heimebesøk til ei av utkantane kostar i snitt 6 – 7 gongar meir enn eit tilsvarande besøk i sentrum. Dette gjer at vi er avhengig av å innføre velferdsteknologi og få brukarane med stort omsorgsbehov nærare sentrum. Det er og viktig å tilby brukarar i heimetenesta trygge løysingar og vidareutvikle tenesta i tråd med resten av landet, slik at ein har moglegheit til å kunne gje gode nok tenester til fleire brukarar i framtida.
Ein må og sjå på smertepunkt ved tildeling av tenestar for sentrum og distrikt.
2. Kommunen har hatt for få omsorgsbustader med heildøgns omsorg. Dette har ført til at mange personar med større hjelpebehov har kome for tidleg på sjukeheimen. Dette er personar som kunne greidd seg godt i ein bustad med eller utan heildøgn omsorg frå heimetenesta. Nokre av pasientane som i dag har langtidsvedtak på sjukeheimen har fått dette som følgje av at vi ikkje har eigna omsorgsbustader. Ved lengre opphald ved sjukeheimen i påvente av eigna omsorgsbustad, vert pasientane institusjonalisert og overgangen til å flytte til eigen bustad blir for stor. Hadde ein tidlegare hatt tilgang til eigne bustadar når pasientane var utskrivingsklare i spesialisthelsetenesta eller på korttidsavdelinga, ville fleire ha kunne klart seg i ein omsorgsbustad. 5 nye omsorgsbustader er nå bygd og innflyttingsklare. Desse vil avhjelpe situasjonen, og vil sannsynleg føre til at fleire får tenester på rett nivå., Likevel vil det være for få bustader framover i tid. Ein må bygge fleire i takt med at den eldre befolkninga aukar.
3. I målingar gjort med M-solution i 2020, visar det seg at ATA tida i Nissedal kommune er på 30 – 35% mykje på grunn av mykje køyring i heimetenesta. ATA betyr ansikt til ansikt og ATA-tid er eit uttrykk for den tida som personalet er hjå den enkelte brukar i aktiv teneste. Mykje av tida som heimetenesta disponerer, vert brukt til køyring pga kommunens geografiske oppbygging. 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. Det er viktig å optimalisere oppgåvene på ein effektiv og god måte, noko som krev leiarar med planleggingskompetanse og ikkje minst tid til leiing.
4. Det er viktig at ein brukar omsorgsplanen som verktøy for utvikling av tenestar og held denne oppdatert. Denne vil være retningsstyrande for omsorgstenestene framover i tid, og kan føre til at Nissedal kan få til ei utvikling av tenestane sjølv ved hyppige leiarbytter. Her vil velferdsteknologien være sentral, samarbeid om tildelingskriteriar i Vest- Telemark være viktig, vidare utbygging av omsorgsbustader samt aktiv bruk av omsorgstrappa og Leon-prinsippa ved tildeling av tenester.
5. Satse på viktige ressurspersonar i Kommunen, **Demenskoordinator og Kreftkontakt**
Demens er ein sjukdom som fleire får når gjennomsnittsalderen i befolkninga aukar. Dette ser vi

allereie i dag, og mange familiar slit i kommunen med ein dement ektefelle, demente foreldre osv. Vi treng ein demenskoordinator som har avsett tid til samarbeid med lege for å avdekke og hjelpe desse familiare før dei raknar og institusjon til slutt vert einaste løysing. Ein kan med små grep og hjelpemidlar hjelpe desse slik at den som har demens kan få eit betre og lenger liv heime og pårørande kan få hjelp til å klare å takle sjukdommen betre.

Heimetenesta får stadig spørsmål frå sjukehusa, der dei etterspør vår kreftkontakt for oppfølging av pasientar med alvorleg kreftdiagnosar. Vi har ingen pr. i dag, slik at denne oppfølginga vert tilfeldig og personavhengig. Dette er ei sårbar pasientgruppe med alvorlege sjukdomsforløp og dei treng støtte og oppfølging av ein person som har rett kompetanse og får avsett tid til oppfølginga. Vi treng ein kreftkontakt som får frigitt tid til oppfølging av desse pasientane ved behov.

Det er viktig at både demenskoordinatoren og kreftkontakten får moglegheit til å med på kompetanseheving frå oppfølgingsteama i Vest – Telemark, og at det vert sett av ressursar til dette i budsjettet.

2.9 Aukande etterspørsel frå turistar og tilflyttarar

Omsorgstenestene i Nissedal har aukande etterspurnad etter omsorgstenester frå gjester i kommunen i feriar og høgtider. Ein forventar at denne etterspurnaden vil auke etter kvart som fleire brukar hyttene som sin andre bustad. Etter lovverket har turistar og tilreisande rett til helse- og omsorgstenester etter behov på lik line med dei som er folkeregistrert i kommunen, enten dette gjeld heimesjukepleie eller institusjonsteneste. KS i Buskerud, Telemark og Vestfold har utgreidd denne problemstillinga. Konklusjonen deira er at fjellhyttekommunar som Nissedal vil få ei aukande utfordring, og at det særleg er forventa at utfordringa vil koma frå 2025-30. Ein kan då vente at mange av hytteeigarane når pensjonsalder og vil bruke meir tid på hytta og at dei har planlagd dette, istaden for å opphalde seg i heimekommunen. Mange har høgare standard på hytta ein heime. Regelverket er nettopp vurdert på statleg hald, og det er ikkje føreslått endringar i noverande ordningar.

Tradisjonelt er det slik at små oversiktlege kommunar gjer ei god omsorgsteneste ifht bykommunar. Dette kan verke tiltrekkjande på eldre og unge funksjonshemma som er misnøgde med tilbodet i andre kommunar. Særleg er det truleg at utflytta Nissedølar vil heim att når alderdomen kjem og helsa tek til å skrante. Det er umogeleg å talfeste denne utfordringa. Dette er utfordringar som er vanskeleg planlegge for i omsorgsplanen og kan gjere at ein ikkje klarar å innfri alle økonomiske forventningar framover i tid. Vi ser allereie at dette har blitt ei utfordring.

3.0 Føringer og grunngjeving for tiltak

3.1 Kvalitet og breidde i tenestetilbodet. LEON-prinsippet.

Hovudprinsipp 1:

Nissedal 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, «Lågaste Effektive Omsorgs Nivå»).

Bruk av LEON prinsippet heng nøye saman med omsorgstrappa

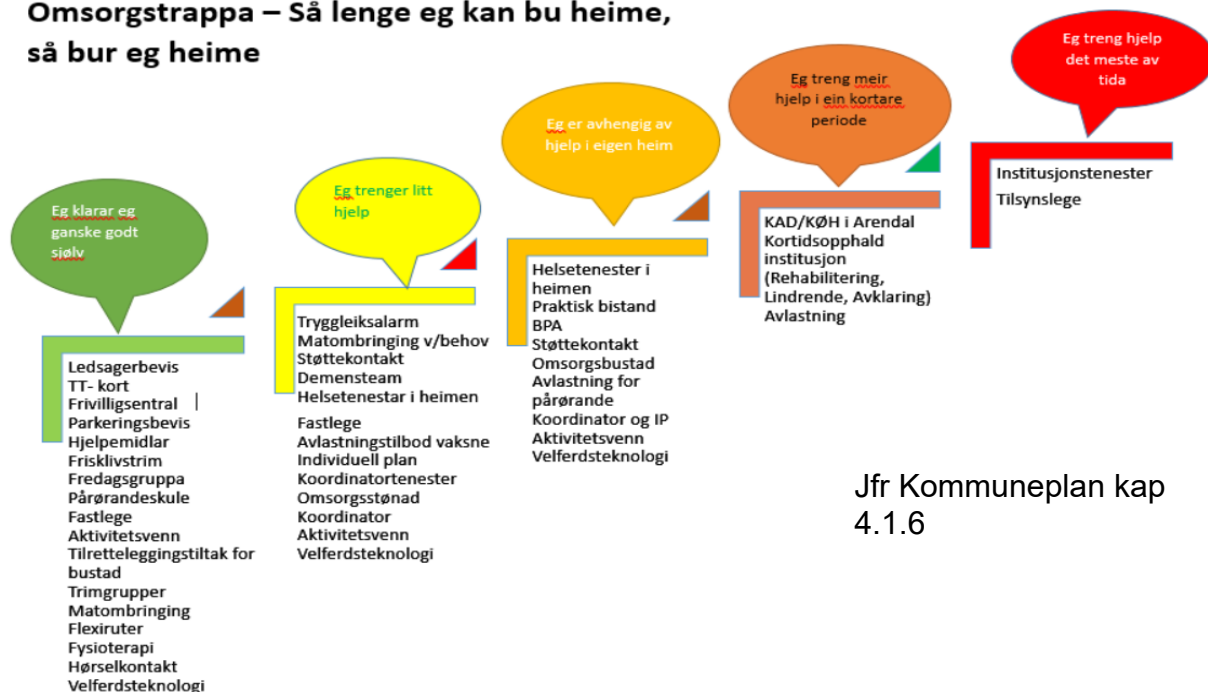
3.1.1 Status og overordna føringar

Kvaliteten på tenestene til den enkelte brukar vil variere. Det er ei nedre grense der tenestene går over til å bli uforvarslege, 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 og det er viktig at brukarperspektivet vert ivareteke. Dette krev eit fleksibelt system og stor breidde i tenestetilbodet. Dette vert ofte visualisert gjennom ei såkalla omsorgstrapp.

Med utgangspunkt i prinsipp om lågaste effektive omsorgsnivå, størst mogleg eigenmestring og brukarmedverking kan hovudtrekka om korleis tenestane våre er organisert illustrerast i følgjande modell:

Omsorgstrappa – Så lenge eg kan bu heime, så bur eg heime



Trappa er bygd opp slik at trinnet heilt til venstre startar med dei enkle, førebyggjande tiltak og for kvart trappetrinn vert ressursinnsatsen høgare, heilt til trinna ute på høgre sida med dei komplekse, ressurskrevjande tiltak. Enkeltbrukaren kan motta tenester frå fleire av trappetrinna samstundes. Kommunar med ei god omsorgsteneste er kjenneteikna av eit tilstrekkeleg tilbod innan alle trinn i trappa. 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 Omsorgs Nivå.

Ein tenkar at kvar pasient skal opphalde seg på lågast mogleg trinn og at fokus må være korleis ein kan komme seg lenger ned i trappa og aller helst ikkje stå i den i det heile.

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 trinn i omsorgstrappa. Tenestene må heile tida evaluerast og endrast etter endra behov. Kommunen har organisert dette arbeidet slik at alle vedtak vert gjort i eit tenestekontor. 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.

3.1.2 Kvalitet på tenestene:

Kvalitetsforskrifta (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>) seier at kommunane skal ha eit system av prosedyrar som sikrar pasientar får dei tenestane dei har bruk for, samstundes som både dei og pårørande skal få medverke og at det skal sikrast kontinuitet i tenesteleveringa.

Tenestane skal sikre at dei som treng dei, får dekt sine grunnleggande behov slik som gje mogelegheit til å ivareta eigenomsorg, følgje ein normal døgnrytme og unngå unødig sengeopphald, oppleve sjølvstende, respekt og tryggleik osv.

Tønsberg Kommune har gjennom sin plan for kvalitetsstrategi for helse- og omsorgstenester s. 4, identifisert 6 kjenneteikn ved tenester som er av god kvalitet:

1. Dei er virkningsfulle (fører til ein helsegevinst)
2. Dei er trygge og sikre (unngår utilsikta hendingar og skade)
3. Dei involverer brukarane og gir dei innflytelse
4. Dei er samordna og prega av kontinuitet
5. Dei utnyttar ressursane på ein god måte
6. Dei er tilgjengelege og rettferdig fordelt

Dette er kjenneteikn som tydeleg er henta frå kvalitetsforskrifta, og vil være ei fin rettesnor for tenesteutøving i Nissedal kommune. Jfr Kommuneplan Kap 4.1.6.

I stortingsmelding 9 (2019 – 2020), «Kvalitet og pasientsikkerhet 2018», s. 7, nemner regjeringa den nye kvalitetsreforma «Leve heile livet» som skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger og ha ein trygg og verdig alderdom.

Kvalitetsreforma vil bli omtalt i eit avsnitt seinare i planen.

Ein må kontinuerleg evaluere tenestane vi har, er vi nøgde, er det andre tenestar som bør prioriterast og kanskje andre som bør nedtonast/avsluttast.

3.2 Grunngeving for tiltak

Sentralbordet på kommunehuset skal vera vegvisaren til tenesteapparatet og den staden der alle kan vende seg. Sentralbordet er lett tilgjengeleg for folk flest og personen som sit der er godt kjend med kor dei forskjellige tenestane held til, og korleis dei kan søkje på tenestar

Tenestekontoret 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.

Tenestekontoret skal sikre saksgangen etter at kommunen har motteke søknad om tenester. Det skal samordne behovskartlegging og faglege vurderingar, det skal sikre dokumentasjonen slik at vedtak kan fattast på forsvarleg og juridisk rett grunnlag.

Tilbod og tiltak i omsorgstenestene må fordelast utover dag, kveld og natt 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 fagfolk og brukarrepresentantar sit inne med. Alle helse- og sosialtenester må opplevast tilgjengelege for menneske med nedsett funksjonsevne.

Både brukarar, pårørande, politikarar og fagpersonell bør kjenne dei overordna rammene for tildeling av ulike støttetjenester som matombringning, tryggleiksalarm. 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.

3.2.1 Tildelingskriterier:

Tildelingskriterier er verktøyet som tenestekontoret brukar når dei skal tildele tenestar til personar i kommunen som søkjar på helse- og omsorgstenestar.

Det er viktig at desse passar saman med andre retningslinar, som t.d. omsorgstrappa og LEON prinsippet (Lågaste effektive omsorgs nivå) og ikkje minst dei tenestane ein skal og kan tilby i kommunen.

I tillegg har vi lovverket som styrar. I Helse- og omsorgstenesteloven § 3-1 står det:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppheld seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstenester.»

«Kommunens ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, her under personer med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller lidning, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.»

I Helse- og omsorgstenestelova § 3-2 pkt 6 og pkt 7, står det:

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstenester:

6. Andre helse- og omsorgstenester, her under:

- a. helsetenester i heimen,
- b. personlig assistanse, her under praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
- c. plass i institusjon, her under sjukeheim.

7. Dagaktivitetstilbod til heimebuande personer med demens.

Dette visar omfanget og kompleksiteten ved tildeling av tenester i kommunen.

I tillegg seier lova noko om forsvarlege tenester. I Helse- og omsorgstenestelova § 4.1 står det:

§ 4-1.Forsvarlighet

Helse- og omsorgstenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal legge til rette tenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et heilskapleg og koordinert helse- og omsorgstenestetilbod,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis eit verdig tenestetilbod,
- c. helse- og omsorgstenesta og personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikrast i tenestene.

Tenestekontoret har vore igjennom ein prosess saman med tenestekontora i Fyresdal kommune og Tokke kommune, der ein har sett på moglegheiter for å slå saman tenestekontora eller ha eit utvida samarbeid. I utgreiinga vart det sett på som for vanskeleg å slå saman kontora og ein har gått inn for eit utvida samarbeid der ein vil utarbeide felles tildelingskriterier for kommunane i samarbeidet. Arbeidet

er i gang og det er kommunane Tokke, Fyresdal, Seljord og Nissedal som samarbeider om felles tildelingskriterier. Vinje og Kviteseid ønskja ikkje å med i denne omang.

I påvente av dette arbeidet vil ikkje sjølve tildelingskriteriene få meir fokus i denne planen.

Når tildelingskriteriene er ferdig, så vil dei bli lagt fram for kommunestyret til godkjenning.

3.3 Utvikling av tenestane framover i tid:

Nissedal kommune har gode tenester i dag med god kapasitet på institusjonsplassar og har heimetenestar som ivaretek pasientar/brukarar som har behov for hjelp i heimen. Ein ser likevel at det ikkje har skjedd så mykje dei siste åra ifht utvikling, dersom ein ser på trendane i samfunnet og ser korleis omliggande kommunar har utvikla seg. Nissedal har auka tenestane ute i heimesjukepleia og forsøkt å vri tenestane til å gje fleire pasientar hjelpa i eigen heim. Bygging av omsorgsbustader, reduksjon av plassar på omsorgssenteret og heimetenester heile døgret er ikkje satsa nok på.

Når talet på eldre over 80 år, aukar i åra framover og doblar seg innan 2040, er det viktig at ein har satsa rett på dimensjonering av tal på plassar med heildøggers omsorg og at tenestane er vridt nok slik at ressursane kan brukast mest mogleg kostnadseffektivt.

Kva er lurt å gjere for å få brukt ressursane til kommunen på best mogleg måte og sikre at alle som treng det og får hjelp i framtida?

Husbanken vart spurt om råd og innspel til planen om kva dei meiner Nissedal bør satse på framover.

Jarle Knutsen ved Husbanken region Sør svarte slik:

- Jobbe vidare med ein sentralisering av tenestene.
- Bygge kommunale utleigebustadar for målgruppa eldre i umiddelbar nærleik til omsorgssenteret i kommunen.
- Samarbeide med privat utbygger om bygging av bustadar med livsløpsstandard sentralt i kommunen. Husbankens lån til bustadkvalitet kan her være et aktuelt virkemiddel.
- Nytte egne tilskotsmidlar til prosjektering/utredning og til tilpassing av bustadar, slik at folk kan bu lengre heime, og i større grad utan behov for kommunale omsorgstenester.
- Samarbeide med hjelpemiddelsentralen, og da særlig med henblikk på deira bustadtilskot, tenkt brukt som alternativ til heis-rampe.
- Foreslå at kommande bemanningsaukar innan omsorg, berre skal skje i heimetenesta.
- Legger ein til grunn ein dekningsgrad på 20% for 80+, så vil ein kunne anslå behov for rundt 10 nye omsorgsplasser med høy bemanningsgrad innan 2040. Her foreslår vi å heimle desse som omsorgsbustader

Husbanken meiner og at folk i dag vil planlegge alderdommen sin betre og tilrettelegge bustadane sine for å kunne bu i eigen heim lenger og at færre treng flytte til ein anna eigna bustad i framtida.

Om dette stemmer for Nissedal er vanskeleg å seie, då det ikkje er gjort nokon kartleggingar rundt dette. Dersom eldre som bur i grendene mistar førarkortet, distriktsbutikken vert lagd ned og kollektivtransporten vert like dårleg som nå, er det ganske sannsynleg at fleire av desse vil ønske å flytte nærare sentrum for å få eit lettare liv der.

Årstall	2020	2025	2030	2035	2040
Totalt 67 - 79 år	220	234	243	258	282
Totalt 80 år +	80	88	121	143	164
Totalt 67 +	300	322	364	401	446
Totalt 0 - 67	1206	1215	1244	1263	1296
Totalt 0 - 15	271	262	245	255	274
Totalt alle	1506	1537	1608	1664	1742

Tabell 1: Antatt utvikling av folketall i forskjellige grupperinger i Nissedal Kommune. Kilde SSB, MM

Tabellen synar antatt utvikling av folketalet i dei forskjellige aldersgruppene. Ein ser at det er forventa ei auke av folketalet totalt på rundt 200 personar fram mot 2040, men at den største auka kjem i gruppa 67+. Dette fører til at 25% av befolkninga vil være over 67 år i 2040, mot 20% nå i 2020. Det ligg og eit usikkerheitsmoment i om tabellen visar gode nok tal i alle grupperingar. Talet på innbyggjarar i Nissedal er pr. i dag ca 1450 noko som allereie er godt under framskrive tal for 2020. Er det fråflytting, er det mest sannsynleg at det er dei yngre som flyttar ut, noko som gjer forholda unge/eldre endå meir utfordrande.

Gruppa som treng mest hjelp av omsorgstenester i dag er 80+. Dette vil nok og gjelde i tida framover, men om framtidens eldre vert friskare og treng mindre hjelp er det vanskeleg å seie heilt sikkert.

Type plassar/årstal	2020	2022	2025	2030	2035	2040
Institusjon	18	15	15	15	15	15
Omsorgsbustad	4	9	9	14	19	19
Omsorgsb. NOS		2	2	2	2	2
Totalt	22	26	26	31	36	36

Tabell 2: Antatt behov for plassar på institusjon og omsorgsbustadar fram mot 2040.

3.3.1 Planlagd organisering av Heildøgns omsorgstenester frå 2022:

Dersom ein tenker seg å gå ned frå dagens tall på 18 (20) pasientrom ned til 15 pasientrom, er det viktig å tenke både kor ein skal redusere på romma og kva funksjon dei enkelte romma skal dekkje. I tillegg er det viktig å tenke på kva ein skal bruke dei tomme romma til.

I dette forslaget er det somatisk avdeling som avgjer rom slik at talet på rom til somatisk sjuke pasientar vert ein del redusert.

Ein tenker at Skjerma avdeling som i dag har 6 pasientrom, vil med å flytte litt på vegger kunne få tilført eit rom til, noko som er heilt i tråd med kva utviklinga i samfunnet er når det gjeld høgare levealder og demensutvikling. I dette forslaget vil skjerma avdeling få 6 - 7 pasientrom.

Somatisk avdeling som i dag innehar 12 pasientrom inkludert korttidsplassar, vil bli kraftig redusert og vi vil få ein einsretta avdeling til somatisk sjuke pasientar som treng langtids plass med 5 – 6 pasientrom og blå stoge som kjøkken/stoge

Dei 3 siste pasientromma vert korttidsplassar som heimesjukepleia disponerer til avklaring, rehabilitering og avlastning.

Dei tomme pasientromma, totalt 5 ifht 20 moglege pasientrom på NOS, vil bli forsøkt nytta som 2 omsorgsbustadar til langtidsleige, 1 omsorgsbustad til korttidsleige/palliativt rom og 1 av pasientromma vert bygd om til medisinrom.

I forslaget vil eksisterande langtidsstoge bli bruka som kjøkken og stoge til korttidspasientar og evt bebuarar i omsorgsbustadane på utsida av NOS. Ein tenker seg også moglegheita å bruke lokalet som eit tilbod til andre eldre i kommunen som kan komme innom og kjøpe middag, samt ete den der i lag med korttidspasientar og bebuarar i omsorgsbustader. Dette som eit ledd i kvalitetsreforma, «Leve heile livet». Ein tenker og eit samarbeid med frvilligsentralen og andre frivillige organisasjonar

Det er også tenkt at på uteområdet foran inngangspartiet ved kjøkkeninngangen kan byggjast eit tak over og gjennomsluktige veggjar slik at det kan brukast som ei slags vinterstoge og eit slags kafelokale som og kan være ein møteplass mellom pasientar og pårørande. Her er det mogleg å bruke innvilga tilskot på Kr. 100.000,- frå fylkesmannen frå 2020. Dette tilskotet er nå brukt til grunnarbeidet for området som mogleggjer ei vidare utbygging med tak over, slik opprinneleg planlagt.

3.3.2 Bemanning på Institusjon:

Nissedal er ein liten kommune med eigentleg gode økonomiske ressursar. Likevel er det vanskeleg for små kommunar å få kronene til å strekkje til. Ein ønskjer å gje gode tenester til innbyggjarane slik at ikkje fleire flyttar frå kommunen og gjer det endå vanskelegare for kommunen. I små kommunar som Nissedal vil ein fort komme ned på ei bemanning for tenestane som ikkje kan være mindre for at det skal være mogleg å drive forsvarleg eller ha kvalitet på tenestane. Barnehagane har bemanningsnormer, skulane har og sine retningslinjer og helse- og omsorgstenestene må og ha bemanning nok for å få til gode, forsvarlege tenester.

Dersom ein samanliknar seg med større kommunar er det vanskeleg å måle seg med desse ifht ressursinnsats, då ei 100% stilling i Nissedal er det same som 30 stk 100% stillingar i t.d. Arendal. Dette gjer at ei bemanningsauke på 20% stilling t.d. ville ha utgjort 6 stk 100% stillingar i Arendal.

Dersom ein ser på tal på sjukeheimplassar i Arendal og Nissedal, har Arendal berre halvparten så mange sjukeheimplassar som Nissedal utrekna ifht innbyggjartal. I 2016 hadde Arendal ca 300 sjukeheimplassar medan Nissedal hadde 20 plassar. Arendal har 30 gonger fleire innbyggjarar enn Nissedal og dersom dei skulle hatt like mange sjukeheimplassar pr. innbyggjar som Nissedal, ville talet ha vore 600 sjukeheimplassar i Arendal.

Arendal har i tillegg fleire institusjonar og kan gruppere inn pasientane ifht tap av funksjonar. Det er då mykje lettare å samordne bemanning for å drive meir effektivt og kostnadssparande.

I Nissedal har vi berre ein institusjon, som i tillegg har bygd på ein skjerma eining med 6 pasientrom der ein ikkje har tenkt på deling av personale.

Med dagens og morgondagens pasientar i fokus og med planlagt reduksjon av plassar på NOS, vil ein få to avdelingar, der den eine er berekna for demente pasientar med 6 - 7 plassar og den andre avdelinga vil være for somatisk sjuke pasientar med 5 - 6 plassar.

På begge avdelingane vil minimumsbemanninga være 2 pleiarar på dag og kveld, og delt ressurs med 2 pleiarar på natt. Nattressursen vil være delt med korttidsavdelinga, samt omsorgsbustadane og vil og ha ansvar for å rykke ut på alarmer i heimesjukepleia i heile kommunen.

I praksis vil det seie at bemanninga på NOS ved ny organisering vil være 4 på dag og 4 på kveld for å ivareta pasientane på skjerma og somatisk avdeling på ein forsvarleg måte, samt at pleiarane skal få gode arbeidsforhold og kan jobbe i 100% stillingar utan å slite seg ut. Jfr kommuneplanen kap. 4.1.3.

I tillegg vil ein få ein ny korttidsavdeling med 3 pasientrom, samt 2 nye omsorgsbustadar på sjølve NOS, som vil bli heimesjukepleia sitt ansvar. Heimesjukepleia får då ansvar for 3 korttids plasser og 11 omsorgsbustadar i nær tilknytning til NOS. I dette området må det inn bemanning og ein tenker at 1 pleiar på dag og 1 pleiar på kveld må til for å få eit forsvarleg tilbod her. Pasientane her vil i hovudsak være dei som treng mest oppfølging. Her må resten av teamet i heimesjukepleia hjelpe til når arbeidsoppgåvene er store og ein trenger 2 i stell osv.

3.3.3 Velferdsteknologi/Nytt pasientvarslingssystem:

Nissedal omsorgssenter har eit gammalt sjuke signalanlegg, som ikkje har anna funksjon enn at pasientane som oppheld seg på pasientrom eller sit på toalettet, kan varsle tilsette om at dei treng hjelp. På skjerma avdeling er det ikkje noko moglegheit for varsling, då dei tenkte at desse pasientane ikkje ville ha vore i stand til å varsle og ikkje ville ha behov for det i same grad som andre pasientar, då avdelinga vart bygd. Det har vist seg i ettertid at dette ikkje stemmer. Fleire av pasientane har eit forhold til tryggleiksalarman frå før i heimen sin, før dei kjem inn på NOS og desse pasientane klarar å varsle når dei treng hjelp, sjølv om dei er demente.

For at ein skal klare å gjennomføre ny organisering av heildøgns omsorgstenester er det ein forutsetting at dette anlegget vert oppdatert/fornya slik at det er mogleg å ta i bruk velferdsteknologiske løysingar i drifta av omsorgssenteret. Dette vil gjere det mogleg å la varsling frå pasientar gå til forskjellige mottakarar. Dei vil kunne varsle på andre måtar enn tidlegare, då kanskje med å ha eit smykke på armen, ha på seg ein fallalarm som varslar fall og kanskje ein GPS som varslar dersom dei bevegar seg langt utanfor området.

Det er viktig at pasientvarslingssystemet og velferdsteknologisk utstyr som vert brukt i heimane kan brukast båe plassar. Dette slik at pasientar som skal inn på korttidsopphald kan ta med seg varslingsutstyr inn på opphaldet og bruke det der. Dette kan til dømes være alarmsmykket, eller medisindispenseren. Då vil pasientane få det tryggare og slepp å lære seg nye teknologiske ting kvar gong dei skal ha eit opphald.

Teknologien vil ikkje gje ei umiddelbar innsparing, då mykje opplæring, investering og implementering av nye arbeidsmetodar er tidkrevjande og krev eigentleg ekstra ressursar i starten. Men på sikt kan ein kanskje unngå auka personellinnsats i tenestane og at ein er førebudd på dei ukjente følgane av «eldrebølga» som byrjar i 2025.

4.0 Satsingsområder frå regjeringa:

4.1 Velferdsteknologi:

Regjeringa har i fleire år gjeve tilskotsmidlar slik at kommunane i Norge skal satse på og ta i bruk velferdsteknologi som erstatning for og/eller eit tillegg til allereie etablerte tenester. Hagen utvalet kom i 2011 fram til at velferdsteknologi kan erstatte opptil 20% av kommunanes tenester framover i tid, noko som er sett på som heilt nødvendig for å løyse framtidens utfordringar med fleire eldre og færre hender til å hjelpe.

Det vart søkt om midlar frå regjeringa for å starte eit samarbeid om utvikling for å ta i bruk velferdsteknologi i 2018 i alle kommunane i Vest – Telemark. I 2019 vart det tilsett ein velferdsteknologikordinator som har hjulpet kommunane fram til det nivået som er i dag.

Vi har sidan november 2020 hatt ein velferdsteknologikordinator i 40% stilling i kommunen fram til og med april 2021. Fekk midlar til 40% stilling i 4 mnd på budsjett for 2021. Den vil fortsette fram til August

2021 og det er mogleg vi får midlar vidare gjennom søknad frå eit samla Vest – Telemark om midlar og for 2021.

Nissedal kommune må satse vidare på innføring og kreativ bruk av velferdsteknologiske løysingar.

4.1.1 Velferdsteknologi til brukarar av heimetenesta:

For at ein skal lukkast med strategien med at flest mogleg personar i Nissedal Kommune skal bu heime lengst mogleg med minst mogleg hjelp er ein avhengig av å kunne tilby velferdsteknologiske løysingar. Løysingar som medisindispensarar som varslar avvik, digitale tilsyn, som t.d. døralarm som varslar dersom ein pasient går ut midt på natta, GPS som lokaliserar kor ein pasient oppheld seg, er fullt mogleg å tilby og bruke i dag. Dersom ein skal ha moglegheit til det, er det viktig at ein har ein ressurs som har både avsatt tid og interesse for teknologien. I tillegg må det setjast av økonomiske ressursar til innkjøp og drift av teknologi.

Viktig satsing:

Ha ein fortsatt ressurs på 20 – 40% som kan arbeide med og utvikle velferdsteknologien i Nissedal Kommune. Sette av ekstra økonomiske ressursar til utstyr i satsinga

4.1.2 Velferdsteknologi til pasientar på institusjon og brukarar som bur i omsorgsbustadar:

Nissedal kommune er den einaste kommunen i Vest – Telemark som ikkje har investert i velferdsteknologiske løysingar på institusjon. Ein køyrar på eit gammalt varslingsanlegg der pasienten må dra i ei snor på rommet sitt for å tilkalle hjelp. Skjerma avdeling har ikkje moglegheitar for varsling i det heile, då tanken var at pasientar på denne avdelinga ikkje ville skjøne kva denne snora var til, samstundes som ekstra blink av ljøs og lydar kunne forstyrre denne pasientgruppa. Vi har nå «tilpassa» tryggleiksalarmar slik at dei kan varsle når utgangsdørrar på avdelinga åpnast om natta og nokre pasientar har ein smykkealarm dei kan trykke på, ved behov for hjelp. Smykkealarm er noko dei fleste er vant med frå før, når dei hadde tryggleiksalarm heime, slik at dette er kjent for dei, sjølv om dei har demensdiagnose. Vi har i tillegg 2 sensormatter «tråkkematter» som registrerar dersom ein pasient står opp frå senga/stol og varslar pleiepersonalet om at nokon trengjer hjelp automatisk.

Dette er sjølvsagt bra, og fungerer i små miljø med få behov. Men dersom ein skal få full effekt på heile institusjonen vil det fordre eit heilt anlegg, som er lett å få til å fungere og at fleire tilsette vil kunne gjere enkle endringar sjølv. Det er ikkje tilfelle med dagens situasjon. I tillegg treng ein adgangskontroll på utgangsdørrar, medisinerom og på enkelte pasientrom, noko ein kan få til i same system. Eit slikt velferdsteknologisk anlegg vil kunne utsetje behov for auka bemanning på institusjon og vil gjere institusjonsopphald mykje tryggare

Ein får også støtte frå husbanken på 55% av investeringa på ei slik utbygging og ein bør difor ikkje vente for lenge, då denne satsinga fort kan forsvinne.

Viktig satsing:

Få installert eit nytt sjuke-signalanlegg med velferdsteknologiske løysingar med 55% støtte i frå Husbanken, slik at ein kan utsetje behov for bemanningsauke, gje pasientane ein tryggare kvardag og få til adgangskontroll på viktige dørrar.

4.2 Kvalitetsreforma «Leve heile livet»:

Reforma vart signalisert gjennom ein helsekonferanse i 2017, der hovudretningane for planen vart presentert og diskutert. Målgruppa er eldre personar over 65 år og måla med reforma er:

- Fleire gode leveår til eldre med betre helse lenger, god livskvalitet, mestring av eige liv, samt å få helsehjelp når dei treng det.
- Pårørande som ikkje blir utsletne
- Tilsette får gode arbeidsforhold, får brukt sin kompetanse og gjort ein fagleg god jobb.
- Reforma munna ut i ei stortingsmelding Mld.St. 15 (2017 – 2018) med 5 satsingsområder, der 5 utprøvde tiltak vert presentert for kvart satsingsområde.
- Alle kommunar må ta stilling til kva tiltak ein skal satse på i ein prosess, der ein først vel ut tiltak ein vil prøve å satse på, får kommunestyret til å vedta desse tiltaka i løpet av 2021 og til slutt endar opp med å implementere tiltaka i løpet av reformperioden som i utgangspunktet endar i 2023, men som pga koronaen mest sannsynleg vert forlenga eit år til 2024.

Arbeidsgruppa har fått i oppdrag frå kommunestyret at å gå igjennom «Leve heile livet» reforma, der ein skal føreslå tiltak som kan være mogleg å gjennomføre i Nissedal kommune.

Kommunestyret vil gjennom å godkjenne planen samstundes også godkjenne tiltaka som er føreslått å innføre i kommunen.

Vi tek for oss kvart satsingsområde og føreslår tiltak i kvart av dei:

4.2.1 Satsingsområde 1. «Eit aldersvenleg Noreg»

1) Planlegg for eigen alderdom: (St.m. 15, 2017 -18, s. 72)

a) Tilrettelegge eigen bustad:

Tiltak 1:

Her ønskjer arbeidsgruppa at kommunen sender ut kartleggingsskjema til alle over 65 år, for å få ein oversikt tilstanden på bustadar og kva tankar og planar den einkilde har om utbetringar osv.

Då kan ein ta kontakt med dei som evt treng hjelp i prosessen mot ein betre bustad slik at dei vil klare seg lengst mogleg i eigen bustad og med minst mogleg hjelp frå heimetenesta.

Tiltak 2:

Spreie kunnskap i allereie etablerte møtearenaer for dei eldre i kommunen, som eldrerådet, pensjonistlaget og helselaget. Ein må vere pro aktive med informasjon, slik at fleire kan få innspel på kva ein bør tenke på for å få ein god alderdom i kommunen.

b) Investere i venner/sosialt nettverk:

Er allereie etablert eit system gjennom frivilligsentralen at nokon tek ansvar for å få eldre med på sosiale aktivitetar. Dei ringar til eldre over 75 år for å høyre om dei treng hjelp til å ivareta sosiale behov. I tillegg har Helselaget ansvar for KOMPA, eit videosystem som knyt kontakt mellom dei eldre som treng det og familien både gjennom videokommunikasjon og bildedeling.

c) Oppretthalde best mogleg meistring og livskvalitet i eigen bustad:

Tiltak 1:

Tidlig innsats er viktig for at ein skal oppdage og hjelpe dei som treng det tidlig nok. Då vil ein kunne oppnå at mange eldre kan klare seg lenger. Her vil samarbeid med legane vere sentralt, spesielt ifht demens og tidlig innsats i denne gruppa. Demenskoordinator og legetenesta i kommunen må ha formaliserte møter der ein har fokus på å sette i gang enkle tiltak eller tenester med tanke på å avlaste pårørande og/eller sette pasient/brukar betre i stand til å meistre livet i eigen bustad lenger.

Organiserte treningstilbud gjennom kommunens frisklivssentral eller andre tiltak organisert gjennom frivillige lag og organisasjoner, er og viktig for at eldre skal holde seg i bedre fysisk form.

Tiltak 2:

Hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen:

Kommunen må satse på å ha gode nok ressurser til å kartlegge behov og formidle hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen i fylket. Med rette hjelpemidler tilpassa brukar/pasient i rett tid, vil ein kunne utsetje større og dyrare hjelpetiltak frå kommunen og i tillegg gjere det mogleg å bu lenger i eigen bustad.

Tiltak 3:

Satse på velferdsteknologi.

Kommunen er allereie i gang med satsinga på velferdsteknologi i prosjekt saman med dei andre Vest – Telemark kommunane. Det er satsa ein ressurs i 2021 for å halde prosjektet i gang og for å sikre at innføringa går etter planen. Ein må ha denne ressursen vidare i åra framover, for å sikre vidare utvikling her.

Med velferdsteknologi kan ein i mange tilfelle erstatte fysiske besøk frå heimetenesta, slik at fleire i utkantstrøka kan bu heime lenger og utsetje behov for omsorgsbustadar og sjukeheimsopphald.

2) Eldrestyrt planlegging:

Her er det tenkt at dei eldre skal kunne få moglegheit til å påverke korleis utviklinga i eigen kommune skal være slik at det og vært tilpassa dei eldre sitt behov. (St.m. 15, 2017 – 18, s.74)

Kva gjer digitaliseringa i samfunnet med dei eldre i kommunane? Snart fins det ikkje pengar å betale med, alt skjer elektronisk, rekningar og banktenestar er endra osv.

Eit eksempel til ettertanke her kan være når IATA, vårt avfallsselskap, slutta å sende ut tømmekalenderen på papir og erstatta den med ein nettbasert modell og i tillegg ein app. Kven tenkte då på dei eldre bebuarane som ikkje har eit forhold til apper og internett?

Tiltak 1:

Etablere faste møter med eldreorganisasjonar i kommunen for å innhente informasjon og informere om planlagde endringar som kan få konsekvensar for kommunens eldre bebuarar.

3) Nasjonalt nettverk

Det er tenkt at det byggast opp eit nasjonalt nettverk med aldersvenlege kommunar i samarbeid med regjeringa, KS, statens seniorråd, forskning og næringsliv. Dette for å innhente og spreie kunnskap der mellom samarbeidspartane samt eldreråd i den enkelte kommune og fagmiljø. (St.m. 15, 2017 – 18, s.74)

Tiltak 1:

Bli med i Nasjonalforeninga si satsing/opplegg rundt eit demensvenleg samfunn, saman med frivilligsentralen og/eller helselaget.

4) Partnerskapsordning:

Det leggast til grunn at regjeringas strategi for et aldersvennlig samfunn realiserast også på statlig og nasjonalt nivå, gjennom planprosesser i alle sektorer, der den eldre befolkning involverast på ulike måtar gjennom undersøkingar og medverknad. (St.m. 15, 2017 – 18, s.75)

Vi har ivareteke dette i punkt 1 tiltak 1.

5) Seniorressursen:

«Programmet vil også handle om å ta i bruk den ressursen eldre representerer gjennom ulike organisasjonsformer i offentlig og privat regi og næringsutvikling.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.76)

Tiltak 1:

Støtte opp om organisering av frivillige seniortiltak, som t.d. frivilligsentralen.

Tiltak 2:

Ha ein god seniorpolitikk som legger til rette for at eigne tilsette kan stå lenge i arbeid. Viktig å kartlegge og evaluere allereie innførte tiltak og ta stilling til nye.

T.d. kva er viktig for at tilsette som jobbar med pleieoppgåver kan jobbe i større stillingar når dei passerar 60 år?

4.2.2 Satsingsområde 2: Aktivitet og fellesskap:

1) Gode augneblick:

«Eldre bør få tilbod om minst en times aktivitet daglig med bakgrunn i eigne interesser, ønsker og behov. Aktiviteten skal gi gode opplevingar og augneblick i kvardagen og stimulere sansar og minner, bevegelse, og deltaking i sosialt fellesskap.» (St.m. 15, 2017 -18, s.84)

Tiltak 1:

Utgjeie samarbeidsmodellar med friviljuge lag og organisasjonar som kan hjelpe å planlegge, arrangere og samarbeide om tiltak for å gjere livet meir innhaldsrikt for dei eldre som har langtidsopphald.

Tiltak 2:

Lage turnusar for tilsette som sikrar kontinuitet og god primærkontakt oppfølging av dei eldre. Forsking visar at pasientar som får god kontakt med primærkontakten sin, smilar meir enn dersom det stadig er forskjellige pleiarar å halde seg til.

2) Tro og liv

«Helse- og omsorgstenesta må sørge for at den einskilde tru- og livssynsutøving og behov for samtalar om eksistensielle spørsmål blir ivareteke. Helse og omsorgstenesta bør derfor innføre faste prosedyrar og samarbeide med tru- og livssynssamfunn slik at dei kan møte brukaranes og pårørande sitt behov.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.88)

Presten har gudstenester på NOS og har hatt eit tilbod til pasientar som ønsker individuell samtale.

Tiltak 1:

Oppretthalde den gode praksis vi allereie har med religiøse organisasjonar og utvikle nye samarbeid med andre når behov oppstår.

3) Generasjonsmøter

«Å skape generasjonsmøter handlar både om å etablere møteplasser mellom unge og eldre i dagliglivet, og om å organisere aktivitet og verksamd på tvers av generasjonane. Det kan for eksempel skje på skular og arbeidsplassar, eller på sjukeheimar og i nærmiljø.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.90)

Vi har allereie hatt samarbeid med skule og barnehage om besøk på sjukeheimen, noko som har fremma generasjonsmøter. Kulturskulen har og vore innom nå og då.

Tiltak 1:

Starte planlagd kafe-drift/møtelokale i ny organisering for pleie- og omsorgstenestane på omsorgssenteret, og med dette skape eit godt grunnlag for eldre og yngre å kunne møtast over ein matbit, eller berre treffe kvarandre på ein god møtearena, som dette vil bli.

Tiltak 2:

Samarbeide tettare med skule/barnehage for å skape fleire moglegheiter for besøk mellom generasjonane. Kanskje sette noko i system, slik at det vert forutsigbart. Kan det være mogleg å arrangere babytreff i det nye lokalet på NOS?

Tiltak 3:

Lage gapahuk i nærleiken av omsorgssenteret, der det vert naturleg å kunne gå til og som er eigna for eldre og yngre å møtast saman. Er allereie i gang med eit samarbeid med frivilligsentralen, som har søkt på pengar og fått i gang eit prosjekt på baksida av NOS.

Tiltak 4:

Undersøkje moglegheiter for samarbeid med skulen om arbeidslivsfag og moglegheit for utplassering av elevar på omsorgssenteret for å få eit djupare innblikk i omsorgsyrket.

4) Samfunnskontakt

«Helse- og omsorgstenesta bør vurdere å opprette ein funksjon som samfunnskontakt. Ein samfunnskontakt er bindeledd og koordinator mot nærmiljø, familie og pårørende, frivillige, næringsliv, organisasjonar og institusjonar i lokalsamfunnet.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.94)

Å ha ein samfunnskontakt er viktig for å at ein kan samordne tilbod i kommunen rundt eldre og i tillegg kartlegge kva som er viktig for denne gruppa i framtida.

Vi har søkt på og fått Kr. 500.000,- i prosjektmidlar frå statsforvaltaren til å tilsette ein samfunnskontakt og få i gang kafedrift/møtelokale på NOS for 2021.

Tiltak 1:

Tilsette ein samfunnskontakt i 60% - 80% stilling i eit år for å kartlegge behov, samarbeide med frivillige lag og organisasjonar og utvikle møteplassen/kafeen til eit varig tilbod ein kan klare å halde i gang på omsorgssenteret med gode samarbeidsmodellar. Er nå tilsett i 70% stilling i eit år frå 1.1.2022

5) Sambruk og samlokalisering i nærmiljøet

«Sjukeheimar og omsorgsbustadar bør byggast slik at dei blir en integrert del av lokalmiljøet, gjerne med felles møteplasser og naboskap på tvers av generasjoner og funksjoner. Integrering i øvrig bumiljø, samlokalisering med annan verksemd og sambruk av lokalar, legger grunnlag for gjensidig utnytting av ressursar, felles aktivitetar, uformelle møter og sosial omgang.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.97)

Vi er allereie godt i gang med gode tiltak under dette punktet. Vi bygger nye omsorgsbustader i nærleiken til omsorgssenteret, vi bygger eit nytt felleslokale i tilknytning til bustadane, som vil fungere som møteplassar for alle i bustadane, samt ligger fint til for å opprette andre tilbod, t.d. dagsenter.

Vi skal sette i gang med møtelokale/kafedrift på omsorgssenteret som også er eit tiltak i same satsinga.

Skal ein satse vidare her, bør ein kanskje tenke butikk/storkiosk med utval av daglege varer dei eldre treng i denne delen av Treungen sentrum. Dette kan t.d. gjerast i samarbeid med næringslivet i kommunen og frivillige organisasjonar.

Tiltak 1:

Utgreie behov for butikk/storkiosk i området rundt omsorgsbustadar og Kåsa bu- og avlastning. Kanskje ei satsing samtidig med bygging av fleire omsorgsbustader i området.

4.2.3 Satsingsområde 3: Mat og måltider

1) Det gode måltidet:

«Kommunane bør tilby eldre brukarar av helse- og omsorgstenester næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt, er tilpassa den einskilde sine føresetnadar og behov og serverast i ei hyggeleg ramme. Det bør leggjast til rette for sosiale måltidsfellesskap for dei som ønsker det. Samarbeid om innkjøp, matlaging og servering gir gode moglegheiter for aktivitet og deltaking.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.107)

Eldre i kommunen har allereie moglegheit til å kjøpe seg mat frå kjøkkenet på Nissedal omsorgssenter nokre dagar i veka. Frivillige eldre ordnar med utkjøring av desse i heile kommunen. Dersom ei ernæringskartlegging visar at nokon treng måltid fleire gongar, eller kanskje kvar dag, er det heimesjukepleia som køyrar ut middagane elles i veka.

I tillegg vil satsinga rundt kafedrift/møtelokale på omsorgssenteret gje eit betre tilbod til alle eldre i kommunen når det vert sett i gang.

Ei vidareutvikling her kan være at dei eldre som bur i omsorgsbustadar eller i nærområdet kan være med og bidra til å produsere og/eller servere mat og i tillegg bidra til sosiale samanhengar.

Tiltak 1:

Kartlegge om det finnast menneskelege ressursar i nærleiken som kan bidra for å halde tilbodet med kafedrift i gang, t.d. bebuarar i omsorgsbustadar og/eller på Kåsa bu- og avlastning. Dette vil være ei oppgåve for samfunnskontakten.

2) Måltidstidstider:

«Helse- og omsorgstenesta bør ha som ambisjon at eldre med behov for mat- og ernæringsbistand skal få tilbod som tilpassast deira eiga måltidsrytme. Måltidene bør fordelast utover dagen og kvelden, og det bør ikkje gå meir enn elleve timer mellom kvelds- og frukostmåltidet. Med alderen synker energibehovet.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.110)

NOS har allereie omstilt seg slik at middagen vert servert kl 15.30. Dette mogleggjer eit ekstra måltid kvar dag. I helgene er middagen framleis kl. 13 og er noko vi må evaluere om vi skal fortsette med eller om det og skal endrast til kl. 15.30 slik som det er på dei andre dagane.

Tiltak 1:

Kartlegge/evaluere middagstidspunkt i helgene på Nissedal omsorgssenter.

3) Valfrihet og variasjon

«Den enkelte må i størst mulig grad få mogligheit til å ivareta eigne mat-tradisjonar og ete vaner når det gjelder meny, tidspunkt for måltidene og kven dei vil ete saman med. Det betyr at helse- og omsorgstenesta bør fange opp individuelle ønsker og behov.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.111)

I ein liten kommune som Nissedal vil det være grenser for kva tilbod ein kan få til, men kafe/møteplass på Nissedal omsorgssenter vil bli eit viktig tiltak for å nå ut til fleire, med variert mat og sosiale moglegheiter. I tillegg vil det være viktig med kartlegging slik at ein kan opprette nye tilbod, eller vidareutvikle allereie etablerte tilbod.

4) Systematisk ernæringsarbeid

«Systematisk ernæringsarbeid handlar om å følge opp den enkeltes ernæringsbehov for å unngå under- og feilernæring. Dette betyr at alle pasientar og brukarar i sjukehus, sjukeheim og brukarar med vedtak

om heimesjukepleie må kartlegge for ernæringsstatus, vidare skal ernæringsmessig risiko vurderast og om nødvendig må det utarbeidast en individuell ernæringsplan.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.113)

Det er viktig at kvar pasient i helse- og omsorgstenestene får tilbod om kartlegging av ernæringsstatus, slik at det kan leggest ein individuell plan for oppfølging utfordringane rundt mat og måltid situasjonar.

Tiltak 1:

Implementere eigna kartleggingsverktøy for ernæringsstatus for pasientar på institusjon og pasientar i heimbasera tenester.

5) Kjøkken og kompetanse lokalt

«Å sikre en god mat- og ernæringsomsorg til eldre brukarar inneberer. At alle kommunar bør ha kjøkken- og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstenesta uavhengig av kor maten produserast og at det utreiast korleis man betre kan legge til rette for utforminga av et eige tilskot til renovering, etablering og attendeetablering av lokalt kjøkken.» (St.m. 15, 2017 – 18, s.116)

Nissedal har aldri lagt ned kjøkkenet sitt på Nissedal omsorgssenter, slik mange andre kommunar gjorde ein periode, for å spare pengar. Dei kjøpte då ferdigmat frå storkjøkken pakka i plast slik som Fjordland, berre i større format. Ein treng difor ikkje attendeetablere kjøkkenet, men det må likevel gjerast noko med. Lager og hovudkjøkken ligg i forskjellige etasjar og råvarene og maten er dagleg utsatt for risiko for å bli kontaminert ved stadige forflyttingar i område som kan være utsatt for smitte frå andre personar og utstyr. Ein må ha kohort tenking med seg, når ein gjer noko her, noko som har vore høgaktuelt å tenke under koronapandemien. I tillegg vil det være tenleg med ei ombygging, når ein skal til med kafedrift i tillegg til vanleg matproduksjon.

Tiltak 1:

Bygge om kjøkkenavdeling og lager slik at det vert eit kohort, med små moglegheit for kontaminering (smitteoverføring) av råvarer og ferdig mat. Er allereie under planlegging saman med ei ombygging av vaskeri.

Tiltak 2:

Tilpassing av kjøkken til både matproduksjon og kafedrift

4.2.4 Satsingsområde 4: Helsehjelp

1) Kvardagsmestring:

«Eldre skal ha moglegheit til å være mest mulig sjølvhjulpne, og når dei tek i mot helse- og omsorgstenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering og eigenomsorg før det settast i verk tiltak som kompenserar for tap av funksjonsevne. Kvardagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel som både kan gi auka sjølvstende i dagliglivets aktivitetar, forbetre funksjonsevna og utsette ytterlegare funksjonsfall. Velferdsteknologiske løysningar som bidreg til å oppretthalde livskvalitet, sjølvstende og mestring er viktige verkemidlar.» (St.m.15 s.126)

Fleire kommunar har starta med kvardagsmestringsteam for å ha større og målretta innsats ein periode. Dette passar for større kommunar då dei vil ha nok å gjøre heile tida. I små kommunar som Nissedal, vert det for kostbart å ha eit team klar heile tida, så ein må sjå på andre løysingar. Ein må difor ha metodane med i grunntanken når ein utfører helsetenestar i heimen. Eit formalisert samarbeid mellom heimetenesta og fysioterapeuten evt ergoterapeut er viktige.

Det er viktig å innhente kompetanse frå andre,

Tiltak 1:

Viktig med kompetanseheving av tilsette for å halde på tanken rundt kva kvardagsmestring er, lage kartleggingsskjema for «Kva er viktig for deg» og auka tverrfagleg samarbeid rundt pasientane.

Tiltak 2:

Få på plass ergoterapeut i 20 – 40% stilling for å få gode tverrfaglege diskusjonar og meir fokus på korleis pasientane kan klare seg sjølv utan mykje hjelp frå heimetenesta

2) Proaktive tenester:

«Proaktive tenester inneber at tenestene aktivt oppsøker innbyggjarar som ikkje sjølv kontaktar helsetenesta og tilbyr oppfølging. Formålet er at tenester settast inn på et tidlig tidspunkt i staden for å vente på at den enkelte sjølv tek kontakt. Helse- og omsorgstenesta bør vurdere å bruke førebyggjande heimebesøk på ulike indikasjonar i tillegg til alder. Tiltaket må ses i nær samanheng med utviklinga av teambaserte tenester i den kommunale helse- og omsorgstenesta.» (St.m. 15, s.130)

Tiltak 1:

Lage ei brosjyre og sende ut kva tilbod som finnast i kommunen ifht aktivitetar å bli med på for eldre og i tillegg til kva helse- og omsorgs tenestane står for og kan tilby av tenestar når behov oppstår.

Tiltak 2:

Informere om helse- og omsorgstenestane og utvikling av denne i møter og organiserte møteplassar for eldre, slik at ein kan få ut informasjon, samt få innspel til kva som er viktig framover.

3) Målretta bruk av fysisk trening:

«Eldre bør få tilbod om fysisk trening og aktivitet som førebyggjande, behandlande og rehabiliterande tiltak. Dette kan for eksempel skje gjennom kommunens frisklivstilbod, ved å etablere treningstilbod/treningsgrupper for eldre, og ved individuelt tilpassa trening.» (St.m.15, s.132)

Nissedal har eit tilbod til pensjonistar som er på fleirbrukshuset, «Frisklivstrim» x 1 pr. veke, som er eit lavterskeltilbod og er drevet av fysioterapeuten. Tilbodet har ingen transportteneste.

Frivilligsentralen har eit tilbod om tur i skog og mark kvar torsdag.

Fysioterapeuten har tidlegare hatt tilbod på omsorgssenteret ifht aktivitetar for bebuarane. Tilbodet har vore nede ei stund pga permisjonar og Koronapandemien.

Tiltak 1:

Frivilligsentralen satser på eit prosjekt «Sterk og stødig» der eldre som er spreke gjer tilbod til små grupper av eldre som ikkje er så spreke, og ikkje har same moglegheit til å kome seg ut til eksisterande tilbod.

Tiltak 2:

Samarbeide med fysioterapeuten for å finne individuelle treningsopplegg, for bebuarane på NOS og pasientar i heimesjukepleia, som gjer at dei får målretta trening med kontinuitet.

4) Miljøbehandling:

«Miljøbehandling kan auke mestring og velvære, skape nye moglegheiter for kommunikasjon, dempe angst og uro og redusere unødig legemiddelbruk hos eldre.

Miljøbehandling kan innehalde integrert bruk av musikk og andre kulturuttrykk i behandling og daglige aktiviteter, minnearbeid, gjenkjenning og sansestimulering.» (St.m.15, s.136)

Det er fokus på omsorgssenteret frå før med sansehage og ei godt tilrettelagt skjerma avdeling.

Tiltak 1:

Tilby tilsette i eldreomsorga ABC opplæring i musikkbasert miljøbehandling over ½ år.

Tiltak 2:

Gjennomgang av heile omsorgsenteret for å sjå på moglegheiter for personsentrert omsorg hos alle pasientane. Personbasert omsorg er lettare å få til i tilrettelagte mindre avdelingar, der miljøet vert tilpassa brukarane sine behov. Omorganiseringa vil gjere det lettare å få dette til på NOS.

5) Systematisk kartlegging og oppfølging:

«Å fange opp teikn på utvikling av sjukdom, funksjonstap eller problem, er ein føresetnad for å komme tidlig i gang med tiltak, både hos heimebuande eldre og eldre på sjukeheimar. Helse- og omsorgstenesta bør derfor utvikle og bruke tilsette si kompetanse i systematisk observasjon, kartlegging og oppfølging.

Slik kartlegging og oppfølging må i tillegg til fysisk helse og funksjon omfatte, ernæringskartlegging, munn- og tannhelse, sansetap, psykisk helse og sosiale forhold. Dette forutsetter personell med brei kompetanse, men også eit samarbeid mellom fleire faggrupper som tannpleiarar, ergoterapeutar, fysioterapeutar, sosialarbeidarar og personell med ernæringskompetanse, i tillegg til sjukepleiarar og legar. Dette grunnar i og må sjåast i samanheng med utviklinga av teambasera tenester.

Når helsepersonell ikkje oppdagar at sjukdom, utviklas eller forverrast, har dei ikkje moglegheit til å setje i gang med rette tiltak. Avdekking av endring i helsetilstand og funksjon forutsetter blant anna:

- Eit system for måling gjennom observasjons og kartleggingsverktøy
- Rutinar for dokumentasjon og overvåking av symptom og sjukdomsutviklinga
- Løpande oversikt over samla kompetanse og behovet for fagleg oppdatering
- Tilbod om regelmessig fagleg oppdatering og kollegavegleiing»

(St.m.15, 2017 – 2018, s.138)

Telemark har starta opp eit akuttkjedeprosjekt som sikrar at informasjon vert overført på ein sikker måte mellom partane i eit akuttforløp. I dette prosjektet vart og observasjonsverktøyet NEWS innført som ein viktig del av prosjektet. Nissedal har ikkje akutttenesta mot Skien og er difor ikkje med i dette prosjektet. Omsorgstenesta i Nissedal har likevel teke i bruk observasjonverktøyet NEWS 2, som kartleggingsverktøy i denne satsinga. Det er heimesjukepleia som har kome lengst i bruken av verktøyet og dei har ein akuttsekk i kvar bil, som inneheld verktøy og måleinstrumenter til å gjere såkalla NEWS målingar. Legetenesta treng å få meir kunnskap og trening i bruk av verktøyet, slik at samhandlinga i eigen kommune vert optimal.

Tiltak 1:

Fokus på opplæring i bruk av NEWS 2, slik at alle som jobbar i helse- og omsorgstenestene kan bruke verktøyet og forstå når ein må søkje hjelp på grunnlag av målingane. Her er det viktig med fokus på samarbeidet omsorg og legetenesta.

Tiltak 2:

Lage ein kompetanseplan som gjer ein oversikt over kompetanse vi har og kompetansen vi manglar.

Tiltak 3:

Opprette ressurspersonar som demenskoordinator og kreftkontakt, samt gje dei kompetanseheving for å kartlegge og følge opp pasientar med demensdiagnosar og dei med alvorlege kreftdiagnosar. (Jfr Kap 2.8 punkt 5 s. 10 i denne planen)

4.2.5 Satsingsområde 5: Samanheng:

1) Den einskilde sitt behov:

«Eldre personar sitt tenestetilbod skal ta utgangspunkt i kva som er viktig for den einskilde. Sentrale verkemidlar for å få til en personsentrert tilnærming er ein kartleggande velkomstsamtale ved oppstart av tenestetilbodet og ved flytting til sjukeheim, utforming av individuell plan, primærkontakt og jamlege pasient- og pårørandesamtaler.» (St.m.15, 2017-2018, s.148)

Tiltak 1:

Innføre mottoet «Kva er viktig for deg?» i helse – og omsorgstenestane og forsøke å stille spørsmålet i viktige kartleggingssituasjonar.

Tiltak 2:

Jobbe med å innføre personsentrert omsorg i omsorgstenestane i Nissedal.

2) Avlastning og støtte til pårørande:

«Mange pårørande har krevjande omsorgsoppgåver og utsettast for store belastningar. Det er derfor viktig at pårørande får god støtte og avlastning, og at innsatsen deira verdsetjast.

For å gi auka støtte og avlastning til pårørande løfter reforma fram tre løysingar:

- Meir fleksible kommunale avlastningstilbod som møter pårørande sitt behov med omsyn til tidspunkt, varighet og om tilbodet skjer i eigen heim, i institusjon eller på annan måte
- Informasjon og dialog, blant anna ved bruk av digitale verktøy
- Pårørandeskular og samtalegrupper som medverkar til læring og mestring»

(St.m.15, 2017-2018, s. 151)

Nissedal har saman med Vest – Telemark kommunane søkt på midlar for å få til ein auka bruk av digital kommunikasjon mellom pasientar og pårørande deira. Dette som eit ledd i tiltak for å bryte opp noko av isolasjonsfølinga som følger av koronapandemien. Det har vorte kjøpt inn KOMP enheter der pasientar og pårørande kan dele bileter og etablere videokommunikasjon på ein enkel måte.

Digihelse er innført slik at pårørande og pasientar kan kommunisere med heimetenesta, direkte inn i journalsystemet Profil.

Tiltak 1:

Kartlegge om avlastningstilbodet til pasientane er gode og fleksible nok for pårørande? Kva finnast av andre moglegheiter som er berekraftig nok til at vi kan tilby dette i Nissedal?

Tiltak 2:

Etablere demenskontakt som kan følge opp demente personar i kommunen, og være med og arrangere pårørandeskular og samtalegrupper saman med andre Vest-Telemark kommunar.

Tiltak 3:

Etablere kreftkontakt for oppfølging av personar med kreftdiagnosar.

3) Færre å forhalde seg til og auka kontinuitet:

«Organiseringa av helse- og omsorgstenestene må ivareta brukernes behov for tilgjengelege tenester, kontinuitet, trygghet og forutsigbarheit. Nokon fellesnemnarar er primærkontakt på verksemdsnivå, færre ulike tilsette per brukar/pasient og at hjelpa kjem til avtalt tid. Mange kommunar har tatt ulike

grep for å bidra til dette, blant anna gjennom nye arbeids- og organisasjonsmodeller og alternative turnusordningar.» (St.m.15,2017-2018, s. 154)

Tiltak 1:

Viktig at vi får gjennomført ny organisering, der heimetenesta overtek korttidspasientane, noko som vil medføre at pasientane får færre pleiarar å forhalde seg til og lettare å få til kontinuitet

Tiltak 2:

Fortsette arbeidet med primærkontaktordninga.

Tiltak 3:

Ha fokus på arbeidsoppgåver og kontinuitet i turnusplanlegging, t.d. arbeide 4. kvar helg med langvakter og gjøre prøveprosjekt på nye arbeids- og turnusordningar.

4) Mjukare overgang mellom heim og sjukeheim

«Kommunane bør legge til rette for betre pasientforløp og mjukare overgangar mellom eigen heim og sjukeheim.

- For eldre brukarar/pasientar kan det bety større trygghet og mindre påkjenning ved flytting.
- For pårørande kan det bety meir avlastning og støtte før flytting, og invitasjon til å fortsette å bidra etter flytting.
- For tilsette kan det bety lengre vekslingsfelt og bedte overlapping ved flytting.
- For kommunen kan det bety meir samordna bruk av ressursane på tvers av heimetenesta og sjukeheimen og moglegheit til å gjøre godt kvalitetsarbeid.
- For staten kan det bety å vurdere om det er barrierar i statleg regelverk som hindrar samordning og gode pasientforløp mellom eigen heim og sjukeheim»

(St.m.15, 2017-2018, s. 158)

Tiltak 1:

Gjennomføre ny organisering, der heimetenesta overtek korttidspasientane. Ny organisering vil føre til betre oppfølging, der same personell følger opp både heime hos pasienten og når dei er på korttidsopphald.

Tiltak 2:

Det må og vurderast om avlastning i institusjon skal utførast av heimetenesta.

5) Planlagde overgangar mellom kommunar og sjukehus:

«For å sikre gode overgangar mellom tenestenivåa, bør det leggest til rette for tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving, og for gjensidig kompetanseoverføring mellom tenestenivåa. Målet er god og samanhengande behandling og oppfølging, og å hindre uønskte reinnleggingar

Det føreslås å vidareføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022, slik at alle kommunar og helseføretak får moglegheit til å delta i læringsnettverket. Føremålet med læringsnettverket er å støtte kommunane og helseføretaka i å betre overgangane i pasientforløpet, og sikre brukaranes behov for å møte heilskapelege, trygge og koordinerte tenester.» (St.m.15, 2017 – 2018, s. 160)

Gamle Vestfold har hatt eit fokus på læringsnettverket «Gode pasientforløp» medan gamle Telemark ikkje har vore med på læringsnettverket. Det har vorte eit fokus på nå, og Nissedal er invitert med på dette læringsnettverket i haust/vinter 2021-2022.

Tiltak 1:

Nissedal kommune må opprette eit forbedringsteam som ser på eigen praksis når det gjeld planlegging, tildeling og samanhengande behandling. I tillegg må teamet reflektere rundt forløp som har gått galt for å lære av og forbedre eigen praksis.

Tiltak 2:

Nissedal kommune må delta med forbedringsteamet på Læringsnettverket «Gode pasientforløp» som byrjar i November 2021 og varer ca eit år.

5.0 Oppsummering:

Denne planen er eit pionerarbeid i Nissedal Kommune, der ein har prøvd å sjå på kva som er viktig for at Nissedal Kommune kan fortsette å tilby gode, bærekraftige og forsvarlege tenester i eit 20 – års perspektiv. Vi får ein utfordring i tida framover med stor auke av den eldre delen av befolkninga, der ein ikkje veit så mykje om kva framtidens eldre treng av tenester. Ein må difor prøve å sjå på anbefalingar, slik vi har gjort frå husbanken og prøve å følge strategiar frå regjeringa og kva andre kommunar har gjort.

For at lesaren skal få ein oversikt over viktige moment i planen, listar vi opp nokre her:

Utfordringar:

- Eldre over 80 år vil auke dramatisk mot 2040, gruppa 65+ aukar og mykje.
- Ein har problem med å rekruttere og behalde kvalifisert helsepersonell
- Dreining av tenester frå sjukehusa jfr «samahandlingsreforma» fortsetter, kommunane må stadig ta på seg fleire oppgåver.
- Institusjonen må byggast om, for å få gode arbeidsforhold for tilsette på vaskeriet og kjøkkenet, samt klare å oppretthalde smittevern og kohortar ved epidemiar og pandemiar.
- Ein må utvikle dagens tenestar slik at ein får nok omsorgsbustadar, kan nytte heimetenesta på ein mest mogleg effektiv måte ved å bruke velferdsteknologi og satse på viktige ressurspersonar som demenskoordinator og kreftkontakt.
- Ein må førebu seg på at aldrande bebuarar på hyttene i kommunen kan bli ei stor utfordring for omsorgstenestene.

Utvikling:

- Det vert føreslått ei omsorgstrapp i kommunen, der LEON prinsippet vert presentert
- Tenester skal tildelast etter behov, med kvalitet og forsvarlighetsprinsipp som rettesnor.
- Tenestene skal være virkningsfulle, trygge, samordna, gje god utnytting av ressursar, samt vere tilgjengelege og rettferdig fordelt. I tillegg skal brukarane involverast.
- Tildeling av tenester skjer ved tenestekontoret etter kriteriar. Kriteriane vil bli utvikla vidare i samarbeid med Vest-telemark kommunane i 2022.
- Husbanken sine råd v/Jarle Knutsen: -
 - o Sentraliser tenestene, bygg bustadar for eldre nær sentrum og omsorgsbustadar nær omsorgssenteret.
 - o Nytt eigne tilskotsmidlar til prosjektering og tilpassing av bustadar
 - o Samarbeid med hjelpemiddelsentralen
 - o Bemanningsauke innan omsorg bør berre skje i heimetenesta
- Nissedal omsorgssenter vert redusert frå 20 pasientrom til 15 pasientrom i 2022.
 - o Ein får 12 langtids plassar inkl. skjerma avdeling og 3 korttids plassar
 - o Det er føreslått å oppretthalde 2 avdelingar, skjerma- og somatisk avdeling, med 6 pasientrom kvar og bemanning 2 på dag og 2 på kveld på kvar avdeling.

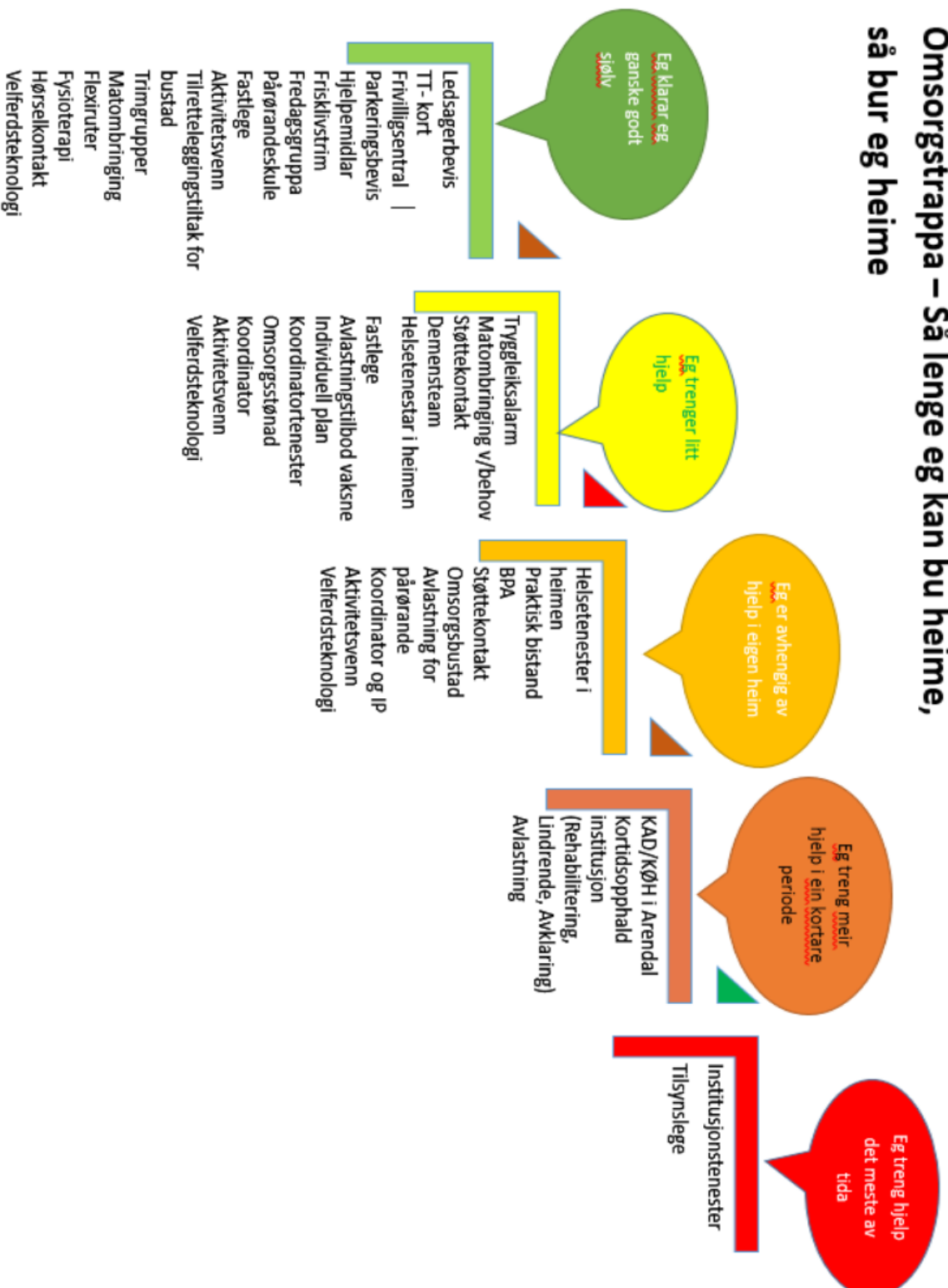
- Korttidsromma vert overført til heimetenesta, med bemanning 1 på dag og 1 på kveld, som og som i tillegg server omsorgsbustadane.
- 2 av pasientromma som vert lagt ned vert leigd ut som omsorgsbustadar (Krevjar litt ombygging)
- 1 av pasientromma vert bygd om til medisinrom.
- Det vert føreslått ei utbygging av fleire omsorgsbustadar:
 - 5 er bygd i 2021, ferdig 1. november
 - Bygge 5 nye i perioden 2025 – 2030
 - Bygge 5 nye i perioden 2030 – 2035
 - Totalt i 2035, 21 bustadar rundt og i omsorgssenteret.
- Velferdsteknologi:
 - Føreslått rask utbygging av nytt pasientvarslingsystem, basert på velferdsteknologiske løysingar på NOS og i omsorgsbustadar. Vi får nå 55% støtte til dette gjennom husbanken. Kor lenge det varar er vanskeleg å seie.
 - Fortsette utvikling av velferdsteknologiske løysingar og implementere bruk av desse for å auke kvaliteten på tenestene og samstundes redusere behov for auka bemanning i heimetenesta i åra framover.
 - Vi treng ein ressurs på 20 – 40% stilling for å halde fokus på utvikling, opplæring og implementering.

Leve heile livet reforma:

Arbeidsgruppa har fått i oppdrag frå kommunestyret å finne tiltak som er moglege å gjennomføre innan omsorgstenestane i Nissedal, føreslått i stortingsmeldinga. Ved å vedta omsorgsplanen, vil også desse føreslegne tiltaka bli vedteke og jobba med i reformperioden fram mot 2024.

- Denne delen bør lesast grundig igjennom, for å kunne forstå samanheng i tiltaka, men vil likevel trekke fram:
 - Kartlegging og oppfordring til innbyggjarane om å tilrettelegge eigen bustad mot alderdommen.
 - Ha fokus på hjelpemidlar og velferdsteknologi for å oppretthalde mest mogleg meistring og livskvalitet i eigen bustad.
 - Møteplass/»Kafedrift» på NOS med moglegheit for generasjonsmøter
 - Bygge ut kjøkkenet ved NOS tilpassa matproduksjon og kafedrift
 - Utvikle det gode samarbeidet med frivilligsentralen og andre friviljuge organisasjonar til å bli endå betre.
 - Har tilsett samfunnskontakt i 70 % prosjektstilling i 2022, som har fokus på oppretting av kafe-tilbodet og å utvikle samarbeidet med friviljuge, samt moglegheita for nye tilbod
 - Ha fokus på kvardagsmestring, med kompetanseheving av tilsette og tilsetting av ergoterapeut.
 - Opprette og ha kompetanseheving av demenskoordinator og kreftkontakt
 - Lage ein kompetanseplan for omsorgstenestene
 - Innføre mottoet «Kva er viktig for deg»
 - Organisere heimetenesta til og ta hand om korttidspasientane for betre samanheng i tenestene.
 - Opprette eit forbetringsteam og delta i læringsnettverket «Gode pasientforløp» for å bli betre på overgangar og lik oppfølging av pasientar som skal på sjukehus, eller kjem frå sjukehuset. Teamet er allereie oppretta og vi er i gang her.

Omsorgstrappa – Så lenge eg kan bu heime, så bur eg heime



Omsorgstrappa: