Et foreløpig og ufullstendig utkast som grunnlag for drøftinger i Hovedutvalg Folk 01.06.2010

INDERØY KOMMUNE

**HELSE- OG SOSIALPLAN**

**2010 – 2014**

**1.0 Bakgrunn for utarbeidelse av ny helse og sosialplan.**

Kommuneplan er den overordnede planen for kommunens virksomhet og tar utgangspunkt i kommunens rolle med å ivareta lokalsamfunnets fellesinteresser i ett bredt perspektiv.

Helse og sosialplan 2010 – 2014 handler om kommunens tjenesteyting innenfor helse- og sosialområdet. Planen skal kartlegge og tydeliggjøre de utfordringer som Inderøy står overfor og beskrive strategier for å møte fremtidlige utfordringer.

Helse- og sosialplan vil selektivt ta opp kommunens hovedutfordringer innenfor sitt tjenesteområde. Planen vil ikke gjøre rede for alt innenfor planområdet, men først og fremst ta opp sentrale saker hvor det er behov for konkrete veivalg, avklaringer, satsninger, prioriteringer osv. denne planen bygger på hovedperspektiv og aktuelle fokusområder for helse- og sosialområder jfr balansert målstyringen.

Kommuneplanen og helse- og sosialplan, utgjør sammen med økonomiplanen, kommunens langsiktige og overordnede planleggingsdokumenter. Økonomiplanen vil være en konkret oppfølging av kommuneplanen og helse- og sosialplan, og kan ses som en langsiktig operativ plan. Her skal nedfelte strategier prioriteres innenfor kommunens gjeldende økonomiske rammer.

# 1.1 Metode og organisering for utarbeidelse av helse- og sosialplan.

Arbeidet med helse- og sosialplanen har vært organisert slik at enhetsleder for bistand og omsorg og helse og rehabilitering har koordinert arbeidet og vært sekretærer. Kommuneoverlegen i INVEST har veiledet underveis, samt vært delaktig i beskrivelse av utfordringer innenfor folkehelse området og forebyggende helsearbeid.

Det er også benyttet referansegrupper/personer fra ulike fagmiljø.

 **1.2 Mål for planarbeidet**

Helse- og sosialplan skal danne grunnlag for politisk diskusjon og beslutning. Vedtatt plan vil være et sentralt arbeidsverktøy for administrasjonen. I tillegg vil en plan være en avklaring over hvilke forventninger innbyggerne kan ha til de kommunale tjenester innenfor helse- og sosialområdet.

Planen skal gi en overordnet beskrivelse av dagens situasjon med hensyn til brukernes behov, tjenestetilbud og statlige føringer. Videre skal planen peke på utviklingstrekk og utfordringer og foreslå løsninger/tiltak som sikrer brukerne et tilfredsstillende og fremtidsrettet tjenestetilbud innenfor realistiske rammer.

**1.3 Helse- og sosialområdet mål og verdigrunnlag**

Gjør det gode bedre, er Inderøy sin visjon og skal prege tjenesteproduksjonen i helse- og sosialområdet.

Kommuneplan – overordnet del, 2006 – 2018, beskriver ulike strategier og føringer på hvordan man best mulig kan imøtekomme fremtidlige behov innenfor området.

Disse strategier kan sees i sammenheng med sentrale føringer og mål. Man kan da vurdere følgende mål for helse- og sosialomredet:

* Det skal legges vekt på forebyggende tjenester og tiltak
* Det legges vekt på at tjenestene skal være helhetlige og fleksible og lett tilgjenglige
* Brukernes behov settes i fokus og tjenestene tilpasses individet

Andre aktuelle planer innenfor helse- og sosialområdet:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn | Tidsramme | Revideres/rulleres |
| Boligsosial handlingsplan |  | 2010 |
| Ruspolitisk handlingsplan |  | 2010 |
| Plan for psykisk helse |  |  |
|  |  |  |

**2.0 Statlige føringer**

Hvert år kommer staten, i ulike rundskriv, med oversikt over hvilke prioriteringer staten mener kommunene bør gjøre i årene fremover. Ulike rundskriv benyttes i planlegging for å sikre at vedtatt nasjonal politikk iverksettes i tråd med føringer som er gitt.

Rundskriv: Nasjonale mål og hovedprioriteringer IS-1/2010, har følgende inndeling:

1 **. Folkehelse**

**1.1 Folkehelse – helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid**

Folkehelsearbeid er i NOU 18/1998 definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjonen. Folkehelsearbeid er todelt:

* helsefremmende arbeid, dvs. å fremme positive faktorer som styrker helsen (for eksempel tid til familieliv, godt bomiljø m.v.)
* sykdomsforebyggende arbeid, dvs motvirke faktorer som kan føre til sykdom eller skade.

Det er videre flere nyanser i forebyggende arbeid:

* Primærforebyggende arbeid

Tiltak som blir iverksatt før sykdom eller skade oppstår

* Sekundærforebyggende arbeid

Avgrense allerede oppstått skade, for eksempel hindre komplikasjoner av sykdom

* Tertiærforebyggende arbeid

Rehabilitering, sosialmedisinske tiltak når sjukdom/skade er etablert

Kommunehelsetjenesteloven §1-3 sier at kommunen sin helsetjeneste skal fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte gjennom bl.a. miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helsetjeneste i skoler. Miljørettet helsevern (§4a) omfatter faktorer i miljøet – fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale – som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Kommunen skal ha tilsyn med disse faktorene. **Et sunt miljø er en forutsetning for god helse. Negative miljøpåvirkninger vil kunne forsterke utviklingen av sykdommer som kreft, arvelige sykdommer, luftveissykdommer og allergier.**

Plan- og bygningsloven sier at det i planlegging skal legges vekt på langsiktige løsninger, og konsekvenser for miljø og samfunn skal beskrives (§1-1) for å sikre at hensynet til miljø og samfunn blir tatt i betraktning (§14-1).

Sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og røykeslutt er eksempler på forebyggende tiltak som er dokumentert effektivt i forebygging av en lang rekke sykdommer. Blant annet fastlegene er viktige aktører i forebyggende arbeid på individnivå overfor risikopasienter, mens bl.a. tilrettelegging for fysisk aktivitet i skolen er eksempel på forebyggende arbeid på gruppenivå. Økt fysisk aktivitet og trening hos eldre, er vist å redusere risikoen for fall og bruddskader.

Regjeringen har definert følgende innsatsområder i sin strategi for forebygging:

* Trygge oppvekstvilkår for barn og unge

Å vokse opp i trygge omgivelser med gode omsorgspersoner som bryr seg, er avgjørende for å forebygge frafall fra skole, kriminalitet, rusproblemer, psykiske vansker og dårlig helse. Helsesøstertjenesten er en viktig aktør i dette arbeidet.

* Redusere fattigdom og sosiale forskjeller

Blant annet gjennom en aktiv boligpolitikk

* Motvirke sosiale forskjeller i helse

Lav inntekt og lite utdanning er vist å gi økt risiko for sykdom

* Arbeide for et inkluderende arbeidsliv og et godt og sikkert arbeidsmiljø

For eksempel ligger landbruket høyt på statistikken over dødsulykker i arbeidslivet og har mange yrkesrelaterte sykdommer

* Forebygge ulykker og skader

Ulykker er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Forebygging av trafikkulykker, arbeid med brannsikkerhet, produktsikkerhet og matsikkerhet er sentralt.

* Kriminalitetsforebygging
* Samfunnssikkerhet

Helse- og sosialplan har blant annet tatt utgangspunkt i de statlige føringer slik de fremkommer i:

* Rundskriv IS-1/2007: Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2007, 2008.
* St.prp. nr. 1: Nasjonal helseplan 2007-2010.
* St.meld. nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og • mening – Framtidas omsorgsutfordringer. (inkludert Kompetanseløftet 2015, demensplan 2015)
* Rapport 2007 og 2008: Utviklingstrekk i helse- og • sosialsektoren. Sosial- og helsedirektoratet.
* Rapport 2007:1: Sosial ulikhet i helse. En faktarapport.
* Folkehelseinstituttet.
* Samhandlinggsreformen
* Omsorgsplan2015
* Demensplan
* Sikkert flere som kan tas med her??????

Dokumentene som staten ber kommunene å ta utgangspunkt i, legger først og fremst vekt på innhold og kvalitet, herunder behovet for økt samordning og samhandling i de kommunale

sosial- og helsetjenestene og med 2. linje tjenesten. Ut­fordringene er knyttet til det faktum at det offentlige hjelpeapparatet kan oppleves oppsplittet og fragmentert sett fra tjenestemottaker sitt ståsted. Fokus bør være på innholdet i tjenestene.

Etterspørselen etter helse- og sosialtjenester øker og presset på tjenester vil kreve tydelige prioriteringer og økt samhan­dling.

Utfordringen med å tilpasse aktiviteten til den økonomiske rammen vil kreve prioritering, innsats og kreativitet fra alle miljøer i planperioden.

**3.0 lovgrunnlag**

Lovverket er basisen for den kommunale virksomhet. Dette rammeverket sier noe om hvilke tjenestetilbud kommunen, til enhver tid, må ha. Lovverket vil derfor være grunnlaget for oppbygging av kommunale tjenestetilbud, samt være det som legges til grunn ved prioriteringer.

Inderøy kommune er ikke i en særstilling når det gjelder økonomisk handlefrihet og er, i likhet, med mange andre kommuner ikke i stand til å innfri alle ønsker. Lovverker vil i den sammenheng gi oss muligheten til å prioritere. Lovverket omhandler kommunen sin plikt til å yte tjenester, brukeren sine rettigheter til koordinerte tjenester og helse og sosialtjenesten sin plikt til å koordinere og samhandle med bruker, både internt i Inderøy kommune og med eksterne samarbeidsorgan.

**3.1 Lov og forskrifter som regulerer sykeheimer og hjemmetjenesten.**

Lov om helsetjenesten i kommunene av 1982 – 11 – 19. § 1-2 Helsetjenesten sitt formål: *Kommunene skal med sine helsetjenester fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelse.*

Jfr. § 1-3 som omtaler oppgaver under helsetjenesten;

Punkt 4. *pleie og omsorg.* Forplikter drift av heldøgns hjemmesykepleie.

Punkt 6. *sykeheim eller boform for heldøgns omsorg og pleie.* Forplikter kommunen til å drifte sykeheimer eller andre boformer for den eldre befolkningen.

I Kap. 2 § 2-1 Rett til helsehjelp: *Enhver har rett til nødvendig helsehjelp der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.*

Kapittelet omtaler retten til helsehjelp, men regulerer ikke i hvilken form hjelpen skal ytes. Dette blir basert på faglig skjønn, ut fra bruker sine behov og bruker sine egne ønsker.

Lov om sosiale tjenester § 4-2 regulerer tjenesten om praktisk bistand, avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og tilbud om brukerstyrt personlig assistanse.

Både sykeheimsdriften og hjemmesykepleien blir regulert av flere lover og forskrifter. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten vedtatt 27.06.2003 stiller kvalitetskrav til pleie- og omsorgstjenester som regulerer kvalitet av tjenester hjemmlet både i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Ulike forskrifter legger føringer for at den kommunale helse- og sosialtjenestene skal:

Ha synlige og lett tilgjenglige tjenester

 Legge til rette for at tjenesteytere og andre kan melde sine individuelle behov

Forskriften skal videre sikre at tjenester blir tilbydd og ytet ut fra intensjonen i loven og i et brukerperspektiv, samordnte, tverrfaglig og planmessig, i eller nærmest mulig brukerens sitt kjente miljø, og i en meningsfull sammenheng for brukeren.

**3.2 Lovpålagte tjenester**

Lovpålagte tjenester blir i en del sammenhenger brukt som argument på hva den enkelte bruker har rett og krav på av tjenester. Dette sier ofte lovverket lite om. Overnevnte lovverk sier noe om hvilke tjenester kommunen har ansvaret for og som må være til stede i alle kommuner. Lovverket sier lite eller ingen ting om i hvilket omfang tjenester skal gis. Likevel er det viktig å peke på følgende;

Kommunen er ved lov forpliktet til å opprette ulike omsorgstjenester. Det er bruker sine behov og ikke kommunen sin økonomi som er styrende. Kommunen er forpliktet til å gi *nødvendig helsehjelp* på et *forsvarlig minstenivå* både i forhold til *kvalitet* og *omfang.*

Utfordringen ligger i, sammen med bruker, å skape en plattform for samarbeid og trygghet, der man i samarbeid/samhandling klarer å skape forståelse for hva som ligger i disse begrepene. Hjelp skal ikke tildeles i forhold til hva andre har fått, men ut fra den enkelte sitt individuelle behov.

Det er kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal gis, ut fra faglige vurderinger. Bruker skal selvsagt inkluderes, og det skal, så langt dette er mulig tas hensyn til brukeren sine synspunkt.

**4.0 Utviklingstrekk og utfordringer framover.**

Her vil planen synliggjøre faktorer som vil bli styrende for den fremtidlige tjenesteproduksjon innenfor helse- og sosialområdet. Det vil være viktig å se på de kortsiktige og langsiktige utfordringene som vi vil møte de neste 5 – 15 åra. Utvikling og spådommer kan møtes på flere måter. Noe kan vi ha kontroll over og gjøre tiltak i forhold til, andre områder av utviklingen er det lite man kan gjøre med. Vi kan lite gjøre noe med hvordan det demografiske bilde ser ut om noen år, eller hvilke konsekvenser framtidige sentrale politisk føringer vil få for kommunen og vår tjenesteproduksjon. Vi kan likevel gjøre en hel del for å møte de utfordringene vi ser vil komme innen kort og lengre tid.

En nylig utgitt rapport; Folkehelserapport 2010, Helsetilstanden i Norge, beskriver blant annet følgende utfordringer for landet.

Stadig flere opplever en høy levealder, og det er foreløpig ikke tegn til at økningen i levealder skal stoppe opp. Bedre medisinsk behandling og endringer i levevaner har medvirket til det. Høyt forbruk av legemidler kan på den ene siden lindre plager og utsette alvorlige sykdomsepisoder.

På den andre siden kan bruk av mange legemidler samtidig øke risikoen for feilbruk

og bivirkninger. Blant personer over 70 år bruker en av fem mer enn ti ulike legemidler

samtidig, deriblant potensielt vanedannende legemidler.

Alder er en viktig risikofaktor for kreft, og med økningen i antall eldre i befolkningen, vil antall personer med kreft øke. Forekomsten har økt de siste tiårene, dels også fordi risikoen for å få kreft har økt. Bedre diagnostisering har dessuten ført til at vi oppdager kreft tidligere enn før, og at vi også oppdager flere tilfeller enn før.

Demens er også en sykdom der alder er en viktig risikofaktor. En av fire eldre over 85 år

rammes. Siden levealderen øker, vil flere trenge behandling for demens i framtiden.

Hjerte- og karsykdommer utgjør totalt omtrent 35 prosent av alle dødsfall hvert år og er

fortsatt den hyppigste dødsårsaken i aldersgruppene over 65 år.

De nærmeste tiårene vil en stor gruppe eldre trenge behandling for svekket helse, samt hjelp

på grunn av funksjonsnedsettelse. Samtidig vil vi ha en stor gruppe friske eldre med god

daglig funksjonsevne, til tross for en eller flere kroniske sykdommer. Dagens eldre har bedre

egenvurdert helse og bedre funksjonsevne enn tidligere.

**4.1 Demografi**

Kunnskap om utvikling av folketallet i kommunen kan være et nyttig instrument i planlegging av fremtidige behov. Befolkningsframskrivinger er et statistikkverktøy som kan gi et bilde av situasjonen framover.

Inderøy kommune har på 2000-tallet hatt et stabilt folketall på rundt 5900 innbyggere. Framskrivinger basert på SSB sitt befolkningsstatistikksystem viser en generell befolkningsvekst. Barnetallet holder seg rimelig stabilt, men en liten nedgang i ungdom. Den arbeidsføre delen av folketallet holder seg også på et stabilt nivå, men det er en betydelig økning i aldersgruppen 67 år – 79 år. Den eldste delen av befolkningen 80- 89 år og 90 år + holder seg stabilt fram til 2020 (altså på dagens nivå) økningen kommer fram til 2030.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| År | 2008 | 2015 | 2020 | 2030 |
| Totalt | 5836 | 6027 | 6168 | 6461 |
| 0-5 år | 412 | 391 | 409 | 420 |
| 6-15 år | 869 | 796 | 749 | 775 |
| 16-19 år | 385 | 355 | 345 | 309 |
| 20-24 år | 327 | 407 | 392 | 356 |
| 25-66 år | 3088 | 3136 | 3137 | 3181 |
| 67-79 år | 496 | 693 | 863 | 958 |
| 80-89 år | 229 | 205 | 222 | 406 |
| 90 år+ | 30 | 44 | 51 | 56 |

(Kilde: Kommunehelseprofiler, Helsedirektoratet)

En økning i antall eldre utfordrer helse- og sosialtjenestene i kommunen. Eldre har oftere flere og sammensatte lidelser. Forekomsten av aldersrelaterte sykdommer vil øke (for eksempel KOLS, hjertesvikt, kreft og demens).

Det er ventet større utfordringer framover knyttet til økende omfang av livsstilsykdommer som følge av fysisk inaktivitet og usunt kosthold. HUNT-data viser en økning i antall overvektige, noe som øker risikoen for diabetes og hjerte- og karsykdommer. Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks (BMI) for befolkninga i Inderøy kommune ligger i HUNT 2 (1995-97) på 26,5, dvs over grensa for normalvekt, og har økt fra 25,1 midt på 80-tallet. Å legge til rette for økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold, vil være tiltak for å snu denne trenden på lang sikt. I følge HUNT, er det nesten 1 av fem som ikke driver verken lett eller hard fysisk aktivitet på fritida, og nesten en av tre har stillesittende arbeid.

HUNT-undersøkelser viser videre at nesten halvparten av befolkningen i Inderøy kommune har hatt langvarige plager med smerter/stivhet, og 18,7% har vært sykmeldt for disse plagene. Forekomsten er størst blant kvinner i alderen 50-69 år (58,6%), men det yngste aldersgruppene som har størst forekomst av sykmeldinger. Dette gir utfordringer for inkluderende arbeidsliv, og HMS-arbeid kan motvirke belastningsskader. Arbeidsledigheten i Inderøy kommune er noe over landsgjenomsnittet, men antall sykmeldte ligger omtrent på landsgjennomsnittet.

.

HUNT-data (HUNT 3), viser at blant voksne har alkoholbruken også økt, særlig i aldersgruppene fra 40 år og oppover, samt blant eldre. Det har skjedd en endring i drikkemønsteret blant eldre. Økningen kommer mest sannsynlig av økningen i vinforbruk i disse aldersgruppene. Vinforbruket er doblet på 10 år. Kvinner drikker i gjennomsnitt 35 % mer enn midt på 90-tallet, og menn 25 % mer. 30% av den totale voksne befolkninga drikker 5 glass eller mer av øl, vin eller brennevin ved samme anledning i måneden eller oftere, og nesten 1 av 10 rapporterer et problematisk drikkemønster.

Nye HUNT-data (ung-HUNT 3) viser at 77 % av ungdommene (13-19 år) har drukket alkohol, og totalt 58 % har drukket seg beruset. 94 % prøver alkohol i løpet av ungdomstida, og gjennomsnittlig debutalder for alkohol er 14,5 år (konfirmasjonstid). Blant ungdomsskoleelever har en tredel vært beruset og ungdomsskoleelever drikker i gjennomsnitt alkoholvarer tilsvarende 2,5 liter ren alkohol. Halvparten av ungdomsskoleelevene har sett foreldrene sine beruset. Det totale alkoholforbruket har økt betydelig fra midten av 90-tallet (Ung-HUNT 2) i alle aldersgrupper, men bruken av hjemmebrent går ned.

**4.2 Forebygging barn og ungdom**

Forebyggende arbeid rettet mot barn og unge har ofte fokus på utfordringer knyttet til fysisk- og psykisk helse og lærevansker eller negativ atferd knyttet til vold, kriminalitet, mobbing og rus.

Internasjonale studier viser at:

1. 10 – 16 % av barn og unge har psykiske plager og utagerende atferd som virker inn på deres daglige fungering.
2. 8 % av barn og unge har så store problemer at de trenger behandling.
3. Hovedparten av barn som utvikler psykiske plager og normbrytende atferd som tyveri, skoleskulk og mobbing kommer ikke fra spesielle risikogrupper.
4. Barn med høy risiko kommer fra familier hvor foreldrene selv har psykiske sykdom, er rusmisbrukere eller voldelige. Dette er tallmessig få, men kan bli en stor oppgave for barnevernet.

Dette er innsats rettet mot grupper av barn og ungdom hvor det finnes høy risiko for at vansker kan oppstå eller at det er tegn på problemer.

Eks. tiltak som er rettet mot barn av rusmisbrukere, psykisk syke, foreldreveiledning og tiltak rettet mot fattigdomsproblematikk.

Årsrapporten beskriver tiltak som er iverksatt utfordringene ligger på å styrke arbeidet mot familier som sliter og barn og unge med sammensatte problemstillinger.

Helsestasjon møter alle barn og familier en styrking av tjenesten vil være å få inn psykolog i 20 % stilling og 20 % hjemmekonsulent. Dette er det gitt midler til å prøve ut i år.

Forebyggende ungdomsarbeid vil være å utvide e@ slik at det kan være åpent flere kvelder i uka og noen helger. Det vil være et rusforebyggende tiltak i den forstand at ungdommer har et tilbud som kan hindre tidlig utprøving av rusmidler.

Ha midler til friplasser i kulturskolen vil gi familier med dårlig økonomi en mulighet til å sende barna på et fritidstilbud.

Organisere fritidsgruppe for barn i familier som sliter økonomisk.

Etablering av Familiesenteret er et tiltak for å styrke det forebyggende arbeidet og koordinere tverrfaglig arbeid.

**4.3 Barnevern**

Barnevernet skal være en **garanti** for at alle barn og unge sikres omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter.

Barnevernets skal ta vare på de mest utsatte barna, gjennom å sette inn de nødvendige hjelpetiltak rettet mot enkeltmennesker. I tillegg har barnevernet som hensikt å forebygge at problem oppstår. Disse retter seg enten mot alle barn/familier, eller mot utsatte barn/familier.

Utgangspunktet er at de aller fleste barn har best av å vokse opp hos foreldrene sine, og barnevernets arbeid fokuserer derfor på å hjelpe barna gjennom å gi hjelp og støtte til familiene slik at de kan klare omsorgsoppgaven sin. Dette skjer stort sett gjennom frivillige tiltak som foreldre og barn samarbeider om.

**Det finnes tre hovedtyper av tiltak, som har ulikt formål:**

* tiltak for å bedre eller styrke barnas fungering
* tiltak for å styrke foreldrenes evne til omsorg
* kontrolltiltak

Barnevernet skal inn å foreta nærmere undersøkelser når det blir kjent med følgende forhold:

* når barnet på grunn av forholdene i heimen eller av andre grunner har særlig behov for et hjelpetiltak
* når det er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen som barnet får, eller alvorlige mangler ved den personlige kontakten og tryggheten som barnet trenger etter sin alder og utvikling
* når foreldrene ikke sørger for at et sykt, funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket sitt særlige behov for behandling og opplæring
* når barnet blir mishandlet eller utsatt for alvorlige overgrep i heimen
* når det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet
* når barnet har alvorlige atferdsvansker (f.eks. alvorlig eller gjentatt kriminalitet, vedvarende misbruk av rusmidler eller annet)

Barneverntjenestens ansvar og arbeidsoppgaver finner vi i Lov om barnevernstjenester (barnervernloven).

**Tiltak og utfordringene må beskrives nærmere.**

**4.4 Rehabilitering**

Inkluderer fysioterapi tjenesten, Fysikalsk Institutt og Hyggestua.

Rehabilitering arbeider både med barn, unge, voksne og eldre. Arbeider både forebyggende, gir behandling og er rådgivende.

Kommunen har vedtatt at det skal bli et familiesenter og her skal det også være en fysioterapeutisk kompetanse. Dette setter igjen krav til oss både i form av ressursbruk og kompetanse.

Antallet henviste pasienter øker det er mere komplekse saker som igjen krever tett samarbeid med andre tjenester, dette er tidkrevende men viktig for å få til gode prosesser for pasientene. I dag kommer det pasienter fra sykehusene som trenger mye opptrening etter brudd, operasjon, hjerneslag, ulykker og alvorlige sykdommer. Organisering av rehabiliteringsopphold i institusjon må styrkes.

Tekniske hjelpemidler skal formidles og følges opp av rehabiliteringstjenesten. Det er en økning i mengden av tekniske hjelpemidler, men de blir også mer teknisk avanserte og betyr bruk av tid og kompetanse og mer etterarbeid i form av kontroll og reparasjoner.

Vi har de siste årene hatt et stadig mer sammensatt tilbud i form av flere gruppebehandlinger. Dette er ikke bare effektiv tidsbruk, men også veldig ofte en positiv metode for brukeren. I dag har kommunen et behandlingstilbud som samhandler med de fleste andre offentlige tjenester Her kan nevnes trim/behandlingsgrupper hvor for eksempel: Hyggestue, sykehjem, spesialisthelsetjenesene, skoler (ved behov), hjemmebaserte tjenester og rehabilitering har et tett samarbeide. Dette blir det viktig å bygge videre på i utviklingen av tilbud mot nye grupper.

**Utfordringen** framover til 2015 – 2020 er å bygge opp en styrke rehabiliteringstjeneste for å møte økningen i aldersgruppen 67 -79 år denne gruppen øker mest i antall og det ligger et stort potensial i å holde de friskest mulig og mest mulig selvhjulpen.

Kommunen bør utvide med 1 stilling fysioterapeut og 1 stilling ergoterapeut. På sykehjemmet må det organiseres 5 sengeplasser som er tilrettelagt for rehabiliteringsopphold med personell som har spesialisert fagkompetanse.

Tiltak som styrker forebygging av overvekt eller tilbud om trening og oppfølging kan organiseres i samarbeid med rehabilitering, dette må utredes.

**4.5 Rus Psykisk helse**

Tjenester ytes etter kommunehelseloven og sosialtjenesteloven Tjenesten består av psykososialt team, behandlingstiltak og ettervern for rusmisbrukere og dag tilbudet ved Et sted å være. Psykisk helse arbeider både med barn, unge, familier/par, voksne og eldre. Arbeider både kurativt etter henvisning, forebyggende og rådgivende.

Kommunens kriseteam består av 2 ansatte i psykisk helse og 1 helsesøster. Kriseteamet inngår i kommunens beredskapsplan.

Prosjektet oppfølging av rusmisbruker startet opp i mai 2009 skal etablere samarbeid og samhandling ift arbeidstrening, bolig og fritid.

Plan for psykisk helsearbeid 2007 – 2010 (vedtatt i Hovedutvalg Folk 22.10.07) kap 8.1 Hovedsatsingsområder – redegjøres blant annet for kapasitetsbehovet i det psykiske helseteamet på 2,75 årsverk. Fra 01.01.09 ble rusomsorgen overført til psykisk helse fra daværende sosialtjeneste uten tilføring av ekstra ressurser. Det antatte ressursforbruket i 2008 i sosialtjenesten ble opplyst å være ca 1,5 årsverk.

Høsten 2009 ble ansvar for tildeling av bolig i henhold til sosialtjenesteloven § 3-4 ( skaffe boliger til personer som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet) og § 4-5 ( plikt til å skaffe midlertidig bolig til bostedsløse) overført til psykisk helse og tildeling gis ved inntaksteam.

Konklusjon: Opptrappingsplan for det psykiske helsefeltet er således ikke oppfylt etter vedtatt plan, og kapasiteten i forhold til det psykiske helsearbeidet i kommunen er betydelig redusert i forhold til forutsetningene.

Psykisk helse har generell oppfølgingsansvar overfor rusmisbrukere i kommunen. Kommunen har 10 LAR-brukere, dvs brukere som mottar legemiddelassistert rehabilitering. I 2009 fikk vi en økning på 3 LAR-brukere. Ansvaret for psykisk helse innbefatter samtaler for å motivere til rusmestring , ansvar for koordinering av tjenester i kommunen og samarbeide med spesialisthelsetjenesten.

Ved utgangen av 2009 hadde psykisk helse 79 aktive brukere i alder fra 9 år til 67 år. Tilbud om samtale gis på kontoret eller heime hos bruker.

Brukere med langvarige og koordinerende tjenester har tilbud om ansvarsgruppe og individuell plan I utgangen av 2009 hadde tjenesten 20 brukere som har ansvarsgrupper / IP hvor psykisk helse har koordinerende ansvar. Hyppighet av ansvarsgruppemøter varierer mellom møte en gang pr. måned til to møter i løpet av året

**Utfordringer** se rusplan og økt forbruk og stadig nye brukere med sammensatt problematikk. Unge med manglende skolegang og uten jobb har i tillegg ofte psykiske problemer og rus. Tiltak må utredes og koordineres med andre tjenester.

**4.6 Fastlegene og samarbeid med kommunehelsetjenesten** skal beskrives ikke ferdig

**4.7 Demens**

En av de største omsorgsutfordringer man står overfor, som en konsekvens av økt levealder og endret aldersammensetning i befolkningen, er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser vil øke betraktelig i de nærmeste årene.

Den største økningen vil komme om 10 – 15 år. Dette gir oss muligheter for å planlegge for fremtiden. Det er allikevel allerede nå nødvendig å investere i et langsiktig og kortsiktig perspektiv i henhold til kompetanse, teknologi og bygningsmasse.

Demenslidelser medfører ofte stor funksjonstap og krever store ressurser fra de kommunale tjenester.

Nyere forskning viser at ”innslaget” av demens i befolkningen er økende. Nasjonalt Kompetansesenter for Demens viser til følgende forekomst i befolkningen(prevalens) i gjennomsnitt:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| År | 2008 | 2015 | 2020 | 2030 |
| Totalt | 5836 | 6027 | 6168 | 6461 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 25-66 år | 3088 | 3136 | 3137 | 3181 |
| 67-79 år | 496 | 693 | 863 | 958 |
| 80-89 år | 229 | 205 | 222 | 406 |
| 90 år+ | 30 | 44 | 51 | 56 |

65 - 69 år 0,9%

70 – 74 år 2,1%

75 – 79 år 6,1%

80 – 84 år 17,6%

85 – 89 år 31,7%

90+ 40,7%

 (Kilde: Kommunehelseprofiler, Helsedirektoratet)

Ovennevnte tall viser at Inderøy kommune får en økning på demenslidelser ift at antall eldre gradvis øker. Tallmaterialene fremstår med to ulike inndelinger når det gjelder ift år. Dette kan gi noe feilaktig bilde, men tallene kan allikevel benyttes som en indikasjon på utviklingen.

Antall personer med demenslidelse vil trolig være 110 personer i 2025. I perioden fram til 2020 vil tallet ligge relativt stabilt på 75 – 80 personer.

Den største økningen vil komme mot slutten av perioden 2020 – 2030.

Med en slik økning er det viktig at kommunen vurderer utbygging av hele tiltakskjeden sett opp mot demenskapasiteten.

I Demensplan 2015, som er en delplan av omsorgsplan 2015, er det beskrevet ulike satsningsområder:

* Økt kunnskap og kompetanse
* Aktivitetstilbud på dagtid
* Bedre tilpasset botilbud.

Ut fra et forbyggingsperspektiv bør dagtilbud for demente utvides. Det er i dag åpent en dag i uken med en stillingsressurs på 40%. Dagtilbud til demente bør utvides til 4 dager i uken, samt at det opprettes en stilling som demenskoordinator.

Etablering av dagtilbud til demente kan enten gjøres ved å ta i bruk eksiterende lokaler ved Inderøyheimen. Tilbudet må da koordineres med dagtilbudet for eldre (Hyggestua).

Ett annet alternativ kan være å kjøpe dette tilbudet fra eks; Grønn Omsorg (”Inn på tunet”).

Behovet for demenskoordinator har vært drøftet tidligere, men det er ikke funnet midler til denne stillingshjemmelen. Behovet for en slik stilling er fremdeles like aktuelt og det er behov for en 100% stilling.

I tillegg er det behov for å styrke kompetansen om demens blant ansatte. Det foreslås at det igangsettes kompetanshevende tiltak ift dette. Flere kommuner deltar i og har gjennomført Demensomsorgens ABC. Et slikt tiltak vil bedre kvaliteten i demensomsorgen.

Alle tiltakene vil trenge tilføring av friske midler.

**4.8 Frivillige lag / private omsorgsaktører**

Frivillige lag og private aktører er tilbydere innenfor helse- og sosialområdet. Den senere tiden har pågangen fra private aktører vært stort. Dette er helt klart aktører som kan bidra med gode tjenester eller supplere de kommunale tjenester.

Inderøy kommune har også valgt å organisere arbeids- og aktivitetstilbudet til funksjonshemmede slik at dette er tjenester som Inderøy kommune kjøper av Flyndra as. Flyndra as er et kommunalt aksjeselskap.

Her bør det drøftes om hvilke tilnærminger man skal ha til de private aktører. Skal man kjøpe tjenester fra private bør dette sees i sammenheng med andre deler av den kommunale tjenesteproduksjonen og tas med i økonomiplaner.

Tiltak som drøftes:

Effekten av Grønn omsorg – demente har ved flere undersøkelser vist seg å være virkningsfull.

Det foreslås at det avsettes midler for fremtidlig samarbeid om tilbud med private aktører.

En evalueringsrapport av ordningen med arbeids- og aktivitetstilbud til funksjonshemmede bestilles. Målsetningen med rapporten er at den skal danne grunnlaget for om denne ordningen er ”riktig” eller den beste løsningen for Inderøy kommune.

**4.9 Samhandlingsreformen - DMS Inn – Trøndelag**

St. meld. nr. 47(2008-2009) Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i at samfunnet står

overfor store helsemessige, samfunnsmessige og økonomiske utfordringer. Reformen skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientenes behov for koordinerte tjenester og på de store samfunnsøkonomiske utfordringer. Samhandlingsreformen skisserer følgende fem hovedgrep for å møte dagens og fremtidens utfordringer:

1. Klarere pasientrolle

2. Ny fremtidig kommunerolle

3. Etablering av økonomiske intensiver

4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte

 kompetanse

5. Tilrettelegging for tydeligere prioriteringer

En konkretisering av Samhandlingsreformen er varslet i Nasjonal Helse- og omsorgsplan og viser at den kommunale helse – og omsorgstjenesten blir den sentrale arena for tildeling,

oppfølging, evaluering og utvikling av velferdsgoder til befolkningen. Dette er trolig en riktig og ønsket utvikling. Forutsetningen for at kommunene skal lykkes er imidlertid at det

følger økonomiske statlige midler med endringene som skisseres i Samhandlingsreformen.

Inderøy kommune har, i samarbeid med kommunene Verran, Mosvik, Snåsa, Steinkjer og Helseforetaket, etablert et Distrikts Medisinsk senter, DMS Inn – Trøndelag. Oppstart er beregnet til 2010/2011. Dette tiltaket har som mål å utvikle gode koordinerte tjenester og effektiv ressursbruk. DMS Inn – Trøndelag er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen.

Kostnadene fordeles mellom kommunene som deltar og Inderøy sin del av kostnadene beløper til kr i året .

DMS vil ha 16 plasser, hvor utskrevne pasienter fra sykehuset legges inn og følges opp før de tilbakeføres til sine kommuner.

Dette må man anta har en forebyggende effekt ved at brukerne i større grad kan bo lengre hjemme i sitt nærmiljø. Det må også forventes en helsemessig effekt for pasienten og en opplevelse av sømløse tjenester.

Det må antas at dette tiltaket vil medvirke til å redusere ”trykket” på hjemmesykepleien.

Når det gjelder DMS Inn – Trøndelag så vil en av forutsetningene for å bedre kvaliteten på tjenestene, gjennom å øke kompetansen hos ansatte, være at medarbeiderne fra kommunen og DMS deltar på hverandres arena som: ulike fagteam, nettverk, internundervisning, hospitering osv.

Det bør etableres samarbeidsprosjekter for å få synergieffekt fra prosjektet DMS Inn – Trøndelag.

**4. Nye brukergrupper**

I løpet av de siste ti årene er antall hjemmetjenestebrukere under 67 år økt betraktelig. På landsbasis er det i dag slik at 1/3 av de som mottar kommunale omsorgstjenester er under

67 år, mens de forbruker 2/3 av de samlede omsorgsressursene.

De samme trekkene kan vi se i vår kommune. Dette er dels et resultat av ulike helsereformer som for eksempel ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming og opptrappingsplan for psykisk helse. Dels har det kommet til andre og nye brukergrupper i kjølvannet av disse reformene som tidligere enten fikk tilbud i spesialisthelsetjenesten eller ikke hadde noe tilbud i det hele tatt.

Antall unge psykisk funksjonshemmede er relativt høyt i Inderøy når man sammenligner med tilsvarende kommuner. Dette gir noen utfordringer ift å tilpasse tjenestetilbudet overfor denne gruppen. Jfr Helserapport 2010 og befolkningsframskrivningstall vil vi få flere kroniske syke nettopp fordi de fleste kroniske sykdommer øker med alderen. Dette er en utvikling som bare vil fortsette fordi levealderen stadig øker og fordi vi stadig tøyer grensene for hvor alvorlig syke og hvor gamle mennesker vi velger å gi avansert medisinsk behandling.

Kreftdiagnoser, demens o

Til drøfting:

* Det er viktig å styrke hjemmetjenestene for å løse omsorgsoppgavene for følgende grupper: demens og kreft. Det foreslås en økning i stillingsressurs på 2 årsverk
* Det er i særlig grad behov for raskt å finne løsninger for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og store hjelpebehov. Hvordan organisere tjenestene? Tjenesteapparatet overfor barn og unge med spesielle behov må likevel ses i sammenheng med organiseringen av de totale omsorgstjenester i kommunen.
* Planleggingen for perioden 2010-2020 må ivareta et økende omsorgsbehov for brukere under 67 år.
* Det er behov for å se på brukersammensetningen for å optimalisere bruken av tilgjenglige ressurser. Brukersammensetningen i boliger for funksjonshemmede

**4. Medisinsk og faglig oppfølging**

Det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av hjemmetjenestemottakere og

Beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og

sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte

tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Legedekningen på sykehjem, samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og behovet for andre faggrupper som kan supplere og utfylle de som tradisjonelt har bemannet sykehjem og

hjemmehjelpsordningene blir derfor sett på som viktige framtidsutfordringer for

omsorgssektoren. Å tilføre kompetanse og utvikle større faglig bredde for å møte nye

brukergrupper med andre behov enn de omsorgstjenesten tradisjonelt har tatt seg av, er også en viktig utfordring.

Tiltak kommer senere.

**4.7 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)**

Ved å ta i bruk moderne Informasjon og Kommunikasjons Teknologi (IKT) i alle deler av

organisasjonen kan man lykkes med å skape nødvendig smidighet og kreativitet slik at organisasjonen kan nå sine mål og løse sine oppgaver. Helse- og sosialområdet bruker en rekke fagsystemer og dataprogrammer, men mange av dem er på sine områder ”isolerte øyer” uten særlig samhandling eller sammenheng. Ferdighetene er variable hos de ansatte, slik at IKT- systemer ikke benyttes i den grad det er mulig for å få til effektiv samhandling og informasjonsutveksling.

Det stilles større krav til arkiv, journalsystem og saksbehandling.

Derfor er det nødvendig å få på plass verktøy/plattform som kan lette samhandling og informasjonsutveksling, både intern og eksternt.

Dette vil kreve investeringer i dataverktøy/ programvare og kompetanseløft for ansatte. Det foreslås at det utarbeides en utredning på hva som er det fremtidlige behov på området. Dette må også samkjøres i INVEST.

**4. Inderøyheimen – sykeheimsplasser – HDO botilbud**

 Statlige normer beskriver jfr Stortingsmelding nr 50, 1996-1997: Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt – kvalitet, hvilken dekningsgrad kommunene bør ha når det gjelder HDO plasser.

I kapittel 3.4, Sammendrag og konklusjon, står det:

*”Ut fra en vurdering av vitenskaplige undersøkelser og faglige analyser, er det for planperioden lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst. av befolkningen 80 år og eldre. Denne dekningsgraden kan oppfattes som et uttrykk for hva som er tilfredsstillende behovsdekning på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester. Det reelle behovet i hver enkelt kommune vil kunne variere rundt dette gjennomsnittet.*

Sykeheimen og de kommunale omsorgsboligene er tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg og Inderøy kommune har 40 sykeheimsplasser ved Inderøyheimen. I tillegg er det 20 omsorgsboliger tilknyttet sykeheimen som har HDO. Ved Nesset bo fellesskap er det 22 omsorgsleiligheter med HDO. Til sammen utgjør det 84 boliger/rom. Her er ikke bofellesskap Årfall, Vennavold og Lautan medregnet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HDO botilbud | Antall  | Alder (snitt) | Funksjonsverdi |
| Oms.leilg Inderh | 20 | 75 – 97 (87,5) | 1,35 – 2,76 (2,06) |
| Sykeheimen | 20 | 61 – 99 (84,5) | 1,47 – 4,41 (3,22) |
| Ness bofellesskap | 22 | 80 – 96 (87,5) | 1,24 – 3,18 (1,88) |

Tabellen sier noe om alder og funksjonsnivået hos beboere ved HDO plasser for eldre i kommunen. HDO plasser for psykisk utviklingshemmede er ikke tatt med i denne tabellen.

Som tabellen viser er det relativ høy alder på brukerene i HDO plasser. Sykeheimen har laveste snitt alder, men forholdsvis høy score på funksjonsnivået. Noe som indikerer at pleietyngden er stor på sykeheimen.

Handlingsplanen for eldre sier at det er tilfredsstillende behovsdekning når 25% av befolkningen som er over 80 år har slik plass. Det kommer også frem i Stortingsmeldingen at dette ikke er det samme som sykeheimsdekning, men omfatter både sykeheimsplasser og HDO leiligheter der det gis tilstrekkelig og god HDO tjeneste. En forutsetning for at 25% dekning skal være bra nok er at alle trinna i omsorgstrappa er demisjonert riktig. I dette tilfellet må hjemmetjenestene være godt utbygd.

Jfr den demografiske utvikling vil Inderøy kommune, med dagens antall boliger/rom, ha en dekningsgrad på 33% i 2015.

Brukes prinsippet i omsorgstrappa så ser man at denne delen i omsorgstrappa er overdemisjonert. Noe som kan illustreres med at det er liten ventetid på plasser og det er ingen problem med å ivareta kommunens basisavtale med helseforetaket på punktet ”7 dagers frist for å skaffe kommunalt tilbud”.

Den demografiske utviklingen beskriver at gruppen 80 + ikke øker nevneverdig før på slutten av perioden 2030. Det er størst økning i gruppen opp til 80 år og denne økningen kommer i første del av perioden 2015 – 2020.

Ut fra tallmateriale bør det vurderes en omstrukturering av innholdet i sykeheimen slik at man kan møte fremtidlige utfordringer. Om man gjør dette arbeidet må man også tenke på at man må styrke kompetansen og bemanningen ved Nesset. Nesset har i dag lav grunnbemanning med relativ liten dekning av høgskolekompetanse. Gjøres det endring i strukturen i sykeheimen vil dette innvirke på Nesset, da ift at det blir flere eldre pasienter og de vil ha behov for mer sammensatt/tverrfaglig kompetanse.

Tiltak som bør drøftes:

###### Planlegging av fremtidig bruk av sykeheimen herunder å vurdere:

* Egen rehabiliteringsavd/korttidsavd med 5 – 8 sengeplasser
* Skjermet enhet 5 – 8 plasser
* Langtidsplasser 20 – 30 plasser

Behovet for endringer i strukturen har vært diskutert tidligere uten at det er gjort noen vedtak på dette.

Når det gjelder rehabiliteringsplasser (sengeplasser) og kortidsplasser, så vil dette sikre god flyt mellom kommunen og helseforetaket. I tillegg vil dette fungere som en avlastning for pårørende, samt sikre at hjemmetjenesten fungerer optimalt. Et annet argument er, at kapasitetsvanskeligheter og endret behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten, har resultert i kortere liggetid og raskere utskriving av pasienter fra sykehusene. Kommunale tjenester tilknyttet medisinsk behandling bør dimensjoneres i forhold til dette.

Helseforetaket har redusert sine rehabiliteringsplasser og man kan forvente at ansvaret til kommune blir større.

Skjermet enhet på sykeheim er beregnet for pasienter som på grunn av, eks demens, trenger å få tilrettelagt botilbud.

Det kommunale tilbudet ved sykeheimen bør dreies fra dagens ordning til en mer spesialisering ”spissing”. Det er i dag 40 plasser ved sykeheimen og av disse er det også korttidsplasser. Disse er ikke faste, men ”flyter”. Det kan stilles spørsmål til om denne” flytende” ordningen fungerer etter intensjonen.

Flere offentlige rapporter viser at kommuner, som orienterer seg mot hjemmebaserte tjenester, og har satset på effektiv bruk av kortidsplasser i sykeheim har lavere ressursbruk enn kommuner med mange institusjonsplasser. Videre beskriver undersøkelsene at kommuner med godt utbygde hjemmetjenester når flere brukere, samtidlig er tjenestene like gode kvalitativt som kommuner med høy grad av institusjonsdekning.

Konsekvensen av endringen av innholdet/plasser i sykeheimen vil være trangere tildeling av plasser ved sykeheimen.

Videre vil tiltakene medføre en økning på lønnskostnader og investeringer ift ombygging på sykeheimen. Det vil også medføre en lavere inntekstgrunnlag

**4.9 Hjemmetjenesten**

Hjemmebaserte tjenester ytes i form av hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Denne type tjenester tildeles alle hjemme boende, i alle aldre, som har behov for helsehjelp/pratisk bistand.

Hjemmesykepleien er den mest omfattende i omsorgstjenesten. Flertallet av brukere befinner seg i hjemmebaserte tjenester. Hjemmebaserte tjenester omfatter tjenester etter sosialtjenesteloven (bl.a. praktisk bistand, hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistent,

matombringing, trygghetsalarm) og etter kommunehelsetjenesteloven hjemmesykepleie.

Det er en trend i norske kommuner at mer og mer av den praktiske bistand blir gitt gjennom

private tilbud (rengjøringshjelp, tekniske tjenester, varebringing), mens den offentlige

tjenesten i større grad vektlegger miljøarbeid og helsehjelp i form av medisinske tjenester,

pleie, opptrening, målrettede aktiviteter. Det er ikke slik i Inderøy i dag, men hjemmehjelp er tildelt etter stramme rammer og man ser at det er nødvendig å avklare hvilke tjenester

som skal inngå i Inderøy kommunes tilbud om praktisk bistand eller hjemmehjelpstjeneste. Dette bør gjøres etter mønster fra andre kommuner som har utarbeidet standard for praktisk bistand som blir vedtatt i kommunestyret. Det legges da en list for tjenestenivå som både brukere og tjenesteapparat kan forholde seg til.

Hjemmesykepleien må styrkes, jmfr. Tidligere beskrevne utfordringer. Det er nødvendig å bygge ut hjemmesykepleien med høyskoleutdannet personale, dette gjelder i hovedsak sykepleiere, men det vil også være en fordel å få inn andre faggrupper, eks vernepleier.

Dermed kan kommunen utvikle en hjemmesykepleie som kan ta utfordringene som kommer på medisinsk behandling og oppfølging i hjemmene, jmfr. tidligere utskrivning fra sykehus, økning i antall kreftdiagnoser osv.

Hjemmetjenesten oppfattes oftest som hjemmehjelp eller hjemmesykepleie til eldre der

hovedinnholdet er pleie og behandling. Dette er noe skjevt bilde fordi hjemmebaserte tjenester yter tjenester til brukere under 67 år. Til disse brukerne er det ikke pleie, men miljøarbeid som er hovedinnholdet i tjenesten. Dette er opplæring og hjelp til å fungere i det daglige, hjelp til å

leve et meningsfylt liv med aktiviteter, sosial kontakt og opplevelser. Målgruppen er de av oss

som har en eller annen form for nedsatt funksjonsevne, enten det skyldes medfødte tilstander

eller følgetilstander av sykdom eller skade. Det kan være ulike hjelpetiltak til denne gruppen,

som bl.a. praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistent, avlastingstilbud, tekniske

hjelpemidler, støttekontakt, hjemmehjelp, omsorgslønn. Hjelp til og opplæring i daglige

gjøremål kan fort komme opp i 20-30 timer i uken til for eksempel psykisk

utviklingshemmede.

Enkelte i denne sammensatte gruppen av brukere er svært ressurskrevende og må ha 1:1 eller

1:2 bemanning 24 timer i døgnet. Inderøy kommune har tre slike omfattende tiltak som til

sammen forbruker 10 - 12 årsverk.

For en liten kommune som Inderøy vil derfor en ny slik bruker gi store konsekvenser da 1:1 bemanning vil utløse et hjelpebehov tilsvarende litt over 5 årsverk fordelt på 9 ansatte. Dette er en personellmessig utfordring og det er også en økonomisk utfordring selv om staten har innført ordninger som et stykke på vei kompenserer for utgifter til ressurskrevende brukere.

Hjemmebaserte tjenester ligger lavt i omsorgstrappa og det er en målsetning at flest mulige pasienter får bo hjemme så lenge det er mulig. Derfor må hjemmebaserte tjenester sees på som en forbebyggende tjeneste som muliggjør intensjonene og målene om at den enkelte pasient skal få bo hjemme så lenge som mulig.

For å klare det økende ”presset” må denne tjenesten tilføres flere årsverk.

Nye årsverk kan benyttes til eldrekoordinator, med fokus på forebyggende arbeid opp mot eldre som bor hjemme.

**4. Boliger for funksjonshemmede**

**4. Rekruttering – kompetanse**

Behovet for arbeidskraft til omsorgstjenestene vil stige i takt med befolkningsutviklingen

blant de eldre. Samtidig vil den yrkesaktive del av befolkningen reduseres. *St.meld. nr. 25*

*(2005-2006) Mestring, muligheter og mening* gir et framskrevet personellbehov innen

omsorgstjenestene som på landsplan tilsvarer en økning på 50 % fram til 2030 og 130 % fram

til 2050. dette er noe Inderøy kommune også må ta innover seg. Det er ekstra krevende å være en distriktskommune. Vi må konkurrere med næromliggende kommuner om fagpersonell.

Tiltak for å beholde det personellet som en har og for å rekruttere nytt personell vil bli en hovedoppgave i årene framover. Her er det en rekke tiltak som kan være aktuelle og som må planlegges og settes i system. Dette gjelder for eksempel tilbud om boliger og barnehageplass,

arbeids- og lønnsforhold og tilrettelegging med seniortiltak.

Inderøy kommune har utfordringer knyttet til mangelen på fagpersonell. Dette gjelder i dag i

særlig grad sykepleiere og vernepleiere, men det vil trolig i årene framover også gjelde

helsefagarbeidere. Ergoterapeut og spesialutdannet høgskolepersonell, eks diabetessykepleier, kreftsykepleier osv vil det også være behov for i tiden fremover.

Det er særskilt behov sykepleiere. Dette gjelder både opprettede stillinger og personell i de stillingene som en har. Man ser at det i dag er utfordrende få til sykepleierdekning hele døgnet på sykeheimen.

I boliger for personer med særlig ressurskrevende hjelpebehov (1:2 bemanning) der det

gjennomføres planlagte, skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner, setter

myndighetene krav om helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning. Inderøy kommune må søke

dispensasjon fra dette kravet, da bare deler av vaktene er dekket av høyskoleutdannet

personell. Det mangler i denne tjenesten høgskoleutdannete (i hovedsak

vernepleiere) for å oppfylle regelverket. Det er liten grad av høgskolestillinger i denne tjenesten enn i forhold til hjemmetjenesten og det er behov for ekstraordinære tiltak for å rekruttere høgskolepersonell til denne tjenesten.

En rekke ulike tiltak kan være aktuelle for å beholde det fagpersonellet som kommunen har og styrke rekrutteringen av ytterligere fagpersonell til kommunen.

* Desentralisert utdanning for å satse på de som allerede er ansatt i kommunen.
* Fokus på opplæring og fagutvikling. Undersøkelser blant helsepersonell viser at et trygt og utfordrende fagmiljø er en avgjørende faktor for valg av arbeidssted.
* Planleggingen for perioden 2010-2020 må vektlegge tiltak som gjør at kommunen kan beholde og rekruttere personell til omsorgstjenesten.
* Planleggingen for perioden 2010-2020 må vektlegge tiltak som gjør kommunen attraktiv. Eks hele stillinger fleksible lønns- og arbeidsforhold for fagpersonell.
* Helhetlig kompetanseplan med langsiktig fokus.
* Demensomsorgens ABC – ett kompetanseløft.

**4. Kommunale boliger – hva har vi og hva trenger vi?**

Inderøy kommune har organisert formidling og ansvar for alle kommunale boliger til Enhet bistand og omsorg. Denne enheten har ansvaret for tildeling av leiligheter osv. Vedlikehold ligger i enheten til FDV.

Inderøy kommune har følgende plasser:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Antall | Type |  |  |
| Buchtrøa | 3 | SL | PU | HT |
| Årfall | 8 | BF | PU | HDO |
| Vennavoll | 5 | BF | PU | HDO |
| Lautan | 4 | BF | PU/ | HDO |
| Nesset | 22 | BF | Eldre | HDO |
| OmsorgsleilighInderøyH | 20 | BF | Eldre | HDO |
| OL Boliger | 8 | SL | Eldre | HT |
| Inderøyheimen | 40 | Institusjon |  | HDO |
| Psykiatribolig | 9 | SL | Psykiatri | HT |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Akutt bolig | 1 | EB | Alle |  |

SL – samlokaliserte leiligheter, EB – enkeltstående bolig, BF – bofellesskap. HDO – heldøgnsomsorg, HT – hjemmebaserte tjenester.

Har vi nok boliger for å møte fremtidlige behov og er dagens boligstruktur forenlig med hva som trengs i fremtiden?

Det er to større prosjekt som tidligere har vært vurdert ift boliger. Solstad prosjektet og nytt bofellesskap for funksjonshemmede eller påbygging av eksisterende boligmasse. Det er også behov for fast avlastningsbolig for barn/unge.

Utarbeidelse av boligsosial handlingsplan er i startfasen og den vil peke mer konkret på behovsvurderinger ift boliger.

Allikevel vil det være nødvendig å peke på noe ift boligvurderinger.

1. Behovet for utbygging av Solstad – Demens kan utsettes til 2020, men da må det foretas en endring ift innholdet på sykeheimen, styrking av Nesset og hjemmebaserte tjenester.
2. Behovet for en avlastningsbolig er akutt og må på plass så snart som mulig. Det kan da vurderes om man kan bygge en større bofellesskap for funksjonshemmede slik at man kan få en samlokalisering og synergieffekt mellom nytt bofellesskap og avlastningsbolig. Totalt 12 – 16 leiligheter
3. Redusere antall HDO bofellesskap gjennom en samlokalisering av ressurskrevende brukere.
4. Private aktører/boligutbyggere inviteres til samarbeid ift samlokaliserte leilighetskompleks sentralt på Straumen

**Arbeid/aktivitetstilbud.**

**5.0 Hovedprinsipper**

**5.1 Helhetlig og fleksibel tiltaks- og behandlingskjede**

Brukerne skal oppleve trygghet ved behov for tjenester fra Inderøy kommune.

De skal få tjenester etter behov uavhengig av hvor i kommunen de bor, om de bor i

institusjon, i omsorgsbolig eller i opprinnelig hjem.

Tjenester skal gis etter behov. Dette betinger at kommunen har et bredt tilbud på sine

tjenester. Dette visualiseres gjennom den såkalte omsorgstrappa se fig. ? nedenfor.

Omsorgstrappa er et forsøk på å synliggjøre sammenhengen mellom kostnad på ulike tjenester, relatert til bruker sine behov for hjelp. Dess høyere man kommer i omsorgstrappa dess mer resursskrevende er tjenestene.

 Gjennom omsorgstrappa kan man synliggjøre hvor viktig det er å ha rett tjenestetilbud til rett tid. Omsorgstrappa illustrerer at kommunens ressursbruk til omsorgstjenestene trinnvis må tilpasses behovene helt fra de enkle, forebyggende tiltak til de komplekse, ressurskrevende tiltak. Kommuner med en god omsorgstjeneste kjennetegnes av at kommunen har et tilstrekkelig tilbud innen alle trinn i omsorgstrappa.



Fig.

Begrepet omsorgstrappa må sees i sammenheng med prinsippet som benyttes i offentlig forvalting, hvor man legger til grunn LEON – prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) i det kommunale planarbeidet innenfor helse- og sosialområdet. Kommuner som har jevn fordeling av tilgjenglige ressurser på alle trinnene i omsorgstrappa opplever å ha gode tjenester med fornøyde brukere. Kommuner som satser ensidig på institusjonsdrift eller på de laveste trinnene i omsorgstrappa opplever ofte utrygge brukere og en oppfatning av at tilbudet ikke er godt nok. Har man et dårlig et dårlig tilbud eller kapasitet på de laveste trinnene vil dette skape press på trinnene over og derav øke kostnadene. Satser man i for stor grad å dekke tilbudet i de øverste trinnene vil dette gå ut over tilbudet i de laveste trinnene. For å unngå en negativ sirkel, hvor brukere opplever mangel på tjenester, vil det for Inderøy kommune sin del, være viktig å finne balansen og tilbudet mellom de ulike trinnene.

**5.2 Tildeling av tjenester**

Tildeling av tjenester handler om den prosessen som skjer fra en søknad / henvendelse kommer inn til kommunen, saksbehandles, effektueres eller går videre til klagebehandling.

I kommunen skjer det beslutninger innenfor mange og ulike kompetanseområder og etter ulike lovverk. Felles for alle søknader, som gjelder utøvelse av offentlige myndighet overfor en eller flere personers rettigheter eller plikter, er at søknadene skal behandles etter forvaltningslovens bestemmelser. I tillegg kommer særlovene innenfor de ulike myndighetsområdene som gir føringer for hvilke avgjørelser som kan treffes.

Alle søknader om helsetjenester og tjenester etter sosialloven, saksbehandles i hver tjenesteenhet, i ulike elektroniske fagsystemer.

**5.3 Serviceerklæring – tildelingskriterier**

Tildelingskriteriene/serviceerklæringer er en veileder for ansatte som skal behandle søknader på ulike tjenester som enheten har ansvaret for. I tillegg er det en avklaring på hva innbyggere i Inderøy kommune kan forvente av tjenester, både i kvantitet og kvalitet. Tildelingskriterier gir også en forventningsavklaring til interne og eksterne samarbeidspartnere.

Det ønskes ikke en segregering av ulike grupper og det er klar målsetning at tilgjengligheten på tjenester ikke skal være avhengig av hvilken målgruppe du tilhører, men ut fra hjelpebehov**.**

Tildelingskriteriene er basert på at de skal gjelde for alle målgrupper. Benevnelsen hjemmehjelp, hjemmesykepleie osv benyttes til alle. Dog ikke de som bor i institusjon. Innenfor brukergruppen psykisk utviklingshemmede må det utøves et særskilt faglig skjønn. Brukergruppen har i utgangspunktet ikke de samme forutsetninger for å mestre dagliglivets utfordringer og gjøremål. Totaltilbudet som kommunen gir og vedtak på tildelt hjelp må utformes i kraft av dette. Denne målgruppen skal i hovedsak tildeles hjelp og følge de samme tildelingskriteriene som andre brukere. Individuelle tilpasninger basert på faglig skjønn skal i så måte ivareta et helhetlig perspektiv på tjenestetilbudet til brukergruppen

1. **NAV – kommunal del.**

Nav kontoret har 6.9 stillingshjemler, (3 fra kommune og 3.9 fra stat). Det er 9 ansatte ved kontoret.

**De kommunale oppgaver enheten har ansvar for:** Økonomisk sosialhjelp, bostøtte, gjeldsrådgivning og kvalifiseringsprogrammet.

7.1. Styringssignal

a. Redusere fattigdom og sosial forskjeller

b. Barn skal ikke oppleve sosial ekskludering som følge av foreldrenes økonomi.

b. Få flere i arbeid og aktivitet, færre på stønad

c. Et velfungerende arbeidsmarked

7.2 Status Inderøy:

I årene 2003 til 2009 har utgiftene til økonomisk sosialhjelp blitt redusert kraftig. Dette gjennom å få folk i arbeid og aktivitet, samt over på andre ytelser. Vi ser at vi har fått en synergieffekt av samordningen mellom de tre tidligere etatene som i dag utgjør Nav. Vi har nå i 2010 hatt en økning i antall sosialhjelpssøkere, og økt press på gjeldsrådgiver i kommunen. Det er mange ungdommer som har falt ut av videregående opplæring derav en del sliter med rus- og psykiatri. Gjeldsrådgiver melder om økt behov for offentlig disponering av folks økonomi.

7.3. Utfordringer

Å få folk i arbeid er et svært viktig tiltak for å redusere fattigdom og sosiale forskjeller. Sosialhjelp er ment å være et kortvarig sikkerhetsnett, og de statlige satsene er lave, for å motivere til aktivitet. Også annen statlig inntektssikring, (AAP og uføretrygd), fører til at folk forblir i en lavinntektssituasjon. Det er derfor viktig å få flest mulig ut i det ordinære arbeidsmarkedet for å forebygge fattigdom og sosiale forskjeller. Dette blir en utfordring, når vi ser at så mange som en av tre ungdommer ikke fullfører videregående, og stiller svakt på arbeidsmarkedet. Det blir viktig å arbeide metodisk i tråd med retningslinjer for oppfølging i Nav, og sørge for aktiv bruk av virkemiddelapparatet både i stat og kommune. Videre og ha et tett samarbeid med videregående skole og andre hjelpeinstanser. Kommunen har ansvar for kvalifiseringsprogrammet, og med de gode resultat vi ser av dette programmet, vil det bli viktig å videreføre dette. For å unngå at barn opplever sosial ekskludering som følge av foreldrenes økonomi, er det viktig at kommunen fortsatt følger de statlige satsene for sosialhjelp, og at man har fokus på barnas behov ut fra en individuell vurdering i hver enkelt sak. Vi har i Inderøy en 40 % stilling som gjeldsrådgiver. Det er for tiden ventetid og stort trykk på hjelp. Inderøy er med i et samarbeidsprosjekt med de andre Innherredskommunene for å se på bedre samordning av denne tjenesten.

Tiltak:

1. Formalisert samarbeid med videregående skole og aktuelle hjelpeinstanser i kommunen for å forebygge frafall fra videregående skole. (Komme inn tidlig)
2. Arbeide for å nå målet om å få folk i arbeid og aktivitet. Videreføre og utvikle kvalifiseringsprogrammet som et kommunalt tiltak spesielt rettet mot ungdommer.
3. Deltagelse i interkommunalt samarbeidsprosjekt for gjeldsrådgivning.
4. Følge de statlige satsene for sosialhjelp videre
5. Bruk av bostøtte som et virkemiddel for å utjevne sosiale forskjeller.