



Strategisk plan for helse- og omsorgstenestene i Skjåk kommune frå 2023 til 2030

Innhald

Innleiing	3
Mål for helse- og omsorgstenestene i Skjåk 2022-2030	4
Overordna mål.....	4
Organisasjonskart.....	4
Forhald til statlege og/ eller regionale planer/ føringer	5
Dagens situasjon ut frå KOSTRA	6
Framtidas teneste.....	7
Utvikling av omsorgstenestene i Skjåk dei siste 15 åra.....	8
Demografisk utvikling.....	8
Helsetilstanden i befolkninga	9
Helse trumfer alder	11
Skrøpelegheit som mål på hjelpebehov	12
Folkehelsekoordinator	14
Bustad og infrastruktur	14
Frivillig hjelp, hjelp frå pårørande (uformell omsorg) og samarbeid med næringslivet	14
Hushaldssamansetjing.....	15
Behov for helsetenester i Skjåk i 2022 - 2030	15
Legetenester.....	15
Psykisk helse – teneste til vaksne.....	16
Barn, unge og ungdom	19
Svangerskapsomsorga og jordmor	20
Helsestasjonen og skulehelsetenesta.....	21
Tverrfagleg samarbeid for born og unge.....	22
Barn og unge si psykiske helse	24
Tenester til personar med tidleg erverva og medfødde funksjonsnedsettingar	25
Sysselsettingsgruppa	26
Velferdsteknologi	26
Behov for pleie- og omsorgstenester i Skjåk kommune perioden 2023-2030.....	28
Tenestebehov bueiningar og årsverk	28
Tiltak til personar med demens.....	35
Kva skal Skjåkheimen ha av tenester i åra framover.....	36
Omsorgsbustadar og heimetenester.....	37
Personellbehov og kompetanse	37
Oppsummering.....	38

Innleiing

Mandatet for helse- og omsorgsplanen har vore drøfta i felles samlingar der politikarar og tilsette har hatt felles arbeidsøker som har resultert i konkrete og fagleg funderte tiltak.

Det har vore stort fokus på involvering og kunnskap som gjev Skjåk kommune dei beste føresetnadar for å planlegge for helse- og omsorgstenestene i planperioden.

Tekstdokumentet har blitt arbeidd med og skrivi i tett samarbeid med tenestene.

Ut frå ny kunnskap (m.a. Folkehelseinstituttet), lokale tilhøve og utvikling av fagfeltet, gjev planen ei vurdering av behovet for helse- og omsorgstenester fram mot 2030.

Det er vurdert som hensiktsmessig å ha ein rullering av planen i 2026 og 2030 for å sikre at planen er samstemt med samfunnsendingane og demografiutvikling som kan ha betydning for tenesteytinga i Skjåk kommune.

Tiltaksplanen i vedlegget er ei konkretisering av korleis kommunestyrets mandat kan løysast. Planen svarar på kvart av punkta. Det er gjort ei mellombels vurdering av legetenester, som må utgreiast vidare. Framlegga til tiltak er basert på dei analysane som er gjort med oppdatert forskning og statistikk. Dei mest signifikante funna er at fleire av sjukdommane som fører til omsorgsbehov lar seg førebyggje, og ei monaleg auke i talet på funksjonsfriske år i eldrebefolkninga dei siste 25 åra. Desse tiltaka vil gje redusert behov for omsorgstenester åra framover. Det var behov for ein plan for born, ungdom og funksjonshemma i tillegg til mandatet.

Planen er tufta på tre hovudpilarar:

- Folkehelse, førebygging og rehabilitering for alle aldersgrupper
- Heimetenester i form av helsehjelp, praktisk hjelp i heimen og personleg assistanse.
- Omsorgsbustadar og spesialiserte helsetenester i sjukeheim

Målet er å utsette det mest omfattande hjelpebehovet så langt ut i livsløpet som råd. Hjelpa skal vere tilpassa det hjelpebehov personen til ei kvar tid har.

Mål for helse- og omsorgstenestene i Skjåk 2022-2030

Helse- og omsorgsplanen er ein strategisk plan under kommuneplanens samfunnsdel.

Her heiter det:

"Skjåk kommune skal

- byggje pleie – og omsorgstenesta på prinsippet om «lengst mogleg i eigen heim»
- organisere tenestene slik at ein oppnår fleksibilitet og gode overgangar mellom hjelp i eigne heimar og institusjonstenester.
- Skjåk organisere tenestene slik at vi får nyttiggjort den kompetansen dei tilsette har, og dei samla ressursane så effektivt som det er råd, til beste for brukarane.
- legge stor vekt på medverknad frå brukarar og pårørande.
- sørge for oppdaterte kvalitetsstandardar for tildeling av tenester innan pleie- og omsorgstenesta
- satse på og prioritere samarbeid med andre kommunar om kompetanse, tenester og i enkeltsaker så langt dette er råd og tenleg."

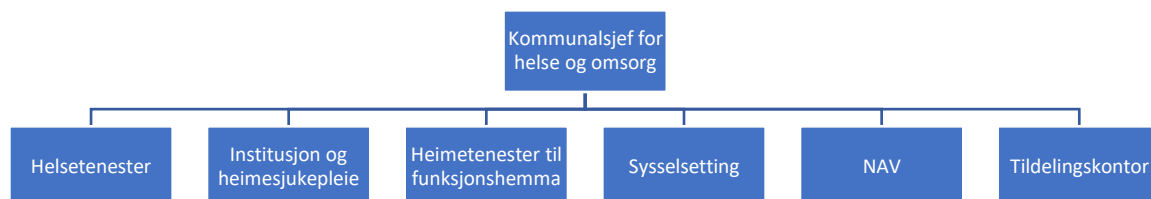
Vidare er FNs bærekraftsmål grunnleggjande prinsipp for korleis tenestene blir utforma, sjå vedlegg.

Overordna mål

Livskvalitet og meistring skal vere Skjåk kommune sine grunnverdiar.

- Førebygging og tilrettelegging for meistring framfor passiv bistand
- Velferdsteknologi skal inkluderast som ein naturleg del av tenestene
- Heimen er primær bistasarena
- Det skal satsast på tilrettelagte bustadar
- Brukarerfaring og frivilligheit blir gjeve stor plass
- Tenestene skal byggje på kunnskap, nytenking og involvering

Organisasjonskart



I Skjåk er det fleire vertskommuneavtaler med andre kommunar som tek i vare fysioterapi, ergoterapi, barnevern, krisesenter, intermediær sengepost og KAD-plassar(kommunal akutt døgneining). I tillegg er det regional vaktordning for barnevern, legevakt og jordmor. Skjåk kommune er vertskommune for sysselsetting, NAV og tidelingskontoret. Dette er viktig for å sikre habilitet, fagleg fellesskap og gode tenester for innbyggjarane i Skjåk kommune. Det er fremma politisk sak i november 2022 om vertskommunesamarbeid med Lom kommune om felles helsestasjon, skulehelseteneste og svangerskapsomsorg.

Forhold til statlege og/ eller regionale planer/ føringar

Helse- og omsorgstenestene er lovpålagte og ein del av samfunnsoppdraget kommunen har. Det er særskilte statlege føringar for korleis kommunen skal utøve helse- og omsorgstenestene.

Relevante lover og forskrifter:	Statlige planer og føringar:
<ul style="list-style-type: none">• Lov om helse- og omsorgstjenester• Lov om pasient- og brukerrete tigheter• Lov om helsepersonell• Lov om barneverntjenester• Lov om spesialisthelsetjenesten• Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp• Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker• Lov om vergemål• Lov om barn og foreldre• Lov om styrking av menneskerettigheter i norsk rett• Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m• Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring• Forskrift om en verdig eldreomsorg• Forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten• Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten• Forskrift om pasientjournal• Forskrift til forvaltningsloven• Forskrift om elektronisk kommunikasjon med og i forvaltningen• Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester• Forskrift om habilitering og rehabilitering• Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten• Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp• Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste, mv. (akuttmedisinforskrift)• Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none">• Meld.st. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester• Meld.st. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd• Meld.st. 19 (2014-2015) Mestring og muligheter• Meld.st. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet• Meld.st. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg• Meld.st. 45 (2012-2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming• Meld. St.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - rett behandling- på rett sted- til rett tid• Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre• Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste• Meld.St.11 (2020-2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2020• Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023;• Meld. St.7 (2020-2021) Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020• Meld. St.38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet- prioritering i helse- og omsorgstjenesten• Meld.st. 25 (2020-2021) Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene• Prop. 1S (2020-2021) Kompetanseløft 2025• Demensplan 2020• Nasjonalt velferdsteknologi-program• Sammen om mestring- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (2014)• Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007)• Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014 – 2017), "Et liv uten vold"

Helsedirektoratet sendar årlege rundskriv til statsforvaltar, kommunane, regionale helseføretak og fylkeskommunane, med mål om å formidle viktige nasjonale mål og prioriteringar på helse- og omsorgsområdet.

Helse- og omsorgsplanen legg føringar for strategiske planer som fagleg grenser inn til planen for helse- og omsorg. Dette er planverk som skal utarbeidast i tråd med dette i det vidare. Det er vurdert at følgjande tema bør ha egne planer:

- Kreft/ palliasjon
- Demens
- Kompetanse
- Frivillige/ pårørnde

Dagens situasjon ut frå KOSTRA

Samanlikna med KOSTRA-gruppe 5, har Skjåk ei godt utbygd helse- og omsorgsteneste. Kommunen bruker fleire kroner til helse- og omsorgstenester enn det som er vanleg for liknande kommunar, for gjennomsnittet i Innlandet og for landet. Det same gjeld talet på årsverk målt etter innbyggjartalet i kommunen, medan talet på brukarretta årsverk er litt lågare. Kommunens utgifter pr. institusjonsplass er litt høgt, men ikkje vesentleg høgare enn det som er gjennomsnittet for landet. Kommunen utmerker seg i 2021 med ei langt betre legedekning i institusjon.

Tabell 1 Nøkkeltal for helse- og omsorgstenester i Skjåk, KOSTRA-gruppe 5 og landet utanom Oslo (SSB 2022)

Nøkkeltal	Eining	Skjåk	KOSTRA	Landet utan Oslo	
		2021	05	2021	
Utgifter kommunale helse- og omsorgstenester per innbygger (kr)	Kr	46819	45464	33025	
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	årsverk	451,8	446,3	318,8	
Netto driftsutgifter til omsorgstenester i prosent av kommunens samla netto driftsutgifter (prosent)	prosent	38,8	38,6	33,9	
Andel brukarretta årsverk i omsorgstenesta m/ helseutdanning (prosent)	prosent	87	78,1	78,3	
Årsverk per bruker av omsorgstenester (årsverk)	årsverk	0,54	0,57	0,58	
Andel innbyggerar 80 år og over som bruker heimetenester (prosent)	prosent	33,6	33,3	28,7	
Andel brukarar av heimetenester 0-66 år (prosent)	prosent	43,9	44,2	48,8	
Andel innbyggerar 80 år og over som er bebuar på sjukeheim(prosent)	prosent	12,5	12	10,8	
Andel brukartilpassa einerom m/ eige bad/wc (prosent)	prosent	100	95,7	92,4	
Utgifter per opphaldsdøgn i institusjon (kr)	Kr	4495	4206	4449	
Andel private institusjonsplassar (prosent)	prosent	0	0,1	5	
Legetimar per veke per bebuar i sjukeheim(timer)	timer	0,78	0,56	0,62	
Andel innbyggerar 67-79 år med dagaktivitetstilbod (prosent)	prosent	0	0,72	0,66	
Netto driftsutgifter til kommunehelsetenesta i prosent av kommunens samla netto driftsutgifter (prosent)	prosent	10,1	7,1	6,6	
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggerar (årsverk)	årsverk	18,6	15,5	12	
Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggerar (årsverk)	årsverk	11,6	12,2	9,6	
Avtalte årsverk i helsestasjons- og skulehelsetenesta per 10 000 innbyggerar 0-20 år (årsverk) ¹	årsverk	85,7	62,7	50,4	
Andel nyfødde med heimebesøk av helsesjuepleiar (prosent)	prosent	70	94,1	83,2	

Skjåk Kommune har kontinuerleg jobba for å få fram gode organisasjons- og driftsmodellar for tenestene. Statlege reformar som *ansvarsreforma for psykisk utviklingshemma, st.mld. 25 Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, st.mld. 47 Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid* er følgt opp i Skjåk kommune sine helse- og omsorgstenester.

Kommunens sjukeheim har i dag 22-24 plassar i bruk. Det er 12 prosent av innbyggjarar 80 år og eldre. Den bygningsmessige kapasiteten er 36 plassar. Ein del av plassane blir nytta til korttidsopphald, avlastingsopphald, rehabiliteringsopphald eller medisinsk døgnbehandling. Pr. September 2022 er det 18 langtidsbebuarar på Skjåkheimen. Dei siste åra har kommunen hatt ledig kapasitet som har vore nytta av andre kommunar (t.d. Vågå og Sel). I blant har det vore 3-4 plassar som har vore nytta slik. Eit særtrekk ved heildøgnsbemanna institusjonsdrift er at drifta er organisert i døgnturnusar. Desse turnusane er ikkje enkle å redusere sjølv om talet på bebuarar går ned, og da kan det vere rekningsssvarande å selje plassar til andre kommunar, framfor å gå på eit inntektstap. Det er aktuelt å vurdere interkommunalt samarbeid om desse tenestene, dersom det er mogleg.

Knapt 150 personar nyttar årleg heimetenester, knapt halvparten av desse er under 67 år. Skjåk kommune har i dag 56 bustader for utleige fordelt på 25 omsorgsbustader, 5 bustader i Bismotunet, eit bufellesskap for utviklingshemma, 9 eldrebustader, 10 flyktningbustader og 7 utleigebustader (kjelde: Skjåk kommune). Av denne bustadmassen er det dei 25 bustadane tett inntil Skjåkheimen som nyttast til bebuarar med behov for heildøgns pleie- og omsorg. I Bismotunet er det 5 leilegheiter for unge og vaksne med store funksjonsvanskar, og 3 leilegheiter for avlasting. Dette er det nyaste bygget og var ferdig i 2021.

Framtidas teneste

Mandatet frå kommunestyret er å vurdere tenestetilbodet fram til 2030. *Korleis skal tenestene dimensjonast og utformast for å kunne gje eit forsvarleg og godt tenestetilbod til dei som treng det fram mot 2030?* I kommunestyresaka, som eit samla kommunestyre slutta seg til, er det lagt særleg vekt på utvikling av omsorgsbustadar, heimetenester, rehabilitering og førebygging/folkehelsearbeid. I tillegg kompetanseutvikling og utdanning av spesialiserte faggrupper som demens, kreftomsorg og palliasjon. Kommunestyret vedtok eit tilleggspunkt da saka var til behandling (KS-sak 2021/63):

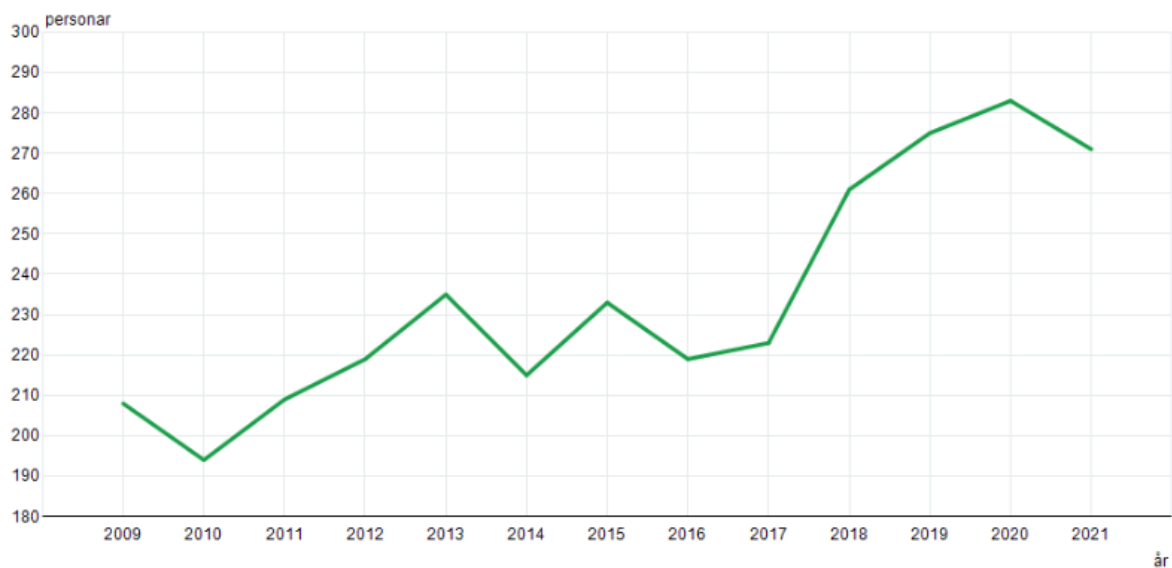
"Veksten i eldre gjer at kommunen ventar auka behov for heildøgnsbemanna tilbod. Utbygging av omsorgsbustadar med heildøgns bemanning er eit viktig tiltak i Skjåk kommune. I tillegg har Skjåk ein fagleg sterk institusjon som må takast vare på og vidareutviklast til beste for pasienten".

Når ein skal vurdere det framtidige tenestebehovet i dei kommunale helse- og omsorgstenestene er det fleire faktorar å ta omsyn til. Demografi, helsetilstanden i befolkninga, hushaldssamansetting og generelle samfunnstilhøve som bustadstandard, sentralitet og infrastrukturutforming. Tilgang på frivillig innsats og pårørande er vesentleg.

Sjølv om helse- og omsorgstenestene er universelle og skal vere for alle i kommunen, er det ikkje uvanleg å skilje mellom tenester til eldre (eldreomsorg) og tenester til yngre grupper. Det som skil desse gruppene er at unge ofte er hjelpetrengande grunna varig funksjonsnedsetting medan hjelpebehovet blant dei eldre aldersgruppene oftast utviklar seg gradvis, og med hjelp som skalerast opp etter behovet.

Utvikling av omsorgstenestene i Skjåk dei siste 15 åra.

11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter år. Brukarar av omsorgstenester, Skjåk, I alt, Unike brukarar.



Tabell 2 SSB

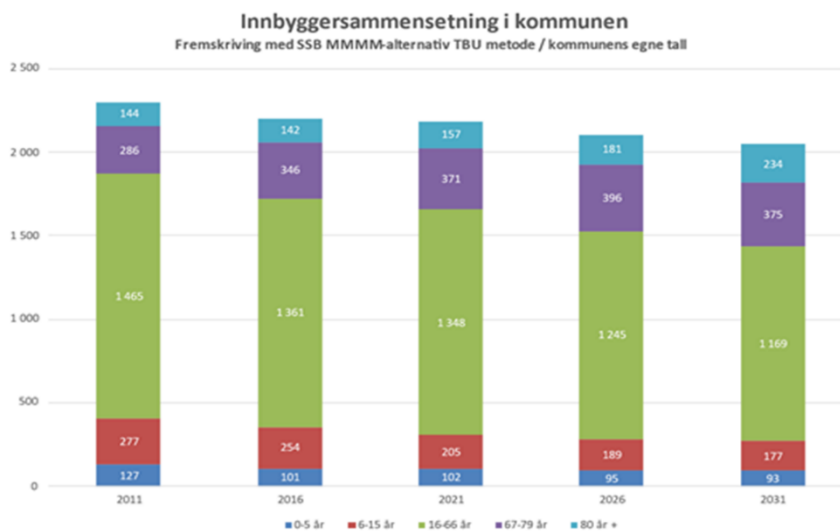
Oversikta i figur 1 viser at talet på unike brukarar har hatt ein relativt kraftig auke fram til 2020, for deretter å minke. Ser ein på detaljane, så har talet på institusjonsplassar og institusjonsbebuarar gått monaleg ned dei siste 15 åra. Går ein attende til tidleg 2000-talet var det ei periode 53 bebuarar i institusjonen. Nedgangen er dels ein konsekvens av helsetilstanden blant innbyggjarane, dels framveksten av omsorgsbustader og særleg omsorgsbustadar med lett tilgang til heimesjukepleie. Helsetenester i heimen er i all hovudsak heimesjukepleie. Særleg har talet auka kraftig blant dei unge. Dette syner ein nasjonal trend, der heimetenester til yngre aukar. Talet for 80-89 år har ein nedgåande trend. Dette viser at bruksfrekvensen av helse- og omsorgstenester i dei eldste aldersgruppene har gått ned. Talet på praktisk bistand i heimen har blitt redusert dei siste åra. Unntaket er dei over 90 år. For gruppa 0-49 år er utviklinga for praktisk hjelp i heimen motsett av for helsetenester i heimen. Unge funksjonshemma mottok i hovudsak personleg assistanse og helsehjelp framfor praktisk bistand.

Demografisk utvikling

Folketalsframskrivingar er prognoser tufta på ei mengd bakgrunnsdata. SSB legg vanlegvis fram sine prognoser i fleire alternativ, med låg folketalsvekst, høg vekst og eit middelalternativ. I analyser som blir gjort i denne rapporten er det nytta mellomalternativet, eit alternativ som ofte er rimeleg treffsikkert innafor det tidsspennet det her er snakk om. For lengre tidsperiodar blir usikkerheita naturleg nok større.

Framskrivingane viser at Skjåk kan forvente ein vekst i talet på personar over 67 år. Det kan også forventast tydeleg vekst i talet på personar over 80 år, og ein nedgang i personar under 66 år. Størst er nedgangen for dei mellom 18 og 49 år, altså dei som særleg kan reknast til å vere i yrkesaktiv alder. Flyttemønsteret viser at det er lite utflytting blant folk over 50 år. Etter kvart blir desse gamle, og auka i talet på eldre er difor ein naturleg konsekvens av utviklinga over tid. Ein del av dei som flytter ut, vil gjere dette ut frå utdanningsomsyn, for å ta utdanning utover vidaregåande skule er det nødvendig å reise ut av regionen. Dette gjeld og dei som tek helsefagutdanning. Ei utfordring er at dei som flytter ut ikkje kjem heimatt etter at dei er ferdige med utdanninga. Det er eit fødselsunderskot i kommunen. Årleg er det fleire som dør enn som blir fødde, og dette påverkar i stor grad både folketal og folkesamansetninga. Når det ikkje er nye som flytter til, blir forholdet mellom dei yngre og eldre skeivt. Det påverkar tilhøvet mellom tilbod og etterspurnad etter omsorgstenester.

Tabell 3 SSB



Å bryte nasjonale tal ned på kommunenivå vil ikkje alltid gje eit heilt presist uttrykk for behovet, men det vil vere ein relativt god indikasjon på kor behovet ligg.

Figuren viser at talet på eldre aukar nominelt og prosentvis i befolkninga i Skjåk, talet på personar i yrkesaktiv alder går ned. Tradisjonelt er talet på eldre den vanlegaste indikatoren for omsorgsbehovet i ein kommune. Nedgang i talet på personar i yrkesaktiv alder synest urovekkande for alt næringsliv i kommunen, og for kommunens helse- og omsorgstenestene vil det vere svært alvorleg både for nyrekruttering og for erstatning av personell som av ulike grunnar går ut av tenesta.

Helsetilstanden i befolkninga

For å kunne vurdere framtidig hjelpebehov må ein vurdere helsetilstanden i befolkninga. Kva slags sjukdommar som fører til funksjonstap og hjelpebehov har variert opp gjennom historia. Inntil nyleg var alvorlege pandemiar ikkje vanleg i den vestlege verda i moderne tid, men koronapandemien viser at kommunane i framtida må vere budd for denne type utbrot. Tidlegare var det vanleg at influensaepidemiar og smittsame sjukdommar som tuberkulose

ramma breitt i eit lokalsamfunn. I dag er det enkelte sjukdomsgrupper som er særleg relevante for meir eller mindre langvarig hjelpebehov (Folkehelseinstituttet):

- Muskel og skjelett
- Smerter
- Psykiske helseproblem
- Syn og høyrsel
- Demens
- Kreft
- Diabetes
- Kols
- Parkinson og andre hjernesjukdommar
- Hjarte- kar
- Hjerneslag

Dette er i stor grad kroniske sjukdommar som folk må leve med resten av livet. For nokre av diagnosane finn ein samanheng mellom tidlegare levesett og livsstil og sjukdom. Manglande aktivitet, eit uheldig kosthald og røyking er døme på dette. Dette gjeld kols, diabetes, ulike kreftformer og hjarte-karsjukdommar. Seinare forskning har vist at ulike type demenstilstandar og levesett kan ha ein samanheng. Tidlegare var dette sjukdommar med høg dødelegheit. I dag er det ofte slik at folk kan døy med desse sjukdommane, ikkje at dette er dødsårsaka.

Aldring er ikkje eit statisk fenomen. Levealderutviklinga har vore svært positiv etter krigen. Det har fram til nå vore usikkert om folk lever lenger med sjukdom og skrøpelegheit, eller om dei lever lenger og er friskare lenger. Det som er kjent er at levealder og funksjonsnivå er sterkt korrelert med utdanningsnivået i befolkninga. Ei høgt utdanna samfunn vil leve lenger, men vil det også vere eit friskare samfunn? Det er etterkrigstidas store fødselskull som er i gruppa 70+, ei gruppe som i langt større grad enn tidlegare fekk skulegang og utdanning. Det kan vere ei forklaring på funna i Folkehelseinstituttet si nye studie (2021) om at med aukande levealder er

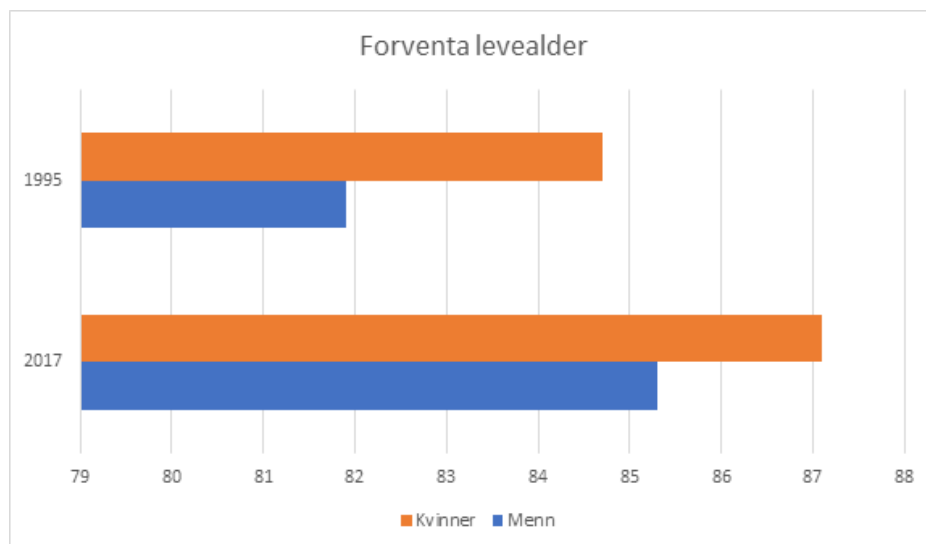
Vi har gode grunner til å se nærmere på hvilke helserelevante utfordringer vi står overfor, og når de viser seg. God helse trumfer alder, derfor er det viktig at man ikke ser seg blind på bare alder som en risikofaktor for sykdomsbyrden i en befolkning. Det viktige spørsmålet er: Hva kan man gjøre for å bedre helsen i alle aldre? understreker Skirbekk.

Folkehelseinstituttet 2022

det også ein auke i funksjonsfriske år. Det er med andre ord slik at folk lever lenger og at dei er meir funksjonsfriske enn før.

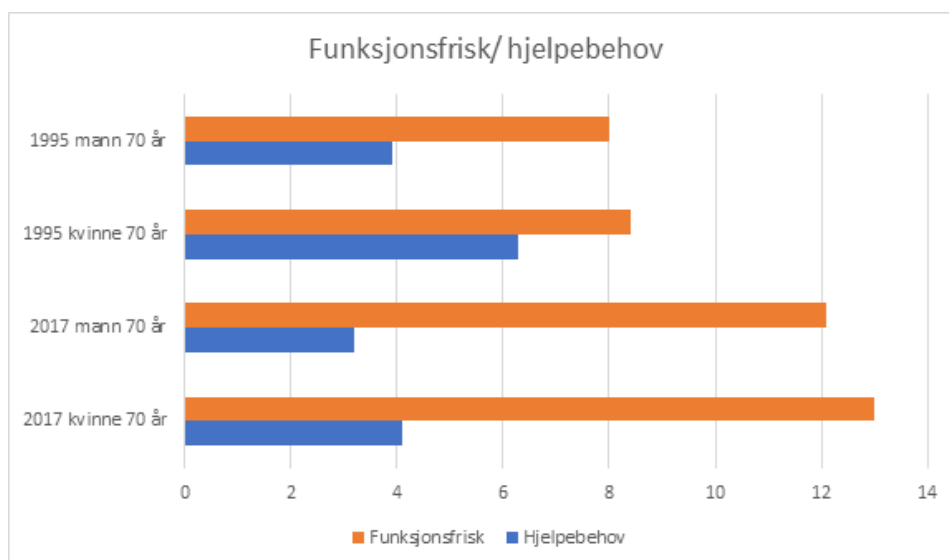
Helse trumfar alder

I 1995 kunne ein 70-årig mann forvente å leve 11,9 år til. Av desse 11,9 åra var han sjølvhjelpen i 8,0 av åra, og hadde behov for hjelp i 3,9 av åra. Om lag to tiår seinare, i 2017, hadde gjenståande levetid auka til 15,3 år. 12,1 år var dei sjølvhjelpne og 3,2 år var med hjelpebehov.



Tabell 4

Tilsvarende har ei 70-årig kvinne hatt ein auke i forventa levealder frå 14,7 år i 1995 til 17,1 år i 2017, altså ei auke på 2,4 år. Auken i funksjonsfriske leveår i denne perioden var enda større; 4,6 år, mens det var ein nedgang i år med hjelpebehov frå 6,3 til 4,1 år.



Tabell 5

Dette har stor innverknad på utvikling av behovet for helse- og omsorgstenester.

Skrøpelegheit som mål på hjelpebehov

For å kunne estimere hjelpebehovet til personar brukar ein ofte omgrepet **Activity of Daily Life** – skala (ADL-skala), som seier noko om kor hjelpetrengande ein person er. ADL måler sentrale funksjonar som til dømes hjelp til toalettbesøk, hjelp til å ete og hjelp til stell.










I tillegg er det ein IADL – skala som måler meir instrumentale funksjonar, altså mindre alvorlege funksjonstap enn i den første skalaen som til dømes å kunne ordne i huset og handle.

Nå har ein starta å nytte eit anna måleomgrep, skrøpelegheit (**frailty**). Dette er ein skala frå 1-9 som beskriv kor funksjonsfrisk ein person samla sett er, også med omsyn til å klare dagleglivets oppgåver. Kjenneteikn er redusert muskelstyrke, redusert energinivå, generelt trøyt, utilsikta vekttap og låg fysisk aktivitet. Skrøpelegheit har samansette årsaker: normal aldring, usunn livsstil med lite fysisk aktivitet, sjukdommar og skader.

Omgrepet er ikkje ukontroversielt, det kan vere ulike oppfatningar av kva som reknast som skrøpeleg. Mellom anna vil varierende krav frå omgjevnadane påverke i kor stor grad ein person kan klare seg sjølv. Eit hus med høge tersklar, lite baderom, mange trappetrinn til ulike rom, vil kunne gjere ein person mindre funksjonsdyktig enn om ein bur i ein godt tilrettelagt bustad med universell utforming. Likeleis vil ein person som bur de-sentralt og som er avhengig av bil for å kunne handle mat, gå til lege, ha sosial aktivitet og liknande, brått kunne bli veldig hjelpetrengande om ein mister førarkortet.

Likevel er skrøpelegheit ein relativt illustrerende måte å beskrive ein person sitt hjelpebehov på. Dei ulike nivåa er ikkje endelege. Om ein person ei periode treng meir hjelp (t.d. etter eit lårhalsbrot), så kan vedkommande trenast opp og gå opp att eit nivå på stigen, og bli meir sjølvhjelpen.

For å kunne estimere hjelpebehovet i ein kommune kan det vere ein nyttig tenkemåte. Det er altså viktig at det ikkje er automatikk at ein person sitt funksjonsnivå fell regelbunde frå eitt trinn til eit anna. Det er eit viktig poeng at det går an å halde ein person på dei øvste nivåa på skalaen lengst mogeleg, til det beste for personen sjølv, og med redusert omsorgsbehov som konsekvens. Under er ein illustrasjon av korleis måleinstrumentet er utforma.

Clinical Frailty Scale	Norsk versjon
 <p>1. Veldig sprekk. Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener vanligvis regelmessig, og er blant de mest spreke i aldergruppen.</p>	 <p>7. Alvorlig skrøpelig. Disse personer er helt avhengig av hjelp til personlig pleie både av fysiske eller kognitive årsaker. De er ellers stabile, og har ikke stor risiko for å dø ilt en 6 måneders periode</p>
 <p>2. Sprekk. Personer som ikke har aktive sykdomssymptom, men er mindre spreke en kategori 1. De kan trene og være veldig aktive av og til, eks sesongpreget.</p>	 <p>8. Svært alvorlig skrøpelig. Held avhengig til alle gjøremål, nærmer seg livets slutt. Typisk er at de ikke kommer seg selv etter mindre akutte hendelser.</p>
 <p>3. Klarer seg bra. Personer hvis medisinske problem er godt kontrollert, men er ikke regelmessig aktive foruten vanlig gange.</p>	 <p>9. Terminalt syk. I livets sluttfase. Kategorien kan brukes der leveysiktene med stor grad av sikkerhet er < 6 mnd. Selv om de ikke kan kalles «frail» (skrøpelig)</p>
 <p>4. Sårbar. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktiviteter. De klager ofte over at de «svekkes» og blir fort slitne og trøtte ilt dagen.</p>	<p>Vurdering av skrøpelighet hos mennesker med demens.</p> <p>Grad av skrøpelighet sammenfaller med grad av demens. Vanlige symptom på mild demens omfatter det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, men fremdeles evne å kunne huske selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene / hendelsene og sosial tilbaketrekking.</p> <p>I moderat demens er korttidsminnet svært svekket, selv om de tilsynelatende kan huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorgen under veiledning.</p> <p>Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.</p>
 <p>5. Lett skrøpelig. Disse er klart langsomme, og trenger hjelp til mer komplekse daglige aktiviteter (finanser, transport, vask og rengjøring, medikamenter). Vanligvis vil gruppen i økende grad ha problem med å handle eller gå utenfor huset alene, lage måltider og ordne i hjemmet.</p>	
 <p>6. Moderat skrøpelig. Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor hjemmet og med å stille hjemmet. De har problem med trapper, trenger hjelp til bading og kan trenge litt hjelp til å kle seg.</p>	

K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Oversatt til norsk januar 2018 av Hans Flaatten (dr.med) og Britt Sjøbø (MSc), Intensivmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Norge.

Figur 1

Ein person på første nivå vil i hovudsak kunne klare seg sjølv, men treng lege- og sjukehusstenester på same måte som andre i samfunnet. Hjelpebehovet vil auke omvendt proporsjonalt med funksjonsnivået.

Målet for den einskilde og for samfunnet må vere å stabilisere funksjonstap slik at dei kan halde seg på dei høgaste trinna i trappa lengst mogleg. For å kunne gjere dette, må det settast inn tiltak som verkar førebyggjande eller rehabiliterande. Medisinsk forskning viser at fleire sjukdommar som fører til funksjonstap kan førebyggjast med livstilendringar, tidleg intervensjon og god tilrettelegging av samfunnet. Ein ser at god rehabilitering etter sjukdommar og skader vil gjere folk i stand til å klare seg på eit høgare funksjonsnivå. Dette er kunnskap som er lagt til grunn i analysen av helse- og omsorgsbehovet i Skjåk kommune.

Folkehelsekoordinator

Folkehelsekoordinatoren skal arbeide systematisk og langsiktig med samfunnsplanlegging for å betre folkehelsa. Mellom anna er det viktig å finne områder i kommunen der det er behov for ei målretta helsefremmande innsats. Folkehelsekoordinatoren er viktig for å koordinere helsefremmande og førebyggjande innsats i kommunane.

Folkehelsearbeidet er samfunnets innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremmer befolkningas helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding, og arbeid for ein jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa.

Folkehelseloven fastsette at folkehelse er eit ansvar i alle sektorar, ikkje berre i helsesektoren, og på alle forvaltningsnivå, som kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter.

Oppgåva som folkehelsekoordinator er teke i vare av sektorane, men det vil vere eit løft å plassere oppgåva i ein sektor for å sikre ein heilskapleg framdrift på arbeidet. Dette er viktig i eit førebyggjande perspektiv, og noko som bør prioriterast å avgjere i 2023.

Bustad og infrastruktur

Det er etter kvart godt dokumentert at korleis ein person bur har stor innverknad på kva grad vedkommande vil kunne meistre å bu heime. Ein kommune med lite tilrettelagt og lite universelt utforma bygningsmasse vil få større press på omsorgstenestene. Når det å røre seg inne og ute er vanskeleg, vil vedkommande enten måtte få mykje hjelp i heimen eller i siste konsekvens kome på sjukeheim. Det er lagt mykje ressursar i å utvikle ei ny tilrettelagt bustadmasse i Norge sidan 1991 da reforma for utviklingshemma (HVPU-reforma) vart sett i verk. I Skjåk er den generelle bustadmassen relativt aldrande, det meste er bygd før kravet om universell utforming kom. I tillegg bur mange framleis desentralt rundt i dei ulike grendene i bygda. Det gjer at evna til å vere sjølvhjelpen blir redusert og at behovet for offentleg helse- eller omsorgshjelp aukar.

Frivillig hjelp, hjelp frå pårørande (uformell omsorg) og samarbeid med næringslivet

Den frivillige omsorga har endra karakter dei seinare åra. Det er like mange eller fleire som deltek i frivillig verksemd, men færre gjer dette i form av organisert aktivitet. Det handlar i stor grad om at ein ønskjer å delta, men på eigne premissar – og når ein har tid. Aktiviteten blir på denne måten mindre føreseieleg og regulert, men det er likevel eit stort og viktig potensiale for deltaking i aktivitetar knytt til helse- og omsorgssektoren. Tidlegare var det kvinner utan sterk binding til arbeidslivet som deltok i frivillig omsorgsarbeid, nå ser ein at det veks fram ein generasjon pensjonistar med god helse, god økonomi og rimeleg ubunden tidsplan som vil kunne vere ein potensiell ressurs for frivillig arbeid. Det er viktig at kommunen fører ein dialog med desse gruppene for å finne ut korleis potensialet kan nyttast optimalt for både partar. Frivilligsentralen er ein samlande instans for frivillig arbeid. I Skjåk er frivilligsentralen eit samlande punkt der det går føre seg mykje aktivitet for ulike grupper. Kommunen og frivilligsentralen må kunne vidareutvikle dette slik at det blir ein supplerande ressurs for helse- og omsorgstenestene.

Regjeringa har laga ei pårørandestrategi for 2021 – 2025 "Vi – de pårørende" med følgjande hovudmål:

- Anerkjenne pårørande som ein ressurs
- God og heilskapleg ivaretaking av alle pårørande slik at pårørande kan leve gode eigne liv og kombinere pårøranderolla med utdanning og arbeid
- Ingen born skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre

Innsatsen frå pårørande er avgjerande for personar som av ulike grunnar er i ferd med å etablere varig funksjonssvikt. Pårørandeomsorga har vist seg å halde seg høg, trass i nye sysselsettingsmønstre, flyttemønster og familiekonstellasjonar. Dette er svært vanleg ved utvikling av demenssjukdommar. Ektefellar og barn strekker seg langt for at den sjuke skal få eit godt liv. Helse- og omsorgstenesta må byggje opp under denne innsatsen, men familie- og pårørandeomsorg skal vere eit supplement og ikkje ei erstatning for kommunale tenester.

Samarbeidet med næringslivet vil vere viktig for eit samfunn som hjelper sine sårbare innbyggjarar enten dei er unge eller eldre. Dette kan gjelde reinhald, utkøyring av matvarer, private tiltak som aktivitetar og andre private tenester.

Hushaldssamansetjing

Hushaldsstorleik er rekna som ein faktor som påverkar grad av omsorgsbehov. At skrøpelege som bur åleine er meir sårbare for endringar enn dei som bur saman med andre, enten det er ein partner, barn eller andre. Hypotesen har vore at bur ein åleine har ein ikkje andre i hushaldet til å hjelpe seg med dagleglivets oppgåver, og det igjen fører til at ein blir meir hjelpetrengande. Dette var nok rett for eit par ti-år sidan, og i noko grad gjeld det nok framleis. Mange som bur i einpersonhushald over ein viss alder kan ha større behov for helse- og omsorgstenester.

Behov for helsetenester i Skjåk i 2022 - 2030

Legetenester

Skjåk kommune ønskjer å fortsett ha ei stabil legeteneste, og det blir arbeidd med ei ordning der Skjåk kommune kan nyte godt av å ha kompetente og dyktige legar i teneste. Det er viktig å sørgje for at våre tilsette opplev å kunne gjennomføre kompetanseheving og eit godt kollegium.

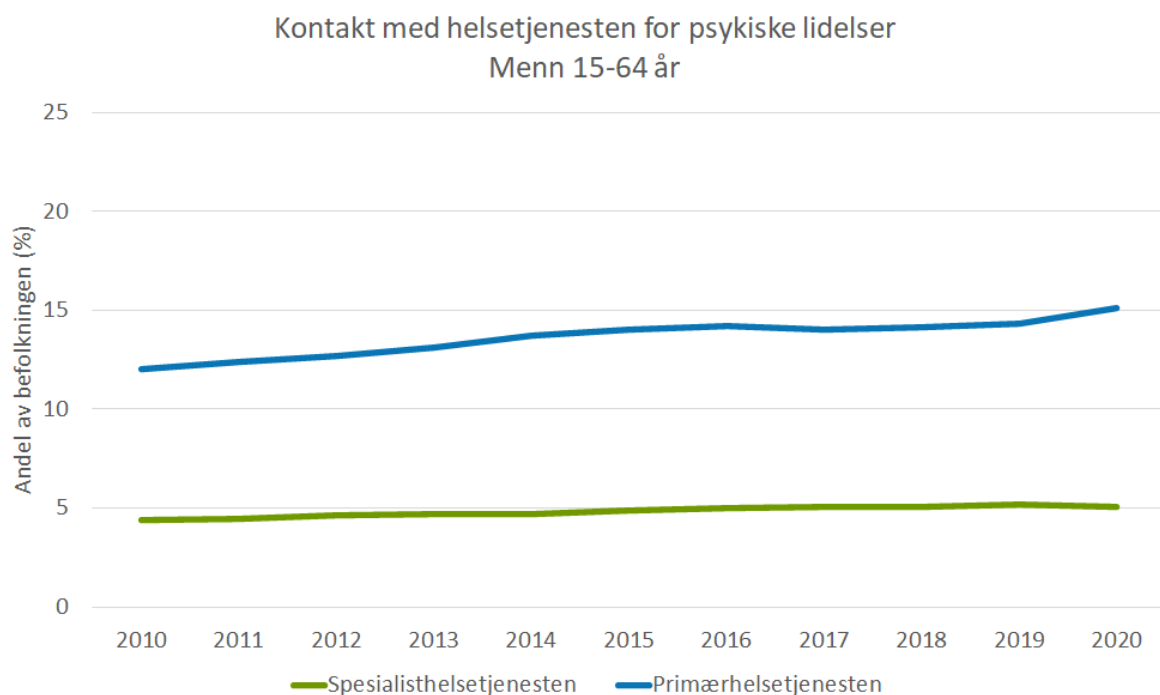
I 2022 er fire leger tilsett i 3,2 stillingar, samstundes som to av legane er i spesialisering. Dette kan vere ein vidare løysing for å sikre ei stabil legeteneste over fleire år. Det er behov for sjukepleiekompetanse på legekantoret for å avlaste legane og heimesjukepleia.

Det er gjennomført ei ROS-analyse av dagens helsesenter som synleggjer at personvern og teieplikt, ikkje blir teke i vare slik det er innretta i dag, særleg på grunn av den fysiske utforminga av kontorlokala på legesenteret. Det er difor teke strakstiltak for å auke dette behovet, men vi ser at det framleis er behov for ein del store endringar og ser det som naturleg å gjere ei vurdering av legetenestene sin lokasjon.

Psykisk helse – teneste til vaksne

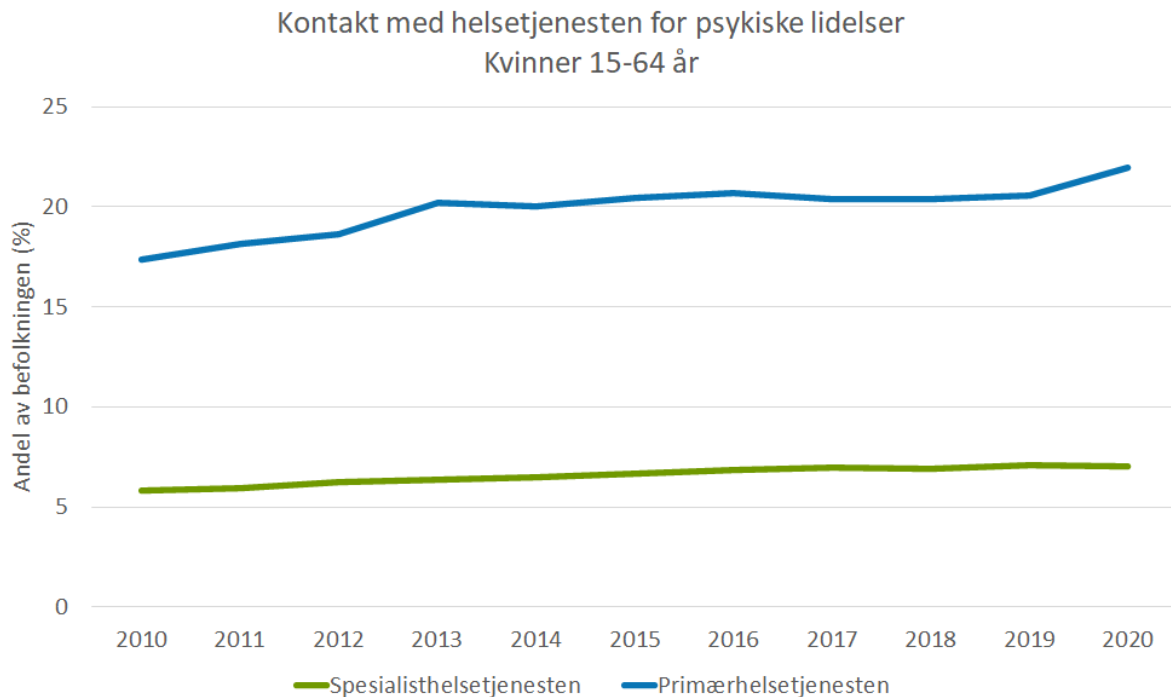
Den siste folkehelse rapporten frå Folkehelseinstituttet (FHI 2022) seier at mellom ein av fire og ein av seks nordmenn vil oppfylle kriteria for psykisk lidning i løpet av eit år. Omsett til Skjåk kommune vil det seie at så mange som 500 personar vil ha ei definert psykisk lidning i løpet av eitt år. Angst, depresjon og rusmiddelrelaterte problem er vanlegast. 15 prosent av alle menn og 22 prosent av alle kvinner i Norge er årleg i kontakt med helsetenestene grunna psykiske sjukdommar og lidingar. 5 prosent av alle menn og 7 prosent av alle kvinner var på same tid i kontakt med spesialisthelsetenesta for psykiske lidingar.

Tabell 6



Det har vore ein jamn auke i talet på personar med rapporterte psykiske lidingar og sjukdommar sidan 2010 og fram til 2020. Årsaksfaktorane er fleire, det kan vere at det er meir legitimt å søkje hjelp for desse sjukdommane, men det kan hende at det reelt sett har vore ein auke i førekomst av slike plager. Folkehelseinstituttet skil på menn og kvinner, felles for både gruppene er at det dei aller siste åra har vore ein auke av pasientar som er i kontakt med kommunehelsetenesta for psykiske lidingar, medan det for spesialisthelsetenesta har vore stabilitet eller endatil ein liten nedgang.

Tabell 7



Helse- og omsorgstenestene i Skjåk kommune har erfart denne utviklinga. Psykisk helse er ei teneste som over tid har opplevd å samarbeide med ei spesialisthelseteneste som blir bygd ned, og ei samtidig overføring av oppgåver til kommunen. Det er nå eit vegskilje der ein ser at det er ei sterkt aukande behov for psykisk helse - teneste i kommunen. For berre få år sidan var det ei klår tilråding at kommunal psykisk helse-teneste ikkje skulle utføre behandling. I dag er det er ei klår forventning frå spesialisthelsetenesta, og frå statleg hald, at kommunal psykisk helse – teneste skal gjennomføre all behandling av milde og moderat sjuke menneske.

Eit godt samarbeid mellom kommunehelsetenestene og spesialisthelsetenestene er avgjerande for at pasienten får eit godt pasientforløp med moglegheit for å bli frisk eller å få eit godt fungerande daglegliv. Det er behov for rettleiing og råd, og behov for å kunne samarbeide om pasientar som treng behandlingssopphald i spesialisthelsetenesta for kortare eller lengre tid. Kommunen har erfart at samarbeidet av og til har svikta eller vore vanskeleg, noko som til sist går ut over pasienten sin livskvalitet.

Det er behov for at dei tilsette i Psykisk helse har den kompetansen som er nødvendig for å sørge for behandling og utgreiing av tenestebehov. Det er nødvendig at tilsette i andre tenester har tilstrekkeleg psykiatri-kompetanse. Dette kan gjelde fleire tenester, men dei viktigaste er heimesjukepleie, helsestasjon, skulehelsetenesta, tenester til personar med funksjonshemming og legetenesta.

Det er eit aukande behov for psykisk helseteneste frå ungdoms alder, og det er ei ny utvikling som det må arbeidast med i forhold til vidare utvikling. Ungdom/ unge vaksne si

psykiske helse har stor verknad på korleis dei formar sine liv, og grunnlaget for deira liv. Den førebyggande tenesteytinga skal prioriterast.

Psykisk helse – teneste er i dag tufta på eit samarbeid som vart etablert når forventningar frå alle samarbeidspartar var heilt annleis enn det er i 2022. Det er behov for å gjere ei vurdering av korleis psykisk helse – teneste skal organiserast i framtida, og korleis vi skal sikre at innbyggjarane våre får dei tenestene Skjåk kommune skal yte til dei. Det er ønskjeleg å styrke psykisk helse – tenesta for å møte dei aukande utfordringar og behov som er til stede i befolkninga. I tillegg er det behov for å gjere ei vurdering av bufellesskap eller andre heildøgns butenester til personar med psykisk sjukdom, og som treng tilpassa og spesialisert helseteneste i kommunen.

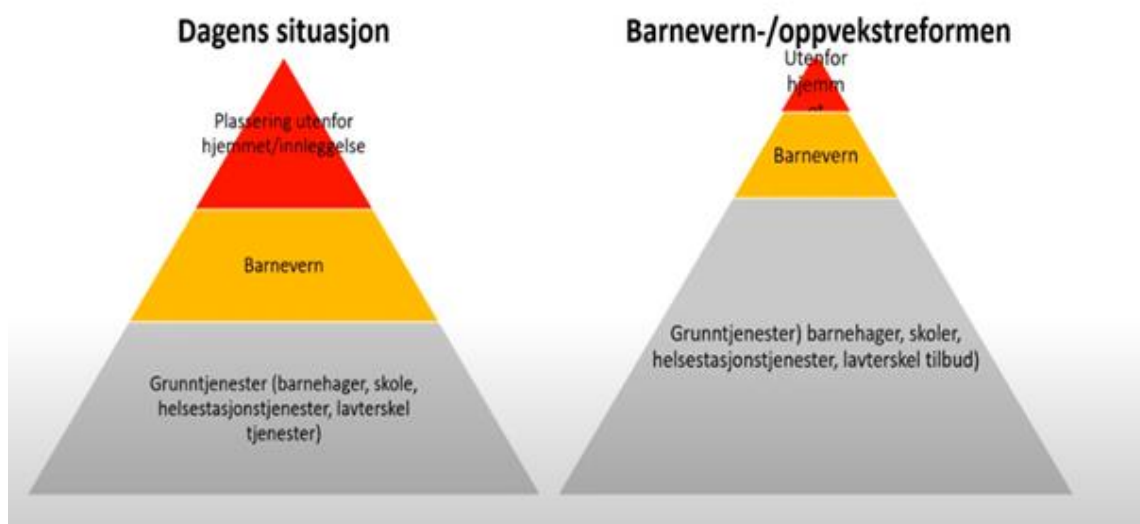
Barn, unge og ungdom

Barnevernsreforma/ oppvekstreforma

Barnevernsreforma endrar den kommunale barneverntenesta ved at dei skal arbeide førebyggjande, ha mindre saksbehandling, og at sakene dei skal handtere skal vere dei mest alvorlege og krevjande sakene. Det er større krav til kompetansen i barnevernet, noko dei tilsette er i god gang med å utarbeide. For å møte dei nye krava, blei barneverntenestene i Sel, Vågå, Lom og Skjåk slått saman til ei interkommunal teneste med Sel kommune som vertskommune og med kontorstad på Otta i 2019. Det er god dialog mellom barnevernet og andre kommunale tenester. Frå 1.1.2019 har kommunen plikt til å ha ein akuttberedskap i barnevern, og det er etablert ei regional vaktordning for heile Nord-Gudbrandsdalen etter kommunelova § 28 med Sel kommune som vertskommune.

Etter at tenestene blei slått saman, har det vore ei auke i talet på meldingar til barnevernet. Det er ein nedgang i tal undersøkingar frå 2021 til 2022, og ein ser at fleire av undersøkingane omhandlar alvorlege hendingar. Behovet for tiltak i og utanfor heimen er høgare enn det har vore tidlegare. I tråd med barnevernsreforma vert det omdisponert ressursar i 2023 for å arbeide meir systematisk med det førebyggjande arbeidet inn mot born og unge. Målsettinga med denne disponeringa av ressursar, er at fleire born og unge får hjelp tidlegare og at kvaliteten på meldingane til barneverntenesta vert betre. Ein eigen oppvekstreform-koordinator, utarbeiding av kommunen sin oppvekstplan og utvikling av det faglege nivået på kommunen sitt ressursteam for born og unge vil være viktige tiltak gjennom denne styrkinga.

Endringer i hvem som gjør hva?



Figur 2

Måla med oppvekstreforma

- Kommunane skal styrke arbeidet med tidleg innsats og førebygging
- Hjelpa skal bli betre tilpassa born og familiars behov
- Rettstryggleiken til born og familiar skal takast i vare
- Ressursbruken og oppgåveløysinga i barnevernet skal bli meir effektiv

Intensjonen med oppvekstreforma er at staten gjev kommunane ansvar og høve til å samarbeide førebyggjande på tvers av tenester. Sjølv om reforma først og fremst regulerer barnevernet, er den tydeleg på at det skal skje ei oppgåveforfløtting frå barnevernet til andre tenester og at det førebyggjande arbeidet skal gjere at det er mindre behov for barnevernstenester. Barnevern er ei svært viktig teneste inn mot barn og unge, og har brei kompetanse på blant anna tiltak. Dei er ein stor ressurs inn i det tverrfaglege samarbeidet kring barn, unge og deira familie. Kommunane må tenkje på ein ny måte for å lykkast i dette arbeidet. Det er særskilt viktig å bidra til ei god nok kompetanse hjå dei med tettast kontakt med ungane, som t.d. assistentar. Personalet må vite og forstå kvifor ungane har behov for tettare oppfølging. Dette er førebyggjande og gjer at det blir mindre behov for tenester når dei er eldre.

Born i fattige familiar er ekstra sårbare. Eit tiltak for å sikre at born er inkludert er å førebygge fattigdom i familiar med born. På lengre sikt er det viktig å førebygge fattigdom for å hindre at born og unge fell utanfor samfunnet seinare i livet.

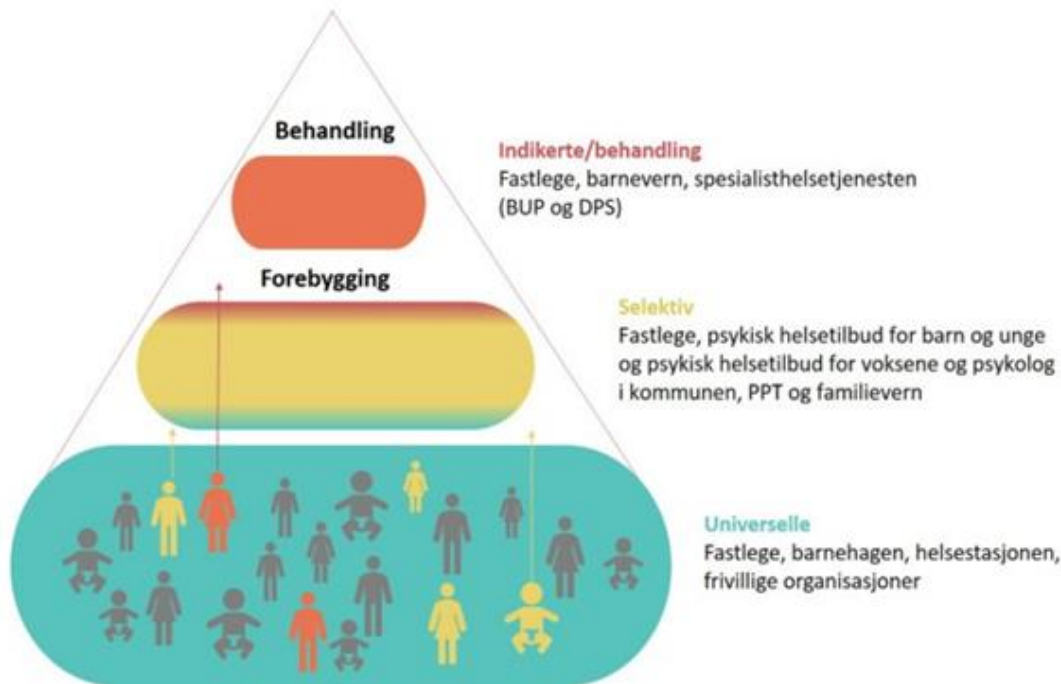
Svangerskapsomsorga og jordmor

Lang avstand til sjukehus gjer det særskilt viktig å ha jordmor i kommunen for oppfølging av det ufødde barnet og foreldra. Jordmor står i ei særstilling til å rettleie familiar særleg i det førebyggjande arbeidet. Nokre oppgåver jordmor bidreg til kan vere å førebygge svangerskapsdepresjonar, rettleiing av foreldre, informasjon om Familievernkontoret, krisesenteret og trening/ fysisk aktivitet i svangerskap og barseltid. Det kan vere like aktuelt å ha eigne samtalar med far for å ivareta hans behov.



Helsestasjonen og skulehelsetenesta

Helsesjukepleiar arbeider med barn, unge og deira familiar frå 0-24 år. Tenesta arbeidar for å skape robuste barn, unge og ungdom som klarar å handtere vaksenlivet. Dette langsiktige arbeidet har mellom anna resultert i eit tett samarbeid mellom helsestasjonen og barnehage/ skule. Resultatet av satsinga er i ferd med å vise seg. Blant anna så ligg ikkje Skjåk kommune så høgt i fråfall frå vidaregåande skule som andre kommunar. Dette vil variere noko, men er ei betring samanlikna med tidlegare år.



Figur 3

Helsestasjonane er ein arena der 99% av alle born i Noreg er innom i livet. Dette handlar om heile utviklinga til ungane frå graviditet, spedbarnskontrollar og andre kontrollar som følgjer med på barnets utvikling. Vaksinasjonsprogrammet, skulehelsetenesta, helsestasjon for ungdom og seksuell helse er viktige tema som systematisk blir følgt opp overfor borna. Noreg er i ei særstilling i høve til mange andre land med den høge oppslutnaden og tilliten helsestasjonen har i befolkninga. Helsestasjonane er ein ressurs for andre helselaterte utfordringar, og dei har ei viktig rolle i å avdekke forhold som kan gjeve høgare risiko for dårleg helse. Familiar med gode oppvekstmiljø der forendra er omsorgsfulle og kompetente bidreg til å fremme born si psykiske helse. Tilsvarande skal helsestasjonen informere om andre hjelpetiltak som Gudbrandsdal krisesenter.

Skulen er ein annan viktig arena der ungane får auke si kompetanse og utdanning, og det gjev ungane eit grunnlag for vidare utdanning, arbeid og deltaking i samfunnet. Ungane finn fellesskap og vennskap på skulen, og har ei kjensle av tilhøyra og fellesskap.

Sosiale media er ei arena der ungane deltek som ein naturleg del av oppveksten. Dette utfordrar omsorgspersonane i nærområdet, og er til stor bekymring for ansvarlege

myndigheiter. Den skjulte kommunikasjonen gjer at ungane i større grad er i fare for å bli utsett for handlingar dei ikkje ønskjer, og kan utvikle utfordringar som kan vere vanskelege å koma ut av. Det er viktig for Skjåk kommune å vere på desse arenaene, og vere ei trygg hamn for dei unge både som vegvisar og som ein alliert i møtet med andre vaksenpersonar. Digital helsestasjon og instagramkontoen *UngVaksen* er døme på korleis helsestasjonen arbeidar for å nå ungdommar. Dette har vist seg å vere særleg vellukka for å nå gutar.

Tenestene skal ha god kunnskap om born, unge og sosiale media. Det er naturleg at det er jamleg tema i ressursgruppa i forhold til korleis en setter inn tiltak, og at tiltaka skal vere vurdert som effektive, forskingsbaserte og kunnskapsbaserte.

Det har sidan 2014 vore satsa på tidleg innsats og forsterka helsestasjon og skulehelseteneste med midlar blant anna frå Helsedirektoratet. Frå 1.1.2021 la helsedirektoratet inn krav om at på helsestasjon skal det være kjernekompetanse som helsesjukepleier, fysioterapi og lege.

Helsestasjonen arbeider med primærførebygging. Det har kome føringar frå spesialisthelsetenesta om at kommunen i tillegg skal kunne behandle milde til moderate psykiske lidningar. Dette ligg i pakkeforløpet for spesialisthelsetenesta. Dette krev meir av kvar einiskild tilsett på helsestasjonen, som i tillegg skal tilby foreldrerettleiing på ulikt nivå. Det er eit aukande behov for skulehelsetenesta primært grunna mange barn, unge og ungdom som har utfordringar.

Forventningar frå spesialisthelsetenesta om at kommunane skal behandle fleire lidningar enn før set endra krav til kommunal kompetanse og kapasitet. Å behandle folk med psykiske lidningar er ofte tidkrevjande og det kan vere behov for tett oppfølging. Skjåk kommune har hatt eit samarbeid med Lom kommune om psykiske helsetenester. Samarbeidet har vart sidan 2003, og det er naturleg å sjå om tenesta i dag er rusta til å møte dei endringane som er i samfunnet, ikkje minst blant barn og unge. Sjølvskading, eteforstyrningar og andre dramatiske sjukdommar er det viktig å få tidleg grep.

Tverrfagleg samarbeid for born og unge

Systemgruppe

Det er etablert systemgruppe i Skjåk, der alle tenester og instansar som arbeider med born og unge deltek i to årlege møter. Formålet med denne gruppa er å sjå korleis ein kan nytte kvarandre, og arbeide meir strukturert og tverrfagleg slik at alle har meir forståing og kunnskap om korleis partane arbeidar rundt barnet/ ungdommen. Ved å få kunnskap om kvarandre sine ressursar blir ein sterkare saman.

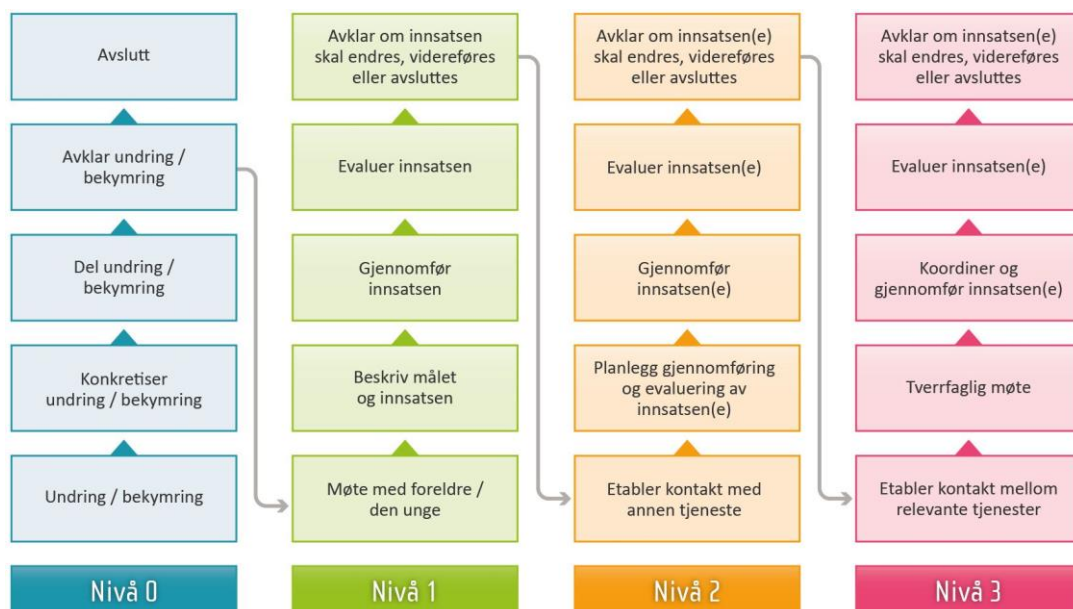
Ressursgruppe

Ressursgruppa har som formål å drøfte individet/sak, helst i lag med barnet/ ungdommens foreldre. Dette er eit lågterskel tiltak der formålet med gruppa er å kunne sette inn rett tiltak til rett tid i den aktuelle saka. Gruppa har faste møter kvar annan veke. Dette sørgjer for at ein styrker samarbeidet og blir godt kjent med dei som er tett på ungane. Ved å kjenne så godt til kvarandre, sikrar ein i større grad at ein kan be om råd og rettleiing, og samarbeide

til det beste for ungene. I Skjåk kommune arbeidast det etter BTI-modellen, som opplevast som ein praksisnær og effektiv måte å samordne arbeidet rundt barnet.

Modellen gjev ein oversikt over handlingsforløp. Den kan bidra til å rette opp svikt i samhandling mellom tenester både på lokalt, regionalt og statleg nivå. Modellen omtaler korleis samarbeidet kan tilretteleggast på tre ulike nivå. Avhengig av innsatsens omfang, og tal tenester og instansar som er involvert.

- Nivå 0 avklarar om det er grunn til bekymring og vurdering av om det er grunnlag til å gå til nivå 1 i metoden.
- På nivå 1 avklarar ein saman med føresette kva innsats som blir sett inn.
- Nivå 2 omtaler enkelt det tverrfaglege samarbeidet og koordineringa mellom fortrinnsvis 2 tenester.
- Nivå 3 omtaler eit meir omfattande tverrfagleg samarbeid og koordinering mellom fleire tenester ein ser som hensiktsmessig deltar i prosessen.



Figur 4 Ref. <https://tidliginnsats.forebygging.no/>

Oppvekstpakke for barn og unge

Eit framtidig mål er å etablere ei oppvekstpakke med førebyggjande tiltak og systemtiltak med ulike tema som alle foreldre og ungar får tilbod om å delta på. Det er mål om at det skal vere ei naturleg tilnærming til vanlege utfordringar som born og unge kan oppleve.

Hensikten med ei oppvekstpakke er å auke foreldrekompetansen, ta opp utfordrande tema som t.d. rus/alkohol og skjermbruk. Som eit ledd i Oppvekstreforma har kommunane Sel, Vågå, Lom og Skjåk søkt på midlar frå statsforvaltaren for å byrje eit nybrottsarbeid. Det er mål om å utvikle ein tiltaksbank i desse fire kommunane. Kommunen skal handtere stadig meir komplekse saker, og det å bruke kompetansen på tvers i Ottadalen kan være ein enorm ressurs for innbyggjarane. I tillegg til å nytte kompetansen på tvers av kommunane er det eit

ønskje om å styrke dei tilsette som er nærast på barn og unge. Dette kan t.d. sette dei tilsette i stand til å ta den vanskelege samtala.

Ungdomskonsulent

Det vil vere ei styrke for ungdommane i Skjåk å rekruttere inn ein ungdomskonsulent til barn, unge og ungdom. Helsestasjonen har eit stort ansvar for born og unges oppfølging, kartlegging og behandling, og helsestasjonen kjem i ein dobbeltrolle om dei skal dekke behovet for ungdomskonsulent i tillegg.

Ungdomskonsulenten kan få til gode samlingsarenaer saman med til dømes Friviljugsentralen og Ungdommens hus som det blir arbeid med å etablere der. Friviljugsentralen har hatt stor suksess med ungdom- og teknologi, og barn og ungdom skryter av dette. Dette er særleg aktuelt for dei gruppene av barn som opplev at dei fritidsaktivitetane det er tilbod om i Skjåk ikkje er noko for dei. Her kan dei få ein trygg og føreseieleg arena å møtast på. Ein ungdomskonsulent kan t.d. ta kurs som MOT-kontakt og vere ein aktiv aktør kring MOT. *Ungdommens hus* vil vere ei styrke for helsestasjon, da ein mellom anna kan ha helsestasjon for ungdom og vere eit kontaktpunkt for politi, fastlege og natteramnar.



Barn og unge si psykiske helse

Folkehelse rapporten¹ 2022 viser at

- Psykiske plager er vanleg blant barn og ungdom. Blant jenter i alderen 13-24 år er det rapportert at psykiske plager som stress og uro har hatt ei auke dei siste tiåra.
- Norske studiar viser at om lag 7 prosent av barn og unge i alderen 4-14 år har ei psykisk lidning.
- Internasjonale tal viser at om lag 13 prosent av barn og unge under 18 år fyller kriteria for psykisk lidning. Dette varierer mykje på tvers av kjønn og alder.
- I 2020 var 5 prosent av barn og unge diagnostisert med psykisk lidning i spesialisthelsetenesta.
- Det har vore ein vekst i totalbruken av legemidlar for psykiske lidningar blant barn og unge dei siste 10 åra.

“I spesialisthelsetenesta blir fem prosent av barn og unge diagnostisert med psykiske lidningar”

Folkehelseinstituttet

Ungdom i Skjåk rapporterer ein auke i psykiske plager, sjølv om dei i utgangspunktet trivst i kommunen. Det er viktig med tidleg intervensjon, å kunne avdekke slike problem tidleg. Det

¹ <https://www.fhi.no/nyheter/2022/5-prosent-av-barn-og-unge-blir-diagnostisert-med-psykiske-lidingar-i-spesia/>

kan vere sjølvskading (som eteforstyrningar), rus, angst og depresjon. Tiltaka som er omtalte tidlegare i denne rapporten vil vere sentrale for å kunne nå ut til ungdommane tidleg, og å kunne få i gang tilpassa behandlingsforløp for dei som treng det.

Tenester til personar med tidleg erverva og medfødde funksjonsnedsettingar



Skjåk kommune har som målsetting at målgruppa skal ha gode tenester i eit livsløpsperspektiv der personsentrert omsorg er i fokus. *Tenester til funksjonshemma* har eit omfattande lovverk som hjelper tenesteytar og tenestemottakar i å ha gode og målretta tenester som gjev god livskvalitet.

Rettleiaren for “*Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*” seier at kommunen skal leggje til rette for at barn og ungdom med funksjonsnedsettingar får høve til å delta i leik, læring, kvardagsaktivitetar og kvardagsmeistring for å bli mest mogleg sjølvstendige.

Skjåk kommune har god erfaring og kompetanse i tverrfagleg samarbeid, og det er ein av dei viktigaste faktorane for å lykkast med personsentrert omsorg som gjev god livskvalitet. Det er eit mål å behalde og vidareutvikle dette samarbeidet. Tenesta skal systematisk sørgje for grundige kartleggingar og evalueringar av funksjonsnivå og behov.

Statistikken syner at levetida for brukargruppa har blitt forlenga. Sidan personar med utviklingshemming lever lenger enn tidlegare, vil fleire utvikle aldersrelaterte sjukdommar, og gjerne tidlegare i befolkninga enn elles. Nokre diagnosar har til dømes særskilt auka risiko for å utvikle demens. Spesialisthelsetenesta skal greie ut dette².

Kommunen skal sørgje for at personar med tidleg erverva og medfødde funksjonsnedsettingar får jobb eller dagaktivitetstilbod. Arbeid eller dagaktivitet er viktig for livskvalitet, personleg utvikling og psykisk helse. KOSTRA syner at vi har relativt mange unge i Skjåk med funksjonsnedsettingar.

I den Nasjonale rettleiaren³ står det slik:

Kommunen skal bidra til at personar med utviklingshemming får jobb eller dagaktivitetstilbod. Det å ha eit arbeid eller ein dagaktivitet er viktig for livskvalitet, personleg utvikling og psykisk helse. Det gir høve til glede over å dra på jobben, deltaking i eit arbeidsfelleskap, meistring og stoltheit over å produsere noko, og å

² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/livsfaser-og-overganger/kommunen-skal-bidra-til-at-personer-med-utviklingshemming-far-jobb-eller-dagaktivitetstilbud>

kunne komme heim og ha fri. Arbeid strukturerer kvardagen. Dei fleste personar med utviklingshemming står utanfor ordinært arbeid til tross for at det er mange som kunne hatt ordinært arbeid, eventuelt med tilrettelegging (NOU 2016: 17). Kommunale dagtilbod er det vanlegaste aktivitetstilbodet, følgt av varig tilrettelagt arbeid i skjerma bedrift.

I overgangen frå vidaregåande skule til arbeid eller dagaktivitetstilbod er det mange instansar som bør være involvert. Fylkeskommunen har ansvar for vidaregåande skule og for pedagogisk psykologisk teneste. Helse- og omsorgstenesta har ansvar for dagsenter og dagaktivitetstilbod. NAV har ansvar for varig tilrettelagt arbeid.

Fylkeskommunen, helse- og omsorgstenestene og NAV må samarbeide tverrsektorielt om å bistå personen og pårørande i overgangen frå skulen til arbeid eller dagaktivitet (Wendelborg et. al., 2017). Det er mye som må kartleggast, vurderast og avklarast. Samarbeidet bør difor koordinerast av ein koordinator og forankrast i individuell plan. Kartleggingsarbeidet og planlegginga bør starte tidleg, fortrinnsvis allereie første vidaregåande skuleår, slik at det ikkje blir ventetid etter avslutta vidaregåande skule.

Det er nødvendig at Skjåk kommune vurderer korleis vi kan oppfylle plikten til å sørge for eit tilbod om jobb eller dagaktivitetstilbod til denne brukargruppa.

Skjåk kommune skal legge til rette for at personar med funksjonsnedsetting kan bu i eigen heim så lenge som mogleg. Skjåk har nyleg bygd Bismotunet bufellesskap. Skjåk kommune skal ha eit fokus på at denne brukargruppa har gode liv med meningsfylte aktivitetar – for å *leve heile livet*. Dette inneber å leggje til rette for sjølvråderett, meistring av eige liv og sjølvstende der det er mogleg. Det tyder at kommunen må ha fokus på samarbeid med pårørande, rett kompetanse og eit tett tverrfagleg samarbeid på tvers av kommunale tenester og spesialisthelsetenester – i tråd med st.m. 15 *Leve heile livet*.

Sysselsettingsgruppa

Lom og Skjåk har hatt eit langvarig samarbeid om ei felles sysselsettingsgruppe. I 2023 vil dette tiltaket få ein profil som i enda større grad er fokusert på å sørge for at personar med utfordringar i utdanning og arbeidsliv får eit tilbod. Det er planlagt at sysselsetting, arbeidstrening, varig tilrettelagte arbeidsplassar og aktivitetar skal ha eit felles punkt i denne gruppa. Gruppa skal leiast av ein avdelingsleiar, som er direkte underlagt kommunalsjef. Avdelingsleiaren har eit koordineringsansvar for tenestene, og får ein viktig oppgåve i å forme dette til eit berekraftig og sjølvstendig tiltak der personar med psykiske og fysiske utfordringar kan føle meistring og utvikling i eiga liv.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi skal brukast aktivt og vere ein naturleg del av tenesteytinga i Skjåk kommune. Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidreg til auka tryggleik, sikkerheit, sosial deltaking, mobilitet og fysisk/ kulturell aktivitet. Velferdsteknologi styrker den einskilde si evne til å klare seg sjølv i kvardagen til tross for sjukdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsett funksjonsevne. Velferdsteknologi kan fungere som teknologisk støtte til

pårørende og elles bidra til å forbetre tilgjengelegheit, ressursutnytting og kvalitet på tenestetilbodet. (www.snl.no, NOU).



klare
sjølv

Velferdsteknologi er godt implementert i helse- og omsorgssektoren, men det er behov for ein heilskapleg tenestemodell. Skjåk kommune er med i det interkommunale velferdsteknologiprojektet *SMART Velferdsregion*, som fasiliterer ei felles satsing på velferdsteknologi i regionen. Skjåk kommune satsar særleg på barn og unge gjennom velferdsteknologiprojektet "*Klare sjølv*". Målet er å kartleggje og prøve ut velferdsteknologi for personar i brukargruppa barn, unge og vaksne med medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsetningar, og at målgruppa skal meistre mest mogleg av kvardagen sjølv. Prosjektet er ein del av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, og blir gjennomført med midlar frå Helsedirektoratet. Skjåk kommune vil arbeide for å auke kunnskapen rundt velferdsteknologi til barn, unge og vaksne med nedsett funksjonsevne, implementere velferdsteknologi og etablere ein heilskapleg tenestemodell innanfor velferdsteknologi. Ein heilskapleg tenestemodell vil tydeleggjere oppgåver, avklare roller og gje eit auka eigarforhold til velferdsteknologien i kommunen.

Digital heimeoppfølging er eit satsingsområde. Skjåk kommune er nå med i eit utviklingsprosjekt der innbyggjaren kan få ein poliklinisk time med hjelp av kamera og kommunale sjukepleiarar som fasiliterer undersøkinga. Vi satsar på denne type samhandling med spesialisthelsetenesta, og ser at det er til våre innbyggjarar sin fordel. Dei slepp lang reiseveg, og vårt helsepersonell får direkte rettleiing av spesialisthelsetenesta i utøving av avansert sjukepleie. Pandemien har gjeve oss kunnskap om digitale møter, og har bygd ned terskelen for å bruke digital oppfølging. Vi har mellom anna god erfaring med å bruke skjermen KOMP som sosialisering for eldre. Anna teknologi som blir brukt er mellom anna ein aktiviserings skjerm der brukarane kan spele spel. Dette gjev både trening og sosialisering, og passar for både unge og eldre.

I tiltaksplanen er det sett inn at det er ein årleg satsing på velferdsteknologi. Skjåk kommune brukar og har erfaring med mange typar velferdsteknologi som t.d. døralarm, GPS, Roomate(kameraovervaking), medisindispensarar og skjermteknologi. Dette er ei kvalitetsauke og ressursatsing som gjev eit samla betre tilbod til tenestemottakarane våre. Eit godt døme er Roomate, som gjer at personalet kan følgje med på om pasienten/ brukaren ligg i senga om natta med enkle skuggebilete og ikkje vekker pasienten for å sjekke om vedkommande er i senga. Dette gjev betre nattesøvn, krev mindre ressursar av den tilsette, og er ein kvalitetsheving av tenestene.

Skjåk kommune skal delta i utvikling og bruk av velferdsteknologi i samarbeid med andre instansar som t.d. kommunar, høgskuler/ universitet, NAV Hjelpemiddelsentralen, frivillige og næringsliv. Det er eit mål å samarbeide aktivt med statsforvaltar, KS, helsedirektoratet og andre. Det er i dag velferdsteknologi i bruk i alle helsetenester og i deler av oppvekstsektoren. Implementeringsarbeidet med velferdsteknologi må forankrast administrativt og ved politisk orientering.

Behov for pleie- og omsorgstenester i Skjåk kommune perioden 2023-2030.

Skal ein estimere behovet for helse- og omsorgstenester i fleire år framover, er det som nemnt over, ei rekkje faktorar som må takast omsyn til. For 25 år sidan var tilrådinga at ein tok utgangspunkt i at 25 prosent målt i talet på eldre over 80 år var ein god indikator for hjelpebehovet i samfunnet. Men mykje har skjedd på desse 25 åra. Ikkje minst at helsetilstanden i befolkninga har endra seg til det betre, og at det er haldepunkt for å seie at fleire av dei tradisjonelle sjukdommane som kjem med høg alder kan førebyggast eller utsettast. I tillegg har bustadstandarden endra seg og det frivillige innsatsen er framleis høg. Ikkje minst er innsatsviljen frå pårørande stor.

Her er det lagt til grunn at helsetilstanden til folk har blitt betre, og at hjelpebehovet set inn seinare, at sjukdommar i høg alder ofte utviklar seg langs ein akse, her illustrert som ein skrøpelegheitsskala, og at det er mogleg å utsette hjelpebehovet framover gjennom gode førebyggingstiltak. Ut frå dette er konklusjonen at behovet for heildøgns omsorg og pleie vil utgjere 25 % av innbyggjarane som er 84 år og eldre. I dette ligg eit tilbod til yngre sjuke t.d. som treng hjelp ved livets slutt. Dette er eit uttrykk for det mest omfattande hjelpebehovet. Det seier ikkje noko om kvar det er fornuftig at hjelpa blir gjeven – i sjukeheim eller omsorgsbustad.

Tildelingskontoret har delegert mynde til å fatte vedtak om alle tenester etter helse- og omsorgstenesteloven. Dei kartlegg, planlegg og vurderer i tett dialog med innbyggjaren og tenestene for å avgjere kva teneste som er vurdert å vere helsefagleg rett. Tildelingskontoret har hatt dette myndet i 10 år, og tenesteytarar og innbyggjarar har fått ei kvalitetsauke i saksbehandlinga av søknadar om tenester.

Tenestebehov bueiningar og årsverk

	2022	2025	2030
Tal bueiningar heildøgns omsorg og pleie ¹	23	22	26
Årsverk institusjon	29	28	33
Årsverk helsetenester i heimen ²	16	16	18

¹ Dette talet refererer til kor mange som treng heildøgns pleie- og omsorg i institusjon eller omsorgsbustad.

² Helsetenester i heimen tyder heimesjukepleie og praktisk bistand.

Tabell 8

At behovet for plassar med heildøgns omsorg og pleie aukar mot 2030 har å gjere med at det forventast ein monaleg vekst i aldersgruppene 84 og 86 år. Om ein set inn førebyggjande tiltak nå, vil behovet for slike plassar vere rundt 25 plassar i åra framover.

Det er ikkje nok å berre sjå på behovet for heildøgns plassar. Mange er inne i hjelpeapparatet over tid, og treng helsetenester i heimen eller noko praktisk hjelp.

Det er svært stor effekt av å kunne utsette behovet for heildøgns teneste eitt år eller meir. Her vil kommunen kunne jobbe systematisk med folkehelse og førebygging for å redusere behovet for heildøgns pleie- og omsorg. Mange vil bu heime så lenge som råd, og ønskjer ikkje institusjon eller heildøgns bustad mot slutten. Det kan likevel kome til eit punkt der hjelp i den gamle bustaden ikkje er fornuftig. Ei løysing i slike tilfelle vil vere å flytte til ein omsorgsbustad, som er tilpassa hjelpebehovet, og der det er mogleg med tenester heile døgnet.

Det er lagt til grunn at heimetenestebehovet vil auke i takt med aldersutviklinga og langs skrøpelegheitsskalaen. Statistikken skil ikkje på tenester til kvart alderstrinn, slik at for desse tenestene er tala for dei som er 80 år og eldre.

Dei første åra vil det ikkje vere nødvendig med ein auke i sjukeheims plassar i Skjåk. Skjåkheimen sjukeheim har bygningskapasitet til 36 plassar, men har 24 plassar. Det har vore ein debatt om det skal byggjast 6 nye omsorgsleilegheiter, og på den måten både få ei utbetring av bygningsmassen og eit moderne, godt og ikkje minst sjølvstendig tilbod til eldre som kan nyttiggjere seg eit slikt butilbod. Dette verkar fornuftig både økonomisk og omsorgsfagleg. Når desse leilegheitene er klare, vil ein kunne vurdere å redusere talet på sjukeheims plassar til 16. Fram mot 2030 vil behovet for tenester auke grunna demografiske forhold.

Seks av plassane i dagens sjukeheim nyttast som skjerma eining til personar med demens. For å kunne gje eit godt og verdig tilbod til personar med kognitive sjukdommar, må kommunen rette særleg merksemd mot denne gruppa sine behov i tida framover.

Mange av sjukdommane som fører til hjelpebehov blant eldre, kan utsettast gjennom livsstilsendingar. Å hindre stillesitting og fremje aktivitet er den enkeltfaktoren som har størst signifikans om ein ser bort frå røyking. Det bør leggjast langt større vekt på førebygging og rehabilitering gjennom godt folkehelsearbeid. Nyare funn viser at det til ei viss grad er mogleg å førebygge demenssjukdom gjennom folkehelseiltak. Desse kan ha ein genetisk faktor, men er også påverka av miljø- og livstilfaktorar. Investering i slike tenester vil ha stor innverknad på det samla hjelpebehovet i kommunen

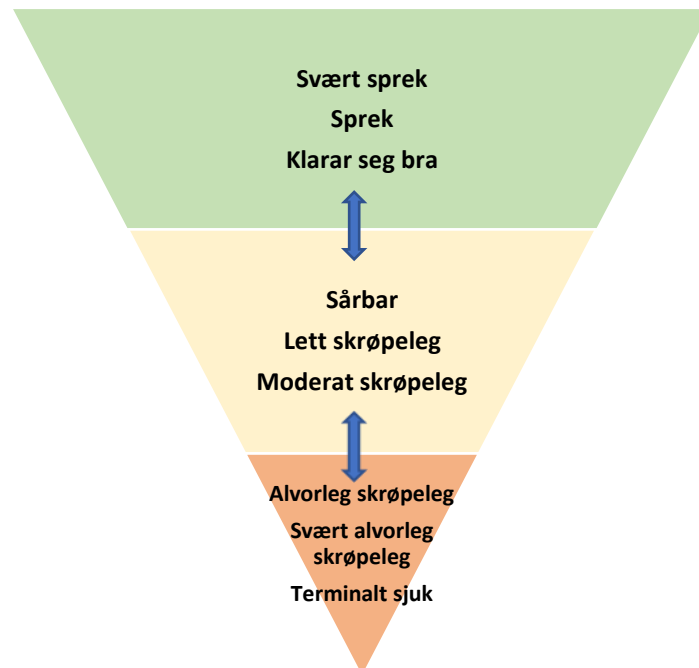
Ein omfattande studie ved **Cardiac Exercise Research Group (CERG)** ved NTNU Trondheim, synte at 70-åringar som var knytt til eit spesielt treningsprogram ville få 14 funksjonsfriske år etter fylte 70. Slik er det med fleire av sjukdommane som vil føre til behov for hjelp. Difor er eit program for førebygging gjennom folkehelseiltak og rehabilitering av dei som har fått funksjonstap, noko av det viktigaste for å redusere den samla omsorgsbyrden i åra framover.

Om ein hindrar mange frå å bli hjelpetrengande for tidleg, vil kommunen kunne prioritere gode tenester til dei som likevel vil ha behov for hjelp over kortare eller tid. I tillegg til førebygging bør kommunen sette av ressursar til rehabilitering av personar etter sjukdom, skade og annan funksjonssvikt. Dette vil kunne skje på alle nivå i skrøpelegheitsskalaen. Restevne og opptreningspotensiale finst hjå dei aller fleste. Dette vil vere bra for den einskilde (friskare lenger) og for kommunen (kunne gje meir hjelp til dei som treng det).

Folkehelseiltak vil ikkje nødvendigvis føre til at hjelpebehovet blir borte, men at det kjem seinare i livsløpet til personar.

Figuren under syner korleis kommunen med utgangspunkt i skrøpelegheitsskalaen kan innrette helse- og omsorgstenestene framover:⁴

Figur 5



Figuren syner at det er mogleg å dele helse- og omsorgstilbodet inn i tre hovudgrupper. Det er ikkje tette skott mellom desse gruppene, og det er særst viktig å tenke heilskapleg og samanheng i tenestene. Den omvendte pyramida følgjer retninga i skrøpelegheitsskalaen. Den øvste delen femner heile samfunnet – meir eller mindre. I den midtarste har personkretsen innsnevra seg, og i den siste er det få. Den grønne er retta inn mot heile lokalsamfunnet, mot alle grupper og involverer alle tenester i kommunen. Dette omfattar det breie folkehelsearbeidet, men også arbeid for å førebyggje utvikling av sjukdom og skade i befolkninga. Rehabilitering og heving av funksjonsnivået til den einskilde vil vere viktig for alle gruppene. Tiltak og tenester er folkehelseiltak som gode uteområde, tilgang til treningstilbod idrettsanlegg, alminneleg kunnskap om helse, kosthaldsråd og etablering av sosiale nettverk. Her kan frivillige organisasjonar og frivilligsentralen ha ei stor rolle, men kommunen bør vere pådrivar, planleggjar og tilretteleggjar. Legane vil ha ei sentral rolle i å oppmuntre pasientar til livsstilsendingar i form av meir aktivitet, endra kosthald og moderasjon av alkohol, røykestopp, osv. Legane kan også skrive ut grønne reseptar, og utsette ordinær behandling i form av medisinar og tilvising i systemet.

Den andre gruppa, som i hovudsak vil vere retta inn mot gruppene i skrøpelegheitsskalaen punkt 4-6, er det som i praksis kan kallas dei tradisjonelle omsorgstenestene. Dette tenestetilbodet er meir avgrensa enn det første, da det vil vere ein føresetnad at det er

⁴ Grønt =1-3 på skalaen
Gult=4-6
Brunt=7-9

innbyggjarar som har behov for hjelp til å klare kvardagen. Dette er mellom anna heimetenester (helsetenester, praktisk hjelp og andre tenester som støttekontakt og avlastning), omsorgsbustadar og i dag også sjukeheimstenester. I vedtaket i kommunestyret om saka, blir det lagt vekt på at omsorgsbustadar med heildøgns bemanning er eit viktig tiltak i Skjåk kommune. Dette må tolkast slik at det må byggjast fleire omsorgsbustadar med heildøgns bemanning. Frå staten si side har det over fleire år vore vist til at dette er eit tilbod som kan erstatte sjukeheims plassar. Eit slikt grep gjer at ein lyt styrke både kapasitet og kompetanse i heimetenestene.

Den siste kategorien er det ein kan kalle spesialiserte helse- og omsorgstenester – 7-9 på skalaen. Her finn vi tenester til dei som er alvorleg sjuke, og som treng omfattande helsehjelp. Desse kan ha vore hjelpetrengande lenge, men sjukdomsforløpet har endra seg til det verre. Det kan vere pasientar som ikkje tidlegare har hatt behov for hjelp frå det kommunale omsorgsapparatet, men som grunna akutt helsesvikt treng hjelp etter sjukehusopphald. Det kan vere etterbehandling, palliasjon eller observasjon. Det er pasientar som normalt ville vore sende til sjukehus, men som grunna allmenntilstand, forvirringstilstand eller liknande vil vere betre tente med å få behandling i sjukeheimen etter ei medisinsk fagleg vurdering. Dei fleste av desse vil trenge institusjonsplass i kortare tid, enten fordi dei kan skrivast ut til heimen eller fordi dei er på slutten av livet.

Kommunestyret peikte på at Skjåkheimen sjukeheim er ein fagleg sterk institusjon som må takast vare på og vidareutviklast til beste for pasienten. Ei utvikling i denne retninga er i samsvar med vedtaket i kommunestyret. Tett oppfølging frå legar og spesialisert sjukepleiekompetanse er nødvendig.

Med utgangspunkt i modellen over og dei faktorane som tidlegare er nemnde, er det forsøkt å gje eit estimat for tenestebehovet framover. Telemarksforsking har på oppdrag frå KS gjort ein analyse av kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren (TF-rapport 180 2011). Her konkluderte dei på følgjande vis:

- *"Samdriftsulempjer og produktspesifikke stordriftsfordeler innebærer at økt spesialisering av pleie- og omsorgstilbudet er kostnadmessig gunstig.*
- *Flytter alle personer i gjennomsnittskommunen som mottar tjenester i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til langtidsopphold i institusjon, og vise versa, finner vi at kostnadsfordelen er klart størst ved overflytting fra langtidsopphold til heldøgnsbemannede omsorgsboliger.*
- *Korttidsopphold i institusjon kan, dersom det organiseres på en god måte, bidra til å avlaste og "smøre" pleie- og omsorgssektoren.*
- *God kapasitet på korttidsopphold vil kunne gi gunstige kostnadmessige effekter ved at kommunene dermed redusere omfanget av institusjonsplasser og erstatte det med flere hjemmebaserte tjenester.*
- *Høy kommunal egenfinansieringsgrad og dyre plasser svekker imidlertid kommunenes incentiver til å bygge ut kapasiteten."*

Under er det ei oversikt over faktorar som samla sett vil verke inn på dimensjoneringa av helse- og omsorgstenestene i Skjåk i åra framover.

Innbyggjarar under 66 år

Det er lagt til grunn at behovet for heildøgns omsorg og pleie for innbyggjarar under 66 år vil vere om lag som i dag, det vil seie 10 bueiningar. Til ei kvar tid vil det vere personar i denne aldersgruppa som treng heildøgns hjelp grunna alvorleg og/eller livstrugande sjukdommar (kreft, slag, hjarteinfarkt, osb.). Desse vil ofte trenge korttids plass i institusjon grunna stort hjelpebehov. Talet på pasientar i denne gruppa vil variere over tid. Det er viktig at det er ledig kapasitet i institusjonen slik at dei kan få nødvendig helsehjelp.

Barn og unge viser seg som ei særleg utsett gruppe, der psykiske plager og lidingar har auka dei seinare åra. Kommunen må ha kompetanse og kapasitet til både å fange opp dei som er i faresona for å utvikle slike plager tidleg med relevante tiltak.

Innbyggjarar 67-74år

Gruppa 67-74 år blir ofte kalla yngre eldre. Grunna den vanlege pensjonsalderen er desse oftast pensjonistar. Fram til rett nyleg har dette vore ei gruppe der behovet for omsorgstenester så smått har meldt seg. Det kan vere hjarte-kar-sjukdommar, lungesjukdommar, parkinsonsjukdom og demens. Nyare kunnskap viser at det er ei gruppe med relativt friske folk, og som ikkje treng anna eller meir hjelp enn andre innbyggjarar.

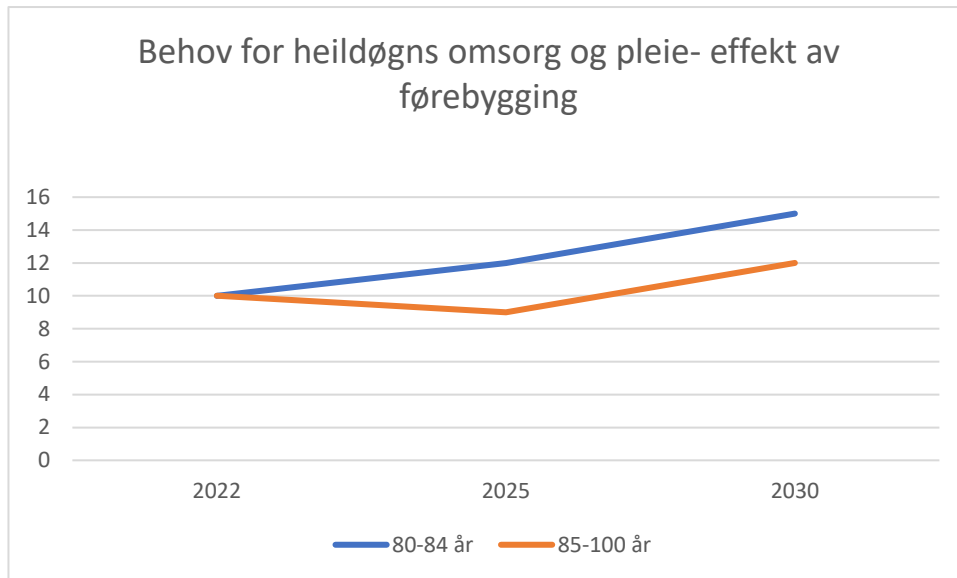
Denne aldersgruppa vil vere svært aktuell for førebyggjande innsats i forhold til trening, kosthaldsråd og sosiale nettverksaktivitetar. Dette er svært viktig for kommunane, som med dette opplegget kan utsette hjelpebehovet og rette ressursinnsatsen mot dei gruppene som har omfattande hjelpebehov. Dette føreset at den enkelte blir stimulert til å betre helsesituasjonen sin gjennom eigeninnsats. Dei siste åra har talet på personar mellom 67 og 79 år som får helsehjelp i heimen i Skjåk vore rundt 40 personar. Timetalet til den enkelte i denne gruppa er relativt lågt. Talet på mottakarar av praktisk hjelp i heimen har gått ned frå 22 i 2018 til 14 i 2021. Gjennom tidleg førebyggjande innsats vil behovet for tenester til innbyggjarar under 80 år kunne reduserast ytterlegare, noko som inneber at det berre unntaksvis vil vere behov for helse- og omsorgstenester i denne gruppa (utover det som er vanleg i folket elles).

Innbyggjarar 80+

Talet på brukarar av helse- og omsorgstenester i denne gruppa har gått ned med 20 personar i Skjåk sidan 2009, trass i at talet på personar i aldersgruppa har auka. Det er relativt sannsynleg at nedgangen har vore størst blant dei yngste av desse, og at hjelpebehovet aukar med alderen. Talet på institusjonsbebuarar har hatt ein markant nedgang i perioden. Det er ikkje mogleg å skilje mellom dei yngste og eldste i gruppa, men det er rimeleg å tru at vi finn institusjonsbebuarane blant dei eldste. Dette gjeld alle tenester, også behovet for heildøgns omsorg og pleie.

Eit anna viktig perspektiv, er at mange av sjukdommane som fører til skrøpelegheit hjå eldre i stor grad er mogeleg å utsette eller stoppe gjennom god førebygging. Om ein utsett behovet for heildøgns omsorg og pleie med eit år eller to, vil det gje ein økonomisk vinst, kunne løyse ein del av personellutfordringa og ikkje minst gje den enkelte eit friskare og betre liv.

Figuren under viser kor stor effekt dette vil ha for behovet for tenester framover.



Tabell 9 syner at å satse på tiltak som utset hjelpebehovet blant "unge eldre", vil ha ein sannsynleg konsekvens for det samla hjelpebehovet blant innbyggjarane i kommunen. Y-aksen er talet på personar med behov for heildøgns omsorg og pleie.

Nyttar ein institusjonen til korttidsopphald med høgare spesialiseringsgrad, vil ein kunne ha kapasitet til å behandle langt fleire enn i dag. Det vil og kunne vere plass til meir rehabilitering. Det kan stabilisere funksjonsnivået for den enkelte på eit høgare nivå, som igjen vil utsette hjelpebehovet.

Kvar lista skal liggje når ein planlegg tiltak for dei med behov for heildøgns omsorg og pleie framover vil vere eit politisk val. Utviklinga i kommunen dei siste åra, levealderutviklinga og auka i funksjonsfriske leveår vil, i lag med fleire tilpassa bueningar, tilseie at det er rimeleg å ta utgangspunkt i ei dekningsgrad på 25 prosent og at innslagspunktet er 84 år. Det vil si eit tal plassar mellom 20 og 26 plassar i åtteårsperioden.

Heildøgns omsorg og pleie inneber at ein er på det to nedste nivåa på skrøpelegheitsskalaen. Det inneber at ein treng hjelp og tilsyn heile døgnet. For dei fleste er denne situasjonen relativt kortvarig, unntaket er dei som lever med svært alvorlege demenssjukdomar. Dette er ikkje eit uttrykk for behovet for ei bestemt teneste, det kan like gjerne vere omfattande heimetenester kombinert med familieomsorg, som til dømes kan gjelde for enkelte kreftpasientar, eller som sjukeheims plass i livets slutfase for ein 90 åring.

Behovet i 2030 vil vere lågare enn det ei slik direkte framskriving gjev uttrykk for. Mellom anna vil hjelpebehovet blant dei tre yngste kohortane kunne førebyggjast med aktive tiltak, og i tillegg vil helseutviklinga generelt kunne utsette hjelpebehovet ytterlegare.

Diskusjonen om omsorgsbustad eller sjukeheims plass for denne gruppa (dei mest hjelpetrengande) er framleis høgst levande, 30 år etter at omsorgsbustadomgrepet vart innført, og etter at ansvarsreforma for utviklingshemma (den gongen HVPU-reforma) vart

iverksett. Både for utviklingshemma og folk med psykiske lidningar vart det vedteke prinsipp om at det meste av hjelpa skal skje i eigne heimar, og at alle skulle ha sin eigen, sjølvstendige bustad. På same måte er det eit prinsipp at personar under 50 år ikkje skal bu fast i sjukeheim. Det same prinsippet vart ikkje gjort gjeldande for eldre hjelpetrengande, truleg fordi denne gruppa har hatt eit langt og sjølvstendig liv i eigen heim, og fordi talet på hjelpetrengande er så mykje høgare. Det viktigaste er at innbyggjarane får hjelp som er tilpassa behovet til ei kvar tid.

Telemarksforsking syner til at omsorgsbustadar er mest kostnadseffektivt gjennom omsorgsforløpet fram til sluttfasen. I siste periode av livet, der personen treng tilsyn heile tida, vil det vere mest effektivt å ha sjukeheimplass. Samla over heile perioden vil det vere kostnadseffektivt for kommunen å ha eit godt tilbod av omsorgsbustadar, og at sjukeheimplassar nyttast til dei som treng hjelp i sluttfasen av livet eller som treng ein mellombels plass for å kome seg att etter sjukdom.

Figuren under syner ei framskriving av det samla behovet for bustadar med heildøgns omsorg med estimat frå 80 år.

Tabell 10

	2022	2025	2030	2040	2050
Innbyggjarar 80 år +	152	173	215	257	287
Estimert behov 16 %	24	28	34	41	46

Utvikling i hjelpebehovet i yngre aldersgrupper er ikkje like enkelt å prognostisere. I dag er talet på yngre funksjonshemma/utviklingshemma i Skjåk 10 personar. Det er ingen ting som tilseier at det vil vere ein vesentleg auke i desse gruppene i åra framover. Det vil alltid kunne oppstå situasjonar som gjer at kommunen vil ha plikt til å yte tenester til sterkt hjelpetrengande personar med utviklingshemming ei lenger levetid enn tidlegare, og nokre vil etter kvart kome i kategorien "eldre". Dette kan, men vil ikkje nødvendigvis få, stor innverknad på det samla hjelpebehovet deira. Ein ser at det tidvis kan vere personar som grunna alvorlege hendingar har eit stort skadeomfang som kan gjere at ein person treng hjelp heile døgnet. Kommunen må vere budd på å yte tenester til den som treng slik hjelp. Det er ikkje mogleg å slå fast korleis dette vil utvikle seg framover. Generelt ser ein at samfunnet har gjennomført ei rekkje tiltak for å førebygge alvorlege hendingar som trafikktryggleikstiltak, påbod om redningsvestar i båt, bruk av sykkelhjelm, osv. I skule og barnehage er det stor merksemd på ulykkesførebygging. Dette vil redusere faren for livslange skadar på yngre personar. Den siste folkehelse rapporten (FHI 2022) viser at nasjonalt har talet på barn og unge som treng hjelp for psykiske plager og lidningar i spesialisthelsetenesta hatt ein markant auke. Helsetenester til barn og unge må ha ei særskilt merksemd i åra framover, sjølv om det ikkje er mogleg å gje ei presis vurdering av omfanget. Det må og gjerast ei vurdering av behovet for bustadar til personar med psykisk sjukdom, og eit eventuelt samarbeid med andre kommunar om dette.

Tiltak til personar med demens

Helse- og omsorgsplanen legg føringar for eit førebyggjande arbeid i demensomsorgen. Det er i dag tilbod om dagaktivitet, kartlegging og individuelt tilpassa tilbod. Det er behov for å lage ein egen demensplan for korleis Skjåk kommune skal gjere det førebyggjande arbeidet, og som eit verktøy. Det handlar om tilstrekkeleg kompetanse hos dei tilsette, i befolkinga og blant samarbeidspartar. Det er vesentleg med fagutviklingstiltak og god kunnskap om korleis tiltaka skal innrettast for ein god kvardag for innbyggjarane.

Skjåk kommune har i dag 6 plassar i skjerma eining i institusjon som det einaste systematiske tilbod til personar med langt utvikla demenssjukdommar. Dette er plassar som til vanleg er langtids plassar og brukast til dei som har behov for døgntkontinuerleg medisinsk behandling eller skjerming grunna hjernesjukdommar og kognitiv svikt. Dersom personen har flytta dit, vil dette i praksis vere bustaden i resten av levetida. Dette svarar til stadiet 7, 8 og 9 på skrøpelegheitsskalaen. Dersom miljøarbeidet som utførast der ikkje har hensikt lengre, får bebuaren tilpassa tilbod i ein annan del av sjukeheimen. Dette er ein fagleg vurdering.

Skjerma eining kan opplevast som trygt og det er eit heilskapleg tilbod. Slitne pårørande vil kunne oppleve det som ein stor letnad når den det gjeld er så dårleg at det ikkje lenger er forsvarleg å bu i eigen heim. Tilbodet til personar med demens i Skjåk vart etablert rett etter tusenårsskiftet, og har i realiteten ikkje vore endra sidan. Det er semje både blant leiarar, tilsette og interessegrupper at det er nødvendig å satse sterkare på demensomsorga i Skjåk. Bygningen si tilrettelegging og uteområde har stor innverknad på livet til personar med demens. Ei opprusting av demensomsorga må ta omsyn til dette.



Fellesområda er tronge og lite tilpassa den gruppa det er snakk om, sjølv om kvar enkelt bebuar har rom av ein viss storleik og det er forsøkt organisert fellesområde der brukarar og pårørande kan samlast. Det er tilrettelagt med sansehage og dyr i fellesområdet for å stimulere bebuarar ved sjukeheim og omsorgsbustadar. Framskrivningar av førekomst av diagnosegrupper i åra framover tyder ikkje på at det blir ein radikal auke av unge demente. Med godt folkehelsearbeid kan det vere mogleg å førebygge utvikling av demenssjukdommar i dei eldre aldersgruppene. Likevel vil det heile tida kome nye tilfelle av sjukdommar som medfører hjerneaffeksjon. Mange som har slike sjukdommar vil leve lenge med sjukdommen, som ofte utviklar seg progredierande. Adekvat helsehjelp og omsorg er naturleg nok heilt

nødvendig for denne pasientgruppa. Samtidig er det vesentleg å ha eit tilbod om fysisk, sosial og mental trening. Det er ønskjeleg å kunne gje eit meir heimleg tilbod for dei som ikkje lenger er i stand til å handtere livet på eigenhand. Omsorgsbustader kan vere eit godt egna tilbod til demente, gjeve at dei får nok hjelp til dagleglivets gjeremål.

Det er viktig at det blir tilrettelagt for aktivitet (fysisk og sosialt), fysisk og mental stimulering og stabilitet og tryggleik. Pårørande har ein viktig plass, og det bør vere fysisk plass til å ta i mot besøk frå desse. Forslaget er at det blir bygd eit nytt bufellesskap ved sidan av Skjåkheimen med 8 omsorgsbustadar for demente. Dette vil erstatte dei seks plassane som er i skjerma eining i dag, og i tillegg gje plass til ytterlegare to. Dersom det blir bygd eit demenstun åtte bueiningar, vil behovet for langtids plassar gå ned. Deretter kan ein vurdere å bygge om skjerma eining til 4 omsorgsbustadar.

Driftsressursen må oppretthaldast, og ressursen som har vore nytta til å drifta skjerma eining blir overført til heimetenesta. Den detaljerte utforminga av tenesta med personell i demenstunet, nattevakt, osb. må skje i helse- og omsorgstenesta.

Kva skal Skjåkheimen ha av tenester i åra framover

Innbyggjarane i Skjåk har lang reiseveg til næraste sjukehus. Ambulanshelikopter og gode prehospitale transporttenester verker kompenserte i akutthelsetenesta. For andre vil reiselengde til sjukehuset på SI Lillehammer (knappe 40 mil tur/ retur) vere ei tilleggsulempe. Ny teknologi, kompetanse og utstyr gjer at det er mogleg å løyse fleire oppgåver lokalt. Ei omstrukturering av tenestene slik at institusjonsplassane blir brukt til medisinsk behandling, observasjon og undersøkingar, og der langtidsplassbehovet blir løyst ved fleire omsorgsbustadar i eller i nærheita av Skjåkheimen, vil gje fleire moglegheit til å få hjelp lokalt. Med ei godt utbygd legeteneste vil dette føre til ei betre og meir kontinuerleg vurdering av kven som treng sjukehusplass og kven som vil kunne få hjelp i kommunen. Dette vil vere eit gode for pasienten som slepp ein ekstratur til sjukehuset.



Det er viktig å planlegge for ein helse- og omsorgsteneste som skal sørgje for en verdig avslutning på livet. Kreftsjukepleie, palliasjon og koordinering av livets slutt skal gjerast med respekt og i dialog med den døygande og med den sine pårørande. Det skal utarbeidast ein plan for kreft og palliasjon i Skjåk kommune.

Ei ombygging til meir bustadbasert teneste vil frigjere lokale på Skjåkheimen. Ein må drøfte andre bruksområde for desse lokala, men eit alternativ er å flytte legesenteret frå kommunehuset i Skjåk til institusjon. I dag må pasientane gå gjennom servicetorget på kommunehuset for å kome inn til legane. Dette er svært uheldig ut frå teieplikt- og skjermingsomsyn. Det kan visast til ny ROS-analyse for teieplikt og personvern som viser brot på helsepersonellova.

For pasientane vil tett kopling til legesenter og laboratorium og anna teknisk utstyr vere ein stor fordel. Eit anna spørsmål som må vurderast i lys av dette er kommunens samarbeid med andre kommunar i Nord-Gudbrandsdalsregionen om interkommunale helsetenester.

Omsorgsbustadar og heimetenester

Mandatet for dette arbeidet er tydeleg på at det skal satsast meir på omsorgsbustadar med tenester i heimen, til dei som treng heildøgn omsorg og pleie. For å kunne ha ei mest mogleg effektiv og fleksibel drift og ei trygg teneste for den det gjeld, vil det vere mest tenleg å ha slike bustadar lokalisert i eller tett ved Skjåkheimen.

Med tenestestrukturen i 2022 vil det vere behov for i underkant av to årsverk ekstra i heimetenesta. Dette gjev ikkje eit heilt rett bilde, det underestimerer heimetenestebehovet til gruppa 0-49 år. Gjeve at hjelpetrengande under 49 år har dei helsetenestene i heimen dei skal ha i dag, kan det rettaste vere å nytte 2022-talet fram til 2030. Det vil seie ein auke i årsverksbehovet til helsetenester i heimen på om lag 1,5 årsverk. Samtidig vil helsetilstand og funksjonsnivå i gruppene 50-66 år og 67-79 år forventast å bli betre enn i dag. Det gjer at årsverksbehovet kan bli monaleg redusert. Det er behov for å satse på kompetanseutvikling med særleg fokus på rehabilitering, kreftomsorg, demens og geriatri. Likeins er bruk av velferdsteknologi som ein integrert del av tenestene med på å dempe behovet for meir personell framover.

Personellbehov og kompetanse

Hovudutfordringa framover er å ha tilstrekkeleg personell med rett kompetanse. Det er viktig for Skjåk kommunes innbyggjarar at tilsette har rett kompetanse, og har den fagutviklinga som er nødvendig for å gjeva innbyggjarane det helsetilbodet dei treng, og som er nødvendig for å sørge for eit førebyggjande og lokalt behandlande tilbod. Det inneber at tilsette kontinuerleg tek vidareutdanning i form av studiar og kurs. Skjåk kommune legg til rette for hospitering på tvers av kommunar og nivå i helsetenestene.

Forventa knappheit på personell gjer at kommunen enda meir enn før må satse på fagutvikling og spesialisert kompetanse. Det skal utarbeidast ein strategisk kompetanseplan som har fokus på å sikre rett kompetanse på rett plass. Kompetanseplanen er eit viktig verktøy i arbeidet for å sikre tilstrekkeleg og kompetent personale.

Det er nødvendig å gjere ei vurdering kartlegging av kva kompetanse ein treng og kva oppgåver som skal gjerast av kven. T.d. kan sjukepleiar avlaste legeoppgåver, helsefagarbeidar avlaste sjukepleiar og private tenesteytarar kan avlaste helsefagarbeidarar.

Skjåk kommune skal vere ein attraktiv arbeidsplass og arbeide for å tiltrekke oss den kompetansen vi treng for å utføre dei arbeidsoppgåvene vi har og utvikle dei tenestene vi har til det beste for innbyggjarane.

Oppsummering

Ut frå ei samla vurdering av erfaringsbaserte funn og nyare forskning, vil talet på personar med behov for heildøgns omsorg og pleie over 80 år gå ned. Grunngevinga er betre helse, betre bustadar og moglegheit for førebygging av skrøpelegheit. Det vil vere behov for eit helsefagleg sterkt institusjonstilbod i kommunen. Lange reiseavstandar til sjukehus og andre spesialistinstitusjonar, vil gjere det naudsynt å yte omfattande helsehjelp i kommunen. For å unngå at institusjonsplassar blir brukt som bustad for dei som ikkje lenger kan bu heime hjå seg sjølve, vil det vere behov for å utvikle omsorgsbustadtilbodet utover det kommunen har i dag. Dette er i samsvar med kommunestyret sitt vedtak. Føresetnaden er at tilbodet om omsorgsbustadar bli auka, slik at elastisiteten og fleksibiliteten i tenesta er god. Det er aktuelt å greie ut eit samarbeid med andre kommunar om institusjonsplassar.