



PLEIE - OG OMSORGSPLAN FOR LEBESBY KOMMUNE 2011 - 2020

DETTE ER HØRINGSUTKASTET

Send evt innspill og lignende til e-postadresse: christian.rokkestad@lebesby.kommune.no
innen **24.05.10**

eller pr post innen **21.05.10** til: Lebesby kommune v/helse- og omsorgssjef, PB 38, 9790
Kjøllefjord.

1. INNLEDNING OG MÅLSETTING	3
1.1 Mandat og organisering av arbeidet.....	3
1.2 Målsetninger.....	4
1.2.1 Nærings - og samfunnsplan 2007-2012 - hovedmål.....	4
1.2.2 Hovedmål for helse- og omsorgssektoren.....	4
1.2.3 Fra pleie- og omsorgsplanen av 1998 - det overordnede målet.....	4
1.2.4 Målet for pleie- og omsorgsplanen 2011 – 2020.....	4
2. PLANFORUTSETNINGER	5
2.1 Avgrensning av innholdet i pleie- og omsorgsplanen.....	5
2.2 Begrepsavklaringer.....	5
2.2.1 Helhetlig omsorg.....	5
2.2.2 Grunnleggende behov.....	5
2.2.3 Omsorgstrappen/tiltakskjeden.....	6
2.2.4 Ulike begrep innen bo- og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjeneste.....	6
2.2.5 Hjemmesykepleie.....	7
2.2.6 Hjemmehjelp.....	7
2.3 Et utvalg av lover og forskrifter.....	8
2.3.1 Viktige lover.....	8
2.3.2 Viktige forskrifter.....	8
2.4 Noen statlige føringer	8
2.4.1 Nasjonal strategi og styring.....	8
2.5 Økonomi - KOSTRA - fravær.....	9

2.6	<i>Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren i Lebesby kommune</i>	10
	Boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik	11
	Oppsummering framskrivning	13
2.7	<i>Nåværende tjenester i Lebesby kommune</i>	13
	2.7.1 Kjøllefjord Sykehjem inkludert vaskeri og kjøkken	14
	2.7.2 Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord	15
	2.7.3 Hjemmebasert omsorg Laksefjord	16
	2.7.4 Psykiatri/rus- og psykisk helse	17
2.8	<i>Befolkningen i Lebesby kommune</i>	19
3	GENERELLE BETRAKTNINGER	20
	3.1 <i>En vurdering av befolkningsutviklingen i Lebesby kommune</i>	20
	3.2 <i>Sykehjem og hjemmetjeneste (inkl omsorgsbolig)</i>	21
	3.3.1 Spesielt for Laksefjordområdet; Lebesby, Kunes og Veidnesklubben	23
	3.3.2 Samordning av Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord og Kjøllefjord sykehjem	24
	3.3.3 Hjemmevaktmester	24
	3.3.4 Aktivitør	24
	3.3.5 Demensomsorg	25
	3.3.6 Læringer	26
	3.4 <i>Sykehjemmet i siste del av planperioden (2015-2020)</i>	26
	3.5 <i>Botiltakene</i>	26
	3.6 <i>Serviceerklæringer</i>	27
4	HANDLINGSPROGRAM - TILTAK	27
	4.1 <i>Plangruppens tiltak</i>	27
	4.2 <i>Oversikt tiltaksplan</i>	28

Som vedlegg følger:

1. Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren (Rune Devold mars -09)
2. Referat fra folkemøtene i uke 7 – 2010.

1. INNLEDNING OG MÅLSETTING

Pleie- og omsorgstjenestene i Lebesby kommune står fremfor store utfordringer. Med dette menes de daglige utfordringene om forsvarlig faglig og økonomisk drift i samtlige år i planperioden 2011 – 2020.

Den aller største utfordringen ligger i å kunne tilby tilstrekkelig plasser både i sykehjem og i boliger med heldøgns pleie og omsorg. I planperiodens siste år vil det skje en stor økning av eldre som er 80 år og over, samt at aldersgruppen fra 70 – til 80 år øker. Dette fordrer en økonomi og et faglig innhold i tjenestene som både administrasjonen, ansatte og folkevalgte må stå rustet til.

1.1 Mandat og organisering av arbeidet

Formannskapet vedtok den 051009, saksnr PS 128/09, plangruppe og mandat.

Plangruppen bestod av:

- Christian Rokkestad, helse- og omsorgssjef (leder av plangruppen)
- Emmy Store, avd leder hjemmebasert omsorg Lebesby
- Tone Solberg, avd leder hjemmebasert omsorg Kjøllefjord
- Gerd Elin Øien, avd leder Kjøllefjord helsesenter
- Monika Lillevik, spes sykepleier rus/psykiatri
- Lill Britt Myhre, psykiatrisk spes sykepleier
- Ett medlem valgt av de hovedtillitsvalgte. Det ble Alice Normi HTV Fagforbundet
- Ett medlem valgt av Eldrerådet, brukerrepresentant, Det ble Marit Myhre

Formannskapet er styringsgruppe og mandatet er:

”Med bakgrunn i eksisterende pleie- og omsorgsplan, samt Devolds rapport, å rullere pleie- og omsorgsplan og utarbeide en politisk handlingsplan frem mot år 2020 ”

Fristen ble satt til Kommunestyrets junimøtet 2010 (etter at det er avholdt folkemøter og høringsrunde). Plangruppen har hatt til sammen 5 møter.

I tillegg til innspill fra plangruppens medlemmer, ble det i uke 7/2010 avholdt folkemøter i Lebesby, Veidnes, Kunes og Kjøllefjord (vedlegg). Formulert generell faktainformasjon, samt ideer og innspill, er fritt hentet fra andre kommuners planer.

1.2 Målsetninger

1.2.1 Nærings - og samfunnsplan 2007-2012 - hovedmål

Lebesby kommune skal være aktiv og pågående for å møte morgendagens utfordringer for kommunal tilrettelegging, tjenesteyting og lokal næringsutvikling

1.2.2 Hovedmål for helse- og omsorgssektoren

Fremme helsemessig, økonomisk og sosial trygghet.

1.2.3 Fra pleie- og omsorgsplanen av 1998 - det overordnede målet

Lebesby kommune skal utvikle en helhetlig tiltakskjede som sikrer befolkningen sosial trygghet og tilgjengelighet og kvalitativt godt helse- og omsorgstilbud innen foreliggende økonomiske rammer

1.2.4 Målet for pleie- og omsorgsplanen 2011 – 2020

Målet med pleie- og omsorgsplan 2011 – 2020 er at brukere skal kunne bo hjemme, så lenge som det er forsvarlig ut fra deres psykiske og fysiske helse jmf omsorgstrappen/tiltakskjeden og LEON - prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå).

2. PLANFORUTSETNINGER

2.1 Avgrensning av innholdet i pleie- og omsorgsplanen

Plangruppen så tidlig at arbeidet med pleie- og omsorgsplanen var svært omfattende, og med begrenset tid til rådighet, har man ikke klart å utdype alle sider ved pleie- og omsorgstjenestene så godt som man har ønsket. I møtet 150210 ble avgrensningene omforent i plangruppen.

En inngående beskrivelse av nært samarbeidene andre kommunale helsetjenester, samt helseforetaks servicevirksomhet/ambulering til kommunen, er utelatt. Et unntak er den kommunale psykiatri-/rushelsetjenesten som er representert.

Pleie- og omsorgsplanen omhandler ikke rekruttering og kompetanseutvikling. Kompetansebehov og -tiltak inngår i en årlig opplæringsplan. Pleie- og omsorgsplanen vil peke på et visst framtidig behov for personell.

Pleie- og omsorgsplan avgrenses i forhold til Samhandlingsreformen. Administrasjonen kommer tilbake med et konkret plandokument når reformen er konkretisert både fra myndighetenes side, og fra samarbeid mellom kommunene regionalt. Det meste vil skje i løpet av høsten 2010 og hele 2011, og starter opp i 2012.

Handlingsdelen av planen, kapittel 4, er et resultat av beslutninger tatt i plangruppen gjennom de møter som har vært avholdt, og på bakgrunn av det grunnlagsmaterialet som har vært til rådighet. Man har prøvd å ha en nøktern tilnærming til de økonomiske realitetene i kommunen.

2.2 Begrepsavklaringer

2.2.1 *Helhetlig omsorg*

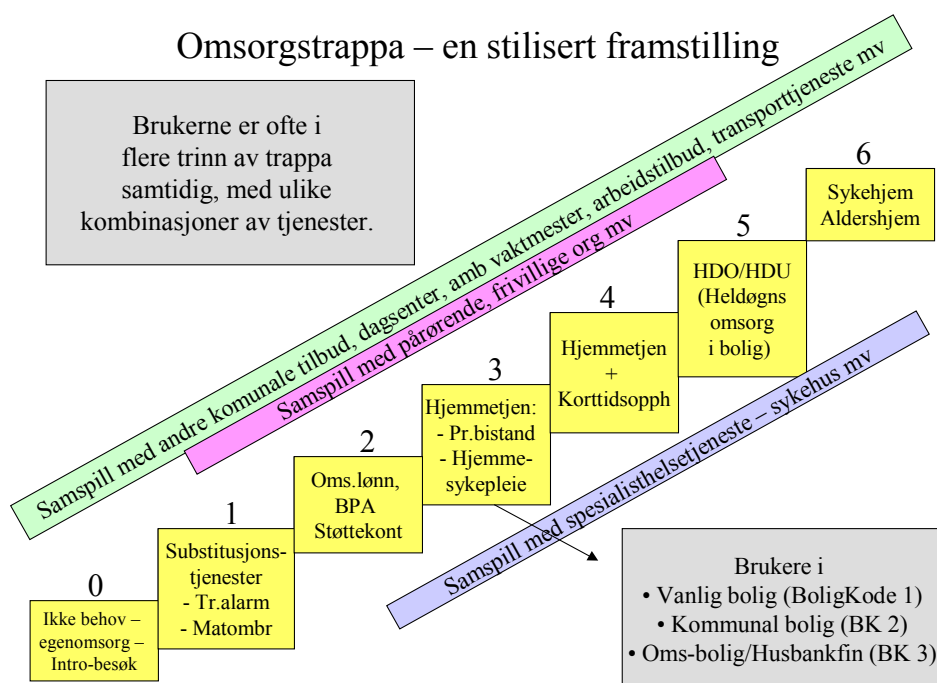
Å gi helhetlig omsorg vil dreie seg om mer enn å bare å gi nødvendig fysisk hjelp. Helhetlig omsorg handler om å se brukerens psykiske, sosiale og åndelige behov i sammenheng med det rent fysiske. Siden ingen er like, betyr dette videre å ta utgangspunkt i brukerens egen opplevelse av sin livssituasjon, og utmåle individuelle og tverrfaglig sammensatte tjenester på bakgrunn av dette.

2.2.2 *Grunnleggende behov*

Med grunnleggende behov menes i denne planen de behov som er nødvendige å få dekket for å ivareta liv og helse, dvs. nok mat og drikke, nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig personlig pleie og stell.

2.2.3 Omsorgstrappen/tiltakskjeden

Alle trinn i trappen/kjeden bør forvaltes og benyttes etter LEON-prinsippet – ”Laveste Effektive Omsorgs Nivå”:



2.2.4 Ulike begrep innen bo- og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjeneste

Avlastningsopphold i sykehjem:

Er et tilbud til pårørende som til daglig har belastende omsorgsarbeid med brukeren. Brukeren tildeles plass i sykehjemmet for en periode fra noen dager til noen uker. Tjenesten gjør det mulig for pårørende å ta fri. Tjenesten er vederlagsfri, med unntak av egenandeler for medisiner, legeutgifter osv.

Korttidsopphold (utredning og behandling) i sykehjem:

Korttidsopphold er et tilbud til brukere som for en periode trenger ekstra oppfølging, mer enn det hjemmesykepleien kan gi. Dette kan skyldes fysiske eller psykiske/sosiale forhold. Eksempler på dette er: Et fall som gjør brukeren mindre mobil, depresjon og angst, brukeren er døende og har behov for intensiv pleie og omsorg i livets slutfase, sykdom som krever intravenøs behandling av antibiotika osv. Felles er at oppholdet er tidsbegrenset.

Rehabiliteringsopphold i sykehjem:

Rehabiliteringsopphold er også et korttidsopphold. Formålet er i hovedsak å rehabilitere brukeren til å bli mer selvhjulpne og kunne reise hjem, evt. med oppfølging av hjemmesykepleien. Aktuelt er brukere som utskrives fra sykehus, men som trenger videre opptrening og veiledning i egenomsorg før hjemreise. Tjenesten er tilknyttet fysioterapi- og ergoterapitjeneste.

Langtidsopphold i sykehjem:

Langtidsopphold tilbys tradisjonelt til brukere hvis helsetilstand krever jevnlig medisinsk behandling og sykepleiefaglig oppfølging. Dette fordi sykehjem er pålagt å ha døgnkontinuerlig sykepleiedekning. Langtidsopphold i sykehjem representerer høyeste nivå av pleie- og omsorgstjenester. Det skilles ikke mellom bolig og tjenester. Dette er en totalpakke som inneholder alt. Det er også den dyreste måten å yte pleie- og omsorgstjenester på (kommunale kostnader jf omsorgstrappen)

Langtidsopphold i omsorgsboliger (hjemmetjeneste):

En omsorgsbolig er beboers egen bolig (leid av kommunen), og beboerne er å anse som hjemmeboende på lik linje med andre i kommunen som bor hjemme. Der skal det være et tilbud til brukere som trenger heldøgns pleie, omsorg og tilsyn, i all overskuelig framtid. Det er ikke lenger en målsetning at brukerne skal tilbake til sine opprinnelige hjem, men at de skal få hjelp til å beholde dagens funksjonsnivå, og til å ivareta sine liv på best mulig måte, gjennom personlig og praktisk bistand. Brukerne trenger døgnkontinuerlig tilsyn og hjelp, og får i omsorgsboligene et hensiktsmessig og permanent botilbud, samt en "tjenestepakke" som utmåles fra den enkeltes individuelle behov. Det er ingen krav til bemanning, men boligene kan bemannes som sykehjem, og er da et fullgodt alternativ. Kommunale kostnader blir lavere sammenlignet med drift av sykehjem, siden deler av kostnadene overføres Staten (blå resept, hjelpemidler mm). Brukeren betaler husleie og strøm pluss for vederlagsbelagte tjenester I Devolds rapport er disse boligene betegnet som "HDO"

2.2.5 Hjemmesykepleie

Begrepet hjemmesykepleie har ingen klar definisjon. Tilbudet er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, og er altså et kommunalt lovpålagt tilbud til befolkningen om nødvendig *helsehjelp*, på lik linje med legetjeneste, helsestasjon og tilbud sykehjemsopphold. Begrepet *helsehjelp* brukes i mange sammenhenger istedenfor begrepet hjemmesykepleie, men betyr det samme når det gjelder innholdet i tjenesten: nødvendig personlig bistand, pleie og omsorg, sykepleiefaglig tilsyn og oppfølging. .

2.2.6 Hjemmehjelp

Hjemmehjelp er også lovpålagt kommunal tjeneste, men er i motsetning til hjemmesykepleie hjemlet i lov om sosiale tjenester, ikke kommunehelsetjenesteloven, og er dermed ikke definert som helsetjeneste. Et annet ord for hjemmehjelp er *praktisk bistand*, et begrep som kanskje i større grad forklarer innholdet i denne tjenesten: praktisk hjelp for å greie dagliglivets gjøremål: renhold av bolig, klesvask osv.

Sosialtjenestelovens § 4-2a sier at de sosiale tjenestene i kommunene skal omfatte omsorgstiltak som praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse og

omsorgslønn til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, eller andre årsaker.

2.3 Et utvalg av lover og forskrifter

2.3.1 Viktige lover

Lov om helsetjenesten i kommunene
 Lov om sosiale tjenester
 Lov om helsepersonell
 Lov om pasientrettigheter
 Lov om smittevern

2.3.2 Viktige forskrifter

Forskrift om lovfestet sykepleietjeneste
 Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
 Forskrift om pasientjournal
 Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten
 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
 Forskrift om individuell plan
 Forskrift om individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS.

2.4 Noen statlige føringer

2.4.1 Nasjonal strategi og styring

En rekke dokumenter beskriver den nasjonale strategien for pleie- og omsorgstjenesten i framtiden. Her siteres hovedpunktene i St melding 25 fra 2006.

Omsorgsplan 2015

Høsten 2006 presenterte regjeringen stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening - framtidens omsorgsutfordringer". Stortingsmeldingen beskriver de langsiktige utfordringene for fremtidens omsorgstjeneste og angir både strategier og konkrete tiltak for de nærmeste årene. Regjeringens tiltak for å styrke omsorgstjenesten oppsummeres i Omsorgsplan 2015, som blant annet inneholder følgende tiltak og delplaner:

- Nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger:
 Tilskuddet skal gi flere korttidsplasser i sykehjem, samt sikre et trygt bo- og omsorgstilbud både for eldre og yngre mennesker med nedsatt funksjonsevne som har behov for omfattende tjenester i både sykehjem og omsorgsboliger.
- Kompetanseløftet 2015 har som mål å skaffe nok personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstjenesten.
- Økt vekt på aktivitet, kultur og trivsel i omsorgstjenesten.
- Demensplan 2015, en helhetlig plan for en styrket demensomsorg, skal spesielt vektlegge tiltak som kan gis før det blir aktuelt med et heldøgnsstilbud og sette fokus på å lette

pårørendes omsorgsbyrde. Det tas sikte på å presentere en helhetlig plan i løpet av 2007.

- Omsorgsforskning i nært samspill med kommunene

2.5 Økonomi - KOSTRA - fravær

Helse- og omsorgstjenestene i Lebesby kommune har for 2010 et samlet netto budsjett på snaue 41,2 mill kr, en økning på 3 mill kr fra 2009 (regnskapet hadde et underskudd på kr 625 000 i 2009). Isolerer man pleie- og omsorgsvirksomheten ut fra regnskapet (avdelingsansvar 137*) er budsjettallet for 2010 på netto 28,7 mill kr. Regnskapet 2009 viste netto 28,6 mill kr. Styringsgruppen (formannskapet) har gitt klar melding om at man ikke kan forvente mer til den samlede helse- og omsorgssektor enn nettobudsjett 2010.

Hva gjelder noen av KOSTRA-utgiftene vedr Lebesby kommune, viser dette store avvik fra andre kommune i den nederste delen av tabellen. Man har derfor gått direkte inn i årsregnskapet for 2008 og hentet ut regnskapstallene for funksjonene 253 og 261 (opphold i institusjon og drift av bygning institusjon; uten evt avskrivninger, renter og avdrag; uten evt avskrivninger, renter og avdrag) og delt på våre 17 plasser. Sykestueplassen er så godt som mulig holdt utenfor.

Tab 1 KOSTRA opererer med bl a disse tallene pr 2008 som er valgt ut av plangruppen (kilde: SSB)

	LEBESBY	NORGE u/Oslo	FINNMARK	KOMM 06
Nto dr utg po i prosent av komm totale nto dr utg	38	36	29	37
Mottakere av po tjenester pr 1000 innb 0 - 66 år	43	18	22	24
Mottakere av po tjenester pr 1000 innb 67 – 79 år	358	97	151	148
Mottakere av po tjenester pr 1000 innb over 80 år	842	488	588	565
Korr bto dr utg pr. mottaker av komm samlet po tj	232 831	297 926	309 853	321 183
Mottakere av kjernetj til hjemmep pr 1000 innb	103	38	44	57
Korr bto dr utg pr mottaker av kjernetj hj bas tj	140 153	174 327	165 815	147 885
Netto driftsutg pr institusjonsplass	846 647	662 005	694 655	695 206
Korr bto driftsutg pleie i institusjon p. komm plass	779 059	715 346	767 578	743 224
Lønnsutg pr institusjonsplass i komm institusjoner	750 765	659 684	609 485	:
Netto driftsutg til aktivisering/støttetjenester pr innb	26	631	481	500

Tab 2 Dette er tallene i regnskapet 2008 pr sykehjemsplass (17) i vårt eget system på funksjonene 253 og 261 på rad 8 og 10 i forhold til tab 1

Netto driftsutg pr institusjonsplass	785 706			
Lønnsutg pr institusjonsplass i komm institusjoner	722 000			

Kostratall fra 2008 viser at netto driftsutgifter til pleie og omsorg utgjorde 38 % av kommunens totale netto driftsutgifter, nokså likt gjennomsnitt av kommunegruppe 06 som var på 37 %. Snittet for kommunene i Finnmark ligger atskillig lavere med 29 %.. Ellers viser tallene med hensyn til begge tabellene at tjenestene er meget omfattende, men også dyre. Lebesby kommune brukte imidlertid svært lite til aktivisering av brukere i 2008. Dersom tabellen stemmer på antallet tjenestemottakere, så tyder dette på at Lebesby kommune har en

effektiv, men relativt dyr drift i pleie og omsorg. Tabellene viser ikke om det er effektiv bruk av omsorgstrappen.

Tab 3 Fravær

Lebesby	2006	2007	2008	2009
Fravær av totalt antall årsverk	11,3	10,4	6,7	9
Legemeldt sykefravær av totalt årsverk i brukerrettet tj	9,4	10,2	5	
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker	0,29	0,34	0,39	
Gj.snitt landet u/Oslo				
Fravær av totalt antall årsverk	11,4	11,4	11,2	11,5
Legemeldt sykefravær av totalt årsverk i brukerrettet tj	8,4	8,4	8,4	
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker	0,45	0,47	0,47	0,65
Gj.snitt Finnmark				
Fravær av totalt antall årsverk	11,8	12,4	12,4	11,9
Legemeldt sykefravær av totalt årsverk i brukerrettet tj	9	9,4	9,6	:
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker	0,46	0,52	0,5	0,55
Gj.snitt kommunegr 06				
Fravær av totalt antall årsverk	10,8	11	10,8	10,4
Legemeldt sykefravær av totalt årsverk i brukerrettet tj	8,2	8,2	8,2	:
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker	0,49	0,52	0,5	0,53

Tabellen viser at Lebesby kommune kommer bra ut i forhold til fravær.

2.6 Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren i Lebesby kommune

Innholdet i dette kapitlet er direkte hentet fra Rune Devolds drifts- og ressursanalyse fra mars 2009.

Omsorgstrappa, trinn for trinn og samlet, er dimensjonert rimelig effektivt, men bruken er bare delvis effektiv når en tar hensyn til LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå. Kommunen oppnår ikke å betjene brukerne på de lavest mulige trinn i omsorgstrappa i stor nok grad. Med dette menes at kommunen har et noe åpent nåløyne for å gi tjenester til brukere med avgrensede behov på lavere trinn i trappa (hjemmetjenesten/åpen omsorg). Dette skaper press mot høyere trinn i trappa. Deler av fagmiljøet rapporterer behov for flere sykehjemsplasser. Rapporten påviser at sykehjemmet kan og bør brukes annerledes, samtidig som en har store muligheter til å ta ut samspillseffekter mellom hjemmetjenester og boliger på den ene siden og sykehjem på den andre siden. Det som oppleves som press mot sykehjem kan skyldes at hjemmetjenesten prioriterer slik at brukere med store behov ikke kan få forsterket tilbud i eget hjem eller i HDO, og derfor søkes inn på sykehjem.

Det gode tjenestetilbudet til brukere med avgrensede behov kan skyldes et ønske om forebygge utvikling av større behov hos brukerne. I så fall skulle en se resultatet av det på høyere trinn i omsorgstrappa, ved at tilbudet der var forbeholdt de som faktisk har middels eller store behov. Analysen viser at dette ikke er tilfelle i særlig grad. Hjemmetjenestene har svært få brukere i de tyngre gruppene, brukerne tilbys tjenester lenger opp i trappa ganske

raskt når behovet øker. Dette medfører et visst innslag av brukere med lette behov i HDO, og en ganske lav pleietyngde i sykehjemmet. Alternativet til å få tilbud lenger opp i trappa burde være forsterkede tilbud i brukernes eget hjem.

I sum viser tallene at kommunen må igjennom en revurdering av grensen mellom krav til egenomsorg og offentlig omsorg. Fram til nå viser analysen at kommunen har vært noe raus med å tilby mer tjenester når brukerne har ønsket det.

Boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik

Det er sterke samspilleffekter mellom hjemmetjenesten og botilbudene i både Kjøllefjord og Lebesby. I analysen har vi lagt til grunn at Strandveien 201 og boligene ved omsorgssenteret i Lebesby kan regnes som HDO. Dette er svært positivt og medvirker til å lette presset mot sykehjem. For planleggingen framover er dette positive elementet viktig å forsterke.

Botilbudene har, riktignok i en viss grad, blitt benyttet som et sted å flytte til, selv om behovet for tjenester har vært begrenset. I slike tilfeller tilbys altså heldøgns omsorg (HDO) eller kommunalt eid/disponert bolig til personer som ikke har dette behovet fullt ut. I vurderingen må det tas hensyn til at mange gamle og enslige kan ha et berettiget ønske om å flytte fra



opprinnelig bopel som kan ligge avsides og så videre.

Kommunen har altså en rimelig god differensiering mellom boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik. I tillegg har botilbudene svært god økonomisk effektivitet fordi de betjenes av hjemmetjenestens turnus. Dette må fortsatt unngå følgende situasjon som vi finner i mange kommuner:

Når boligene er opptatt oppstår en uønsket situasjon når brukere som faktisk har behov for HDO ikke får dette tilbudet. Løsningen for disse blir ofte sykehjemsplass. Det kreves klare kriterier for tildeling av boliger for å unngå dette.

Samspillseffektene mellom hjemmetjenesten og heldøgnsstilbudene uteblir i stor grad fordi en ikke har klare nok kriterier for tildeling av bolig som et pleie- og omsorgspolitisk virkemiddel, i kombinasjon med at hjemmetjenestene har hatt svak evne når det gjelder å gi forsterkede tilbud i brukerens eget hjem. Ressursene blir brukt opp på brukere med lette og middels store behov.

Utviklingen i Lebesby er ikke slik pr i dag når vi er litt velvillig i tolkningen av dagens praksis for tildeling av boliger, men det er viktig å være oppmerksom på farene som ligger i dette.

Produktivitet i hjemmetjenestene inklusive HDO: Produktivitet i produksjon av kjernetjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie er tilfredsstillende. Laksefjord har noe bedre produktivitet enn Kjøllefjord og psykiatrien.

Ressursfordeling i hjemmetjenesten, distriktene i mellom: I forhold til dagens praksis og produksjon og krav til like produksjonsforutsetninger bør dagens ramme omfordes slik at psykiatriens ramme reduseres, mens Laksefjord økes med 0,67 mill kr. Dersom en ønsker å stramme til nåløyet for å få tjenester skal Kjøllefjords ramme økes med 0,8 mill kr i forhold til de øvrige som må reduseres tilsvarende. Det bakenforliggende årsaksforhold er at nivået på tjenestene er noe høyere pr i dag i Laksefjord enn i Kjøllefjord, samt at psykiatrien har svak produktivitet. Det tas forbehold om at psykiatrien har en del udokumentert tjenesteyting.

¹

Vurdering

Alt i alt er inntrykket av HDO'ene i Lebesby svært positiv. Tilbudet kunne muligens vært forbeholdt brukere med noe større funksjonstap (behov), men vi velger å tolke forsiktig og kommer til at praksis er forenlig med krav til effektivitet så langt. Det er beregnet en økonomisk konsekvens av mulig feilplassering av 3-5 brukere i HDO, effekt kr 0,1 – 0,2 mill kr pr år. Veien videre bør ta høyde for en viss skjerpning av kriteriene for tildeling av bolig.

Det vil være svært effektivt om kommunen fører denne delen av politikken videre, ved å legge til rette for bygging av flere boliger som kan driftes som HDO'er. Dette må kombineres med fortsatt samdrift av HDO og hjemmetjenester på dag, kveld og natt. På denne måten vil en kunne bygge opp ressurser gradvis og unngår sprangvise kostnadsøkninger ved etablering av egne turnuser. I vårt materiale har vi eksempler på kommuner som nettopp har gått i denne fella, og som sliter med å rette det opp.

Sykehjem – brukerne har bare delvis adekvate kjennetegn til å være øverste trinn i trappen. Kapasiteten utnyttes altså ikke effektivt nok. Den økonomiske konsekvensen av de valg som er gjort er beregnet til å være mellom 0,84 og 1,4 mill kr.

Korttidsopphold, dagtilbud og rehabilitering: Kommunen har et svært avgrenset tilbud. Her er det store forbedringsmuligheter.

¹ Ad "Produktivitet i hjemmetjenestene inklusive HDO" og "Ressursfordeling i hjemmetjenesten, distriktene i mellom"

Devolds analyse om psykiatrien og hjemmetjenestene i disse avsnittene, kan være tuftet på upålitelige opplysninger fra Gerica dels idet dette systemet har vært i bruk noe vilkårlig, dels idet psykiatriarbeidet ikke lett lar seg registre slik at resultater kan vises i forhold til andre tjenester målt i produktivitet. Det er slik at klientrettet arbeid/konsultasjoner som er målt innen rus og psykiatri, kanskje ser ut som lite effektivt idet det medregnes mye ekstra tid pr. samtale, veiledning av personell, kontakt med samarbeidende instanser osv.

Omsorgslønn, støttekontakter, brukerstyrt personlig assistent: Antallet brukere som har støttekontakt er unormalt høyt etter kommunestørrelsen. I alt er det registrert 35 brukere med denne tjenesten. I gjennomsnitt har de støttekontakt 3,6 timer/uke hvilket er omtrent som snittet for andre kommuner

Oppsummering framskrivning

Framskrivningen viser at hjemmetjenestene får behov for mer ressurser, anslagsvis 3,2 mill kr fram til 2020. Grepene må være å justere praksis for tildeling av tjenester i hjemmetjenesten og sykehjem i skjerpene retning, samt foreta utbygging av HDO-tilbudet. Dersom dette ikke skjer vil behovet for sykehjemsplasser øke med 8 plasser til en estimert kostnad på 5 – 5,5 mill kr.

Til sammen vil kostnadene øke med mellom 8 og 9 mill kr hvis kursen ikke justeres. Kommunen kan ikke forvente å unngå hele denne kostnadsveksten, økningen i antall eldre vil uansett kreve sitt. Men økningen kan dempes kraftig med de tiltak som foreslås.

Framskrivningen viser utvikling av aldersgrupper som er dramatisk i forhold til skjevfordeling av forholdet mellom folk i yrkesaktiv alder og eldre/omsorgstrengende. Dette stiller ekstreme krav til kommuneøkonomien når det gjelder å ha nok hender til å drive lokalsamfunnet og holde økonomisk aktivitet oppe, sørge for skatteinntekter og sist men ikke minst: å skaffe nok hender til på drive omsorgsarbeidet.

2.7 Nåværende tjenester i Lebesby kommune

Helse – og omsorgssektoren er den største sektoren i kommunen. Helse- og omsorgssjefen har det øverste administrative og styrer etter mål og rammer for sektoren.

Tildeling av tjenester - inntaksteam

Det tildeles tjenester etter vurdering fra de ulike faginstanser, som i et samlet møte gjør vedtak vedrørende:

- Sykehjemsplass
- Omsorgslønn
- Personlig assistent
- Hjemmesykepleie
- Hjemmehjelp
- Omsorgsboliger
- Støttekontakt
- Trygghetsalarm

Elektronisk samarbeid:

- Administrativt benyttes EDB Sak og arkiv til post og saksbehandling
- EDB sine systemer benyttes til regnskap og informasjon om disponering av budsjettet
- Budsjettarbeid: Arena
- Notus (personalrettet timelistesystem)
- Geric (pasientrettet saksbehandler- og rapport/journalsystem)
- IPLOS (registerering av hjelpebehov)

2.7.1 Kjøllefjord Sykehjem inkludert vaskeri og kjøkken

Ledelse

Avdelingsleder med 100 % administrasjonstid rapporterer til helse- og omsorgssjefen og har det økonomisk og administrativt lederansvar for avdelingen. Avdelingsleders stedfortreder er sykepleier 1 med 20 % administrasjonstid. Lederen har ikke sekretærhjelp, og det kan gå utover mer direkte pasientrelaterte oppgaver. Tjenestene ved Kjøllefjord sykehjem er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven.

Stillingsressurser i avdelingen

Kjøllefjord sykehjem har totalt 18,70 årsverk som fordeler seg slik.

- 100 % stilling avdelingsleder
- 100 % stilling sykepleier 1
- 510 % stilling sykepleier
- 1002 % stilling hjelpepleier/omsorgsarbeider
- 153 % stilling assistenter

I tillegg kommer kjøkken, vaskeri og renhold, med følgende stillingshjemler, totalt 6,00 årsverk:

- 100 % stilling kjøkkenleder
- 80 % stilling kokk
- 50 % stilling kokkemedarbeider
- 50 % stilling kokkemedarbeider
- 20 % stilling kokkemedarbeider
- 70 % stilling vaskerimedarbeider
- 230 % renholder

Lebesby kommune har ett sykehjem med 18 plasser inkl en sykestueplass og 3 korttidsplasser. Her skal de med størst pleie og omsorgsbehov får tilbud. Her skal det kontinuerlig være sykepleier på vakt, samt at man har fast legetjeneste 5 dager pr. uke og ellers ved behov. Fysioterapeut yter 15 timer/uke til sykehjemmet. Man har kompetanse og utstyr til noe diagnostisering, samt å ivareta medisinsk oppfølging på en forsvarlig måte

Sykehjemmet har de siste 8 månedene (høsten 2009 og våren 2010) vært under konstant press med overbelegg. Det er viktig å merke seg at sykestueplassen er Helseforetakets "sykehusplass" og at den ikke kan belegges med langtids sykehjemspasienter. Dette vil kunne føre til avkortning/bortfall av et tilskudd fra staten på opp mot kr 500 000/år. Vi har altså 17 sykehjemsplasser. Her har det vært overbelegg på 3-4 pasienter i lange perioder. På den måte får man ikke brukt korttidsplassene effektivt, hvilket er en nøkkel for tilgjengeligheten av langtidsplasser. Sykestueplassen har også vært i bruk, og den blir slik brukt altfor lenge. Det er ikke en egen demensavdeling, og dette er ineffektiv drift samtidig som det er arbeidskrevende. For å gi et bilde av driften ellers så kan det nevnes at man har ca 200 innleggelser/år. Man yter service som EKG på pasienter fra legekantoret, medisinsalg og bistand til legevaktlege ved behov. Det fungerer av og til som en "liten poliklinikk".

Det arbeider ca 35 personer ved sykehjemmet inklusive vaskeri og kjøkken. Man har en stadig skifting av personalet. Det medfører mye arbeid som går med til rekrutteringsprosesser.

2.7.2 Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord

Ledelse

Avdelingsleder med 100 % administrasjonstid rapporterer til helse- og omsorgssjefen og har det økonomisk og administrativt lederansvar for avdelingen. Avdelingsleders stedfortreder er sykepleier 1. Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven

Stillingsressurser i avdelingen

Hjemmebasert Kjøllefjord har totalt 14,5 årsverk som fordeler seg slik.

- 100 % stilling avdelingsleder
- 100 % stilling sykepleier 1
- 320 % stilling sykepleier
- 60 % stilling fagleder miljøarbeid
- 410 % stilling hjelpepleier
- 300 % stilling assistenter
- 109,84 stilling assistent hjemmehjelp
- 50 % stilling aktivitør

Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord yter hjelp til stedene Kjøllefjord, Kifjord og Dyfjord. Avstand til Dyfjord er 22 km. Basen ligger i Kjøllefjord der hovedtyngden av brukerne bor. Det er 8 omsorgsboliger i Kjøllefjord (Strandveien).

Til sammen 90 brukere fra 22 år og oppover er innskrevet på stedet Kjøllefjord. Av disse mottar 35 personer faste tjenester på dagvakter, flere har 2-3 besøk i forbindelse med medisinerings. 2 beboere på sykehjemmet får hjelp til morgenstellet. 24 personer mottar faste oppdrag på aftenvakt; flere av disse har 2-3 besøk i forbindelse med medisinerings. Nattevakten har 3 runder og 26 personer på listen pluss hjelper til på sykehjemmet ved behov.

Utenfor stedet Kjøllefjord er 5 personer i alderen 45 – 85 år innskrevet. Av disse mottar tre daglig hjelp og tilsyn, to får tilbrakt middag, 4 har praktisk bistand/ hjemmehjelp. Det er behov for tilsyn og hjelp på ettermiddag/ kveld og til disse oppdrag er det leid inn hjelp på stedet. Gjennomsnittlig benyttes denne i ca 80 timer/mnd. Denne deler ut medisin fra dosett, hjelp til ivareta hygiene, tilsyn.

Hjemmesykepleien kjører til Dyfjord x 2 pr dagvakt ved behov, øvrig tilsyn utføres av privat hjelper. Vedkommende bistår også hjemmesykepleien når veien er stengt/kolonnekjørt.

Annet

- 5 Personer mottar omsorgslønn
- 1 person har BPA (brukerstyrt personlig assistent)
- 12 registrerte personer med utviklingshemming som også er innskrevet i hjemmebasert omsorg.(ressurskrevende brukere)

- **37** praktisk bistand/hjemmehjelp/gjennomsnittlig 1,5 t pr.uke
- **42** har trygghetsalarmer hjemmesykepleien rykker ut til ved behov.
- Drosje kjører ut middag til dem som klarer å organisere måltidet selv. Hjemmesykepleien kjører mat og hjelper **10** personer.
- **46** personer får dosert medisiner fra hjemmesykepleien. Dette utgjør ca 10 timer sykepleierressurs(doserer og kontrollere)

Deretter regnes 4-6 sykepleie- timer til ukentlig visitt, ajourføring og medisinbestilling etter legevisitt. I tillegg utfører sykepleier vurderingsbesøk før vedtak på tjenester, ulike prosedyrer, koordinering av daglig drift ute (funksjon som teamleder) kontakt med sykehus med mer. For tiden leies én sykepleier inn for å kontrollere dosetter, som utgjør 3-4 timer pr. uke.

2.7.3 Hjemmebasert omsorg Laksefjord

Ledelse

Avdelingsleder med 100 % administrasjonstid rapporterer til helse- og omsorgssjefen og har det økonomisk og administrativt lederansvar for avdelingen. Avdelingsleders stedfortreder er sykepleier 1. Hjemmebasert omsorg Laksefjord er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven

Stillingsressurser i avdelingen

Hjemmebasert Laksefjord har totalt 8,90 årsverk som fordeler seg slik.

- 100 % stilling avdelingsleder
- 100 % stilling sykepleier 1
- 353 % stilling hjelpepleiere
- 25 % kontormedarbeider
- 25 % hjemnevaktmester
- 127 % stilling assistenter
- 140 % stilling kokk
- 20 % renholdsassistent

Basen for tjenesten er Lebesby omsorgsboliger med 7 omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie, kafé, kjøkken og kontorer. Arbeidsområdet er fra Bekkarfjord til Veidnesklubben, men hovedtyngden av brukere er bosatt i tettstedet Lebesby. 7 brukere bor i omsorgsboliger. 7 bor i bygda, 2 i Skogvik, 8 i Friarfjord, 5 i Kunes, 1 i Bekkarfjord og 9 som er innskrevet i hjemmetjenesten fra Veidnesklubben.

Det er kontordag på Veidnesklubben en gang pr. mnd. Det settes opp plakat med tidspunkt når man er å treffe, og beboerne har dessuten mulighet for å ringe hjemmetjenesten dersom det er behov for besøk utenom fastsatte kontordager.

På Kunes har man brukere som må ha tilsyn to ganger pr. dag. I dag er det engasjert en hjelpepleier på stedet som utfører tilsyn de dagene det ikke er kapasitet til å dra fra Omsorgsenteret.

Brukerne i Friarfjord har tilsynsbesøk hver annen uke om ikke annet er påkrevd. Dette vurderes fra uke til uke fordi man har noen som av og til må følges opp ekstra.

Pr. i dag er vi i Bekkarfjord en gang i uka.

På tettstedet Lebesby får brukerne på Omsorgsboligene, og i bygda, tettere oppfølging fordi dette er påkrevd.

Det gjøres faglige vurderinger hver dag for å sikre at brukerne får den hjelp de trenger for å føle seg trygge og kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker det.

Alderssammensetningen er forskjellig fra den yngste bruker som ikke har fylt 50 enda og 4 som har passert 90, 8 brukere mellom 50 og 70, 12 mellom 70 og 80, 10 mellom 80 og 90. Brukere av trygghetsalarmene for Laksefjord bor på strekningen Lebesby – Kunes. I dag ringes det til Omsorgsenteret når alarmene blir utløst. I Kunes og Friarfjord har man avtale med naboer om å rykke ut til brukeren ved behov. Der man ikke får kontakt med naboer drar man ut fra Lebesby. På aften og natt betyr det at det da ikke finnes hjelpepersonell tilstede i Lebesby. Det er ingen form for bakvaksordning.

Legen er i Lebesby omsorgssenter hver 14. dag, dette i forbindelse med legedagen i Lebesby.

Pr i dag er det 5 som bor i Omsorgsbolig som kjøper sin middag fra kjøkkenet. Vi har 3 brukere i bygda som har vedtak på matombringning og 1 i Friarfjord som også får kjøpt og brakt middag 3 ganger pr uke. Det er dessuten noen eldre fra bygda, og fra nærområdene, som benytter seg av muligheten til å kjøpe seg middag på Omsorgsenteret.

Kaféen i tilknytning til Omsorgsenteret benyttes ikke så meget i vinterhalvåret, men på sommeren er det stadig turister, og fastboende, som benytter seg av tilbudet.

Hjemmehjelpen har 12 brukere på strekningen Lebesby – Kunes.

Noen av brukerne av hjemmetjenesten har også blitt tildelt støttekontakt. Dette har vært vanskelig å gjennomføre da det ikke er så mange som ønsker å påta seg denne oppgaven, men vi håper jo på at dette lar seg ordne.

2.7.4 Psykiatri/rus- og psykisk helse

Tjenesten omfattes av 2 fagpersoner som er organisert som fagledere i avdeling Helse. Følger primært opp hver sin pasientgruppe og her separate møter med samarbeidsparter i tillegg til faste fellesmøter. Lebesby kommune har vedtatt, i ny organisasjonsplan, at rus og psykisk helse skal arbeide tettere og derigjennom utvikle tilbud.

Lebesby kommunes mål innen rus og psykisk helsevern er:

- Å utvikle et helhetlig, tverrfaglig tjenestetilbud for mennesker med rus og/ eller psykiske lidelser. Sikre samhandling og kontinuitet
- Å etablere helhetlig, tverrfaglig samarbeid for å utvikle tiltak for forebygging av psykososiale problemer.
- Styrke tilbudet til rusmiddelavhengige i kommunen

I forbindelse med dette, vil Tverrfaglig kompetanseheving være et prioritert tiltak i forhold til det forebyggende arbeidet.

Forekomst av psykiske lidelser

Til en hver tid har hver sjette voksne person en psykisk lidelse. I løpet av livet får annenhver person en psykisk lidelse. Andelen voksne som har de alvorligste psykiske lidelsene er for eksempel: schizofreni (1 prosent), bipolar lidelse (6 promille), anorexi (6 promille), alkohol/stoffinduserte psykoser 4 promille - dvs 4 av 1000).

Lebesby kommune har hatt 617 liggedøgn ved døgnavdelingen ved DPS (Distriktpsikiatriske senter) i Lakselv siste året. Dette fordelt på 12 personer som har hatt 2 eller flere innleggelser. Ytteligere 8 har kun hatt en innleggelse etter henvisning fra fastlege eller innlagt av akuttteam ved DPS. 40 personer innskrevet i rus/psikiatritjenesten

Arbeidsoppgaver

- samtaler med 2-3 personer daglig à 1-1.5 pluss oppfølging etterpå
- tverrfaglige møter med Nav hver andre uke, 2 timer i tillegg til individuelle brukermøter
- ukentlige legevisitter à 1 time
- veiledning hver måned med psykolog på DPS Lakselv.
 - Evaluering av brukers individuelle plan x 2 pr år, - samarbeid med DPS Lakselv.
 - Mulighet til tlf kontakt med DPS Lakselv.
 - Månedlig møte med representant fra DPS Lakselv. Pr i dag kommer det klinisk sosionom. Etter hvert vil det bli en psykolog som reiser til kommunen.
 - Samarbeider mellom psykiatrisk sykepleier sykepleier rus/psykisk helse
 - Forebyggende barne/ungdomsarbeid. Faste møter FBU team2 t/uke

Utfordringer

Inneværende år varsles det kutt i psykiatritilbudet hos Helse Finnmark

Dette betyr at flere må få hjelp i – og finansiert av kommunen. Kutt i faste opphold ved døgnavdelingen gjør at det blir mer etterspørsel etter korttids- og avlastningsplasser ved sykehjemmet. Hjemmesykepleien må yte hjelp til de som ikke får institusjonsopphold. Dette er ressurskrevende brukere, og tid er vesentlig for å oppnå bedring

Det er flere med sammensatte problemer/reduert bo-evne. Innslag av kombinasjonen rus/psykiatri og flere eldre med psykiske lidelser. Det kan være utfordrende å tidkrevende å få til behandling og oppfølging av personer med rusproblematikk eller psykisk lidelse, fordi de ikke opplever at de har ett hjelpebehov. Pårørende og nettverk søker ofte kontakt for råd og veiledning og gir bekymringsmeldinger. Personer med rusmiddelavhengighet må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer

Planfestede tiltak

Psykiatri har en egen plan med satsingsområder; opptrappingsplan for psykisk helse, 2007-2010 og fremover. Sentral fins opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdep), sist revidert februar 2009, som konsentreres rundt:

- boliger
- hjemmetjenester
- dagsenter/aktivitetssenter

- individuell plan
- støttekontakter
- kultur og fritidstiltak - forbyggende tiltak
- særskilt tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene
- Arbeidsmarkes - og sysselsettingstiltak
- (deltakelse i kvalifiseringsprogram og andre aktiviseringstiltak må styrkes)

Tilbudet er et lavterskeltilbud med oppfølging etter institusjonsopphold og generell oppfølging i hjemmet. Målgruppene er personer med lettere, moderate og alvorlig psykisk lidelse med/uten rusproblemer. Barn og unge, og spesielt barn og unge i hjem der det er Rusproblematikk og/eller psykisk syke foreldre.

Satsing frem til 2020

I den forbindelse refereres til Ot. Prp.3 (2002-2003) fra Sosialdepartementet, der framheves det at *noen former for avrusning er av sosial karakter. Det tenkes da på "opptørking" og omsorg for personer i forkommen tilstand og hvor det er nødvendig med hjelp innenfor områder som ernæring og hygiene. Slik avrusning mener de er oppgaver for kommune, sosialtjeneste med medisinsk oppfølging fra legevakt og primærhelsetjenesten.*

- For å følge opp dette ønskes det at man avsetter korttidsplass (er) ved omsorgssenteret.
- Pårørende trenger mer oppmerksomhet og veiledning enn i dag. Dette er nødvendig i deres hverdag i forhold til brukerens problemer.
- Videre blir det lagt vekt på at man utvikler teknikker fra prosjekt "Etisk kompetanseheving i kommunene" som skal bidra til å løse problemstillinger som hjelpepersonell står overfor.
- Tjenesten har ikke egen bil, og det oppleves ofte som en avgrensende mangel.

2.8 Befolkningen i Lebesby kommune

Kommunen har ca 1 304 innbyggere der 1 077 bor i Kjøllefjord inkl Dyfjord.

Antall innbyggere i hjemmebasert omsorg Laksefjord er fordelt slik:

Lebesby 97
 Ifjord 19
 Friarfjord 17
 Bekkarfjord 34
 Kunes 33

Veidnes 27

Det vil ikke være mulig å etablere likt tilbud til alle. Avstandene gjør at distriktet som omfattes av Laksefjord (Lebesby, Kunes og Veidnes) f.eks. må til Kjøllefjord for sykehjemsplass. Flere viktige momenter spiller inn i denne sammenheng:

- Faglig god tjeneste
- Tilgjengelig helsepersonell
- Økonomi
- Løpende oppfølging av medisinske behandlingsopplegg for de sykeste
- Utredning og diagnostikk (nærhet til legetjeneste)

3 GENERELLE BETRAKTNINGER

3.1 En vurdering av befolkningsutviklingen i Lebesby kommune

Antallet eldre øker mye i tiårene etter 2020 samtidig reduseres de yngre aldersgruppene. Fremtidens brukere vil bestå av nye generasjoner eldre, men også flere yngre tjenestemottakere som alle vil kreve et mer mangfoldig tjenestetilbud av Lebesby kommune. Samtidig vil mange av fremtidens eldre både være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. Fremtidens omsorgsutfordringer er enorme.

Norm fra Stortinget sier en minimums dekningsgrad på 25 % for heldøgns omsorgsplasser til eldre over 80 år (sykehjem og boliger med heldøgns omsorg - og pleiebemannings)

Hos oss er den 49 % i 2015 og 44 % i 2020 (34 % i 2030) dersom vi regner 32 enheter til sammen: 17 i sykehjem og 15 i boliger med heldøgns omsorg - og pleie (8 i Kjøllefjord og 7 i Lebesby). Disse plassene har i varierende grad heldøgns omsorg og pleie. Omsorgsboligene i Kjøllefjord er daglig uten bemanning. En forutsetning for at en slik dekningsgrad skal kunne gi en trygg heldøgntjeneste, er at kommunen har en godt utbygd hjemmetjeneste. Det vil si en ”riktig” bruk av sykehjemsplassene, og omsorgsboliger hvor det gis heldøgntjenester på sykehjemsnivå ved behov.

Plangruppen ønsker å peke på noen sentrale utviklingstrekk som vil få betydning fremover i rulleringene av pleie- og omsorgsplanen:

- Antall eldre over 70 år samt eldre over 80 år vil begynne å øke. Fra 2020 til 2030 øker antall 80 år og over med 21 personer (tabell 4; Fremskrivning av folketall, SSB). Det er naturlig å tenke seg at omsorgsboliger i sentrum vil bli etterspurt i framtida, for tryggheten sin del.
- Etterkrigsgenerasjonen vil stille større krav til medbestemmelse og til kvalitet i tjenesten. Dette er personer som har levd i en kontinuerlig økonomisk oppgangstid. De er vant til større luksus enn dagens eldre
- På sikt vil økningen av antall eldre, samt dramatisk nedgang i antall personer i yrkesaktiv alder, tvinge fram en kursendring i det kommunale tjenestetilbudet. Utfordringene er enorme, særlig når vi allerede i dag opplever det vanskelig å få tilgang på tilstrekkelig og kvalifisert helsepersonell. En mulig løsning i framtida kan være at myndighetene legger til rette for en utvidelse av dagens ordning med omsorgslønn.

- Man regner med at sykehjemmenes rolle som behandlings- og rehabiliteringsinstitusjon vil forsterkes i årene som kommer. Hvor raskt denne utviklingen skjer, gjenstår å se.

Tabell 4; Fremskrivning av folketall, Lebesby kommune, (kilde: SSB)

	I alt	0-5 år	6-15 år	16-19 år	20-24 år	25-66 år	67-79 år	80 -89 år	90 år og over
2008	1 304	72	171	64	64	718	161	45	9
2015	1 152	49	119	56	64	618	181	58	7
2020	1 064	48	88	52	61	553	189	67	6
2030	931	48	73	29	41	452	194	83	11

Dagens press på sykehjemmet skyldes at sykehjemsplasser og omsorgsboligplasser tidligere er tildelt personer med adekvat evne til selvhjelp. Kjøllefjord er så konsentrert befolkningsmessig at en utbygging av hjemmesykepleien, og dertil bistand til å bo lengre hjemme, vil være forholdsvis enkelt. Dette blir effektivt dersom også folks boliger blir tilpasset jf tiltak.

Man må ta hensyn til økningen av potensielle brukere på grunn av forskyvningene innen gruppen av eldre. Vi vet også at en parallelt med denne utviklingen vil det bli en økning i antall enslige. Denne økningen vil bli mest merkbar blant de eldste eldre. Enslige i alderen 80 år og eldre benytter hjemmebaserte tjenester mer en dobbelt så mye som de som bor sammen med noen. Disse utviklingsindikatorerne vil påvirke planleggingen av tjenestene for de nærmeste 10-20 årene. Det er høy forekomst av samtidig rus og psykisk lidelse. Alkoholforbruket blant voksne har steget de siste 10 årene. Ved bedre samhandling, samordning og kontinuitet i de ulike tjenestene, kan man bidra til flere leveår med god helse i befolkningen som helhet. Det tverrsektorielle arbeidet i kommunen er vesentlig.

3.2 Sykehjem og hjemmetjeneste (inkl omsorgsbolig)

Kommunen har etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, plikt til å yte nødvendig helsetjenester og faglig forsvarlige sosialtjenester til dem som har behov for det. Den enkelte har imidlertid i dag ikke rett til å selv å velge hvor tjenestetilbudet skal gis, eller hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Om en bruker trenger hel døgnetlig hjelp kan man organisere det i brukerens hjem, i omsorgsbolig (som er brukers hjem også) eller på sykehjemmet. Lovkravet om at tjenesten skal være forsvarlig i forhold til hjelpebehovet, må overgå brukerens ønsker i forhold til hvor hjelpen blir gitt.

Behovet for sykehjemsplasser til befolkningen må alltid sees i sammenheng

- Med muligheten for å tilrettelegge for tjenester i hjemmet.
- Med tilrettelegging av boligen (Husbanken) og tilbud om tjenester hele døgnet er en forutsetning for at den eldre kan bli boende under trygge forhold i egen bolig.
- Med antall boliger med realistisk bemanning for heldøgns – omsorg og pleie.

En sentral utfordring for kommunene er å etablere en god balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger, men det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer dette.

I løpet av de siste 20 årene har det vært satset på utbygging av hjemmetjenester framfor institusjonsplasser, med målsetning om å hjelpe eldre til å bo i egen bolig så lenge som mulig. Tjenester lavere på omsorgstrappen skal settes slik sammen at alle forhold rundt den eldre ivaretas. Dette gjøres for å forhindre funksjonsreduksjon og utrygghet. I tillegg skal tilbud om korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og avlastning til pårørende som har tyngende omsorgsoppgaver tilbys. Alle disse tjenester skal kunne benyttes hver for seg eller sammen for å trygge brukeren i eget hjem.

Et viktig valg for Lebesby kommune er å bestemme om man skal satse på institusjonsbasert eller hjemmebasert omsorg. En slik vurdering må gjøres ut fra bosettingsmønsteret i kommunen, alderssammensetning, kommuneøkonomi og det behovet man ser i befolkningen. Hva er hensiktsmessig bruk av ressurser ut fra behovene i befolkningen og målsetningen om at tjenestene både i omfang og kvalitet skal tilpasses den enkeltes behov? Svaret på spørsmålet synes å være ”begge deler”, inkludert en utstrakt bruk av omsorgstrappen etter behov. Rent geografisk vil omsorgsboliger være særlig aktuelt for folk fra strekningen Bekkarfjord – Veidnesklubben, grunnet store avstander i distriktet som omfattes av hjemmebasert omsorg Laksefjord.

Sykehjemsdrift er regulert gjennom lover og forskrifter og omfatter både bo- og tjenestetilbud, en ”totalpakke” for de med størst behov knyttet til omfattende pleie, omsorg og medisinsk behandling i enten korte eller lengre perioder. Sykehjemsdrift representerer det øverste trinnet i omsorgstrappen, og er den mest kostbare måten å drive/yte tjenester på. Kommunene skal, etter regelverket, ha et tilbud om langtids opphold i institusjon eller boform for heldøgns omsorg. For den enkelte kommune vil dermed minstekravet til antall sykehjems-plasser være antallet brukere med behov for korttidsopphold og avlastningsopphold.

Ut over dette, må det gjøres en vurdering av hvordan tjenestene skal organiseres til de med langvarige/permanente behov for heldøgns omsorg. Dette er et økonomisk spørsmål for kommunen og ikke et spørsmål om kvalitet og omfang; forutsatt at bemanning og kompetanse knyttet til heldøgns hjemmetjeneste, er tilpasset beboerne ved omsorgssenteret, dvs. tilsvarende sykehjem. Man vil i nær fremtid måtte styrke bemanningen i hjemmebasert omsorg Kjøllefjord for å kunne yte tilstrekkelig med tjenester til hjemmeboende (inkl bemanning i omsorgsboligene) samt ellers i Kjøllefjord. Dette kommer i tillegg til evt bemanning som følger av flytting av botiltakene til omsorgsboligene. En ny stilling på dagvakt og en ny stilling på senvakt, vil etter hvert presse seg frem. Dette utgjør 3 årsverk til en samlet kostnad av ca 1,3 mill kroner jf tiltak.

Tilgjengeligheten til sykehjem er primært avhengig av pasientsirkulasjonen og i mindre grad av dekningen (volumet) av sykehjems-plasser. Ligger listen høyt å komme inn, vil sirkulasjonen gå fortere. Dvs. at systemet må ligge til rette for at man da klarer seg hjemme og/eller i omsorgsbolig med hjelp fra hjemmesykepleien lengst mulig før man kommer på sykehjem. En viktig faktor er korttids-plassene; minst 15 % av sengene bør være øremerket for korttidsopphold (betyr minst 3 plasser av våre 17; noe vi har, men som pr idag må brukes til langtidsbeboere). Dersom alle sykehjems-plassene til enhver tid er belagt med

langtidspasienter, vil det bli kø. Det gjelder at korttidsplass må kunne tilbys raskt slik at brukeren blir bedre så vedkommende kan komme hjem. Man ser et stadig økende press fra sykehus som vil skrive ut pasienter for videre etterbehandling og rehabilitering i kommunene, noe som krever både plasser og nødvendig kompetanse i sykehjemmene, og er helt i tråd med statlige føringer om sykehjemmenes framtidige rolle som aktive behandlingssteder.

I fremtiden bør det fortsatt satses på ett sykehjem i Lebesby kommune. Det vil heller ikke være økonomisk tilrådelig å bygge opp tjenester på sykehjemsnivå flere steder i kommunen. Det kan også være vanskelig å opprettholde faglig forsvarlige tjenester samt å utvikle bedre/ny kompetanse.

Hjemmetjenester skiller mellom botilbud og tjenestetilbud. Muligheten for dynamikk og fleksibilitet i pleie- og omsorgstjenestene, blir liten dersom både sykehjem og omsorgsboliger i hovedsak disponeres som et botilbud, og ikke først og fremst som en bolig med en nødvendig nærhet til tjenestene.

Det tildeles en hensiktsmessig bolig, og beboeren mottar deretter tjenester etter behov. Også her gjelder de ufravelige krav om forsvarlige tjenester, både i omfang og innhold samt kompetanse. En plass i et bemannet omsorgssenter vil dermed i prinsippet representere samme kvalitet som en plass i sykehjem, men driftskostnadene vil være lavere på grunn av at Staten dekker mange av utgiftene til den enkelte; det være seg utgifter til medisiner, inkontinensutstyr, hjelpemidler (gjennom Hjelpemiddelsentralen).

Omsorgsboligene var opprinnelig planlagt til mennesker som i nokså stor grad klarte seg selv. Nå er helsetilstanden til beboerne så mye dårligere at denne forutsetningen ikke holder, det kommer av knapphet på sykehjemsplasser. Utskrivningsklare pasienter fra sykehus får sykehjemsplass foran de som bor på omsorgsbolig og som etter hvert venter på sykehjemsplass. Denne utviklingen vil medføre at hjemmesykepleien må gi pleie tilsvarende sykehjemsnivå i omsorgsboligene.

3.3.1 Spesielt for Laksefjordområdet; Lebesby, Kunes og Veidnesklubben

Lebesby, Kunes og Veidnesklubben må, på grunn av geografiske forhold, sees på som selvstendige enheter.

Hjemmetjenesten i Laksefjord trenger flere stillingshjemler for å sikre beboere på Veidnesklubben en minimumstjeneste som hjemmehjelp og hjemmesykepleie, og da helst på stedet. Slik situasjonen er i dag synes 0,5 årsverk å være tilstrekkelig. I tillegg skal hjemmetjenesten benytte seg av kommunens vaktmester til nødvendig bistand i hjemmet til de som kommer under hjemmesykepleien.

I Kunes brukes i dag en hjelpepleier på timebasis, men det er ønskelig at man kunne tilby fast tilsetting for denne personen. I Kunes er behovet 0,6 årsverk for å dekke opp helger og fridager. Det er ønskelig med 2 personer som kan dele dette. Det beste ville være å knytte stillingene til medarbeidere som bor på disse stedene, jf tiltak. Det er viktig å være bevisst at det i realiteten vil det være begrenset hvilket nivå på tjenester som kan tilbys på tynt befolkede steder, hvor avstanden til nærmeste tettsted/nabobygd er lang.

3.3.2 Samordning av Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord og Kjøllefjord sykehjem

Plangruppen vurderer at samarbeidet mellom hjemmetjenester og sykehjemstjenester fungerer godt. Man ser derimot stadig oftere at det stilles krav til samhandling og samarbeid mellom mange flere aktører når det gjelder pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Pleie- og omsorgstjenestene kan ikke ses isolert, men i sammenheng med andre helse- og sosialtjenester.

Det bør videre vedtas et formelt samarbeide mellom hjemmebasert omsorg Kjøllefjord og Kjøllefjord sykehjem.

Selv om samarbeidet mellom ulike enheter i pleie- og omsorgstjenestene fungerer godt, ser plangruppen at det er behov for å etablere et system, beskrive rutiner, for en mer rettferdig fordeling av personell, både under normal drift og når særlige bemanningsproblemer oppstår. Dette må løses via en arbeidsgruppe, de tillitsvalgte må inkluderes, samt at man må gå inn i løsninger som fører for langt å presentere her, jf tiltak.

3.3.3 Hjemmevaktmester

Hjemmevaktmester, eller ambulerende vaktmester, bør være en del av omsorgstrappen på lavt trinn, og bør ytes til personer som på grunn av funksjonshemninger, sykdom, alder eller skader har behov for praktisk bistand i hjemmet i tilknytning til praktiske gjøremål i hjemmet slik som; vedbæring, snømåking, lypæreskifting, sette ut sanddunker hos eldre og lignende. Ellers bør hjemmevaktmester ha ansvar for utlevering/montering/mottak av hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen,

Laksefjord har nå denne tjenesten ved at en vaktmesterstilling i teknisk sektor er utvidet til 100% stilling der 25% utgjør hjemmevaktmesterfunksjonen. På Veidnes kan vaktmesteren på skolen brukes også til hjemmevaktmesteroppgaver.

I Kjøllefjord bør det opprettes en 50 % stilling som kan finansieres delvis av midlene som brukes til forvaltning av hjelpemidler (ca 20 % still) og delvis av friske midler (30 %). Merkostnaden blir ca kr 110 000.

Fagleder fysioterapi og hjemmevaktmester skal samtidig utgjøre et team som kan yte vurdering av boliger som bebos av eldre eller funksjonshemmede med sikte på utbedringer slik at de kan bo hjemme lengre. Dette blir et ledd i en effektiv tiltakstrapp. Tjenesten er praktisk bistand og hjemles ut fra sosialtjenesteloven § 4-2 og § 4-3

3.3.4 Aktivitør

Hele aktivitetstjenesten i Kjøllefjord (omfatter hjemmetjeneste og sykehjem) bør omfatte totalt 1,0 årsverk. Det bør derfor økes med 0,5 årsverk. En 50 % stilling for aktivitør beregnes å koste ca kr 182 000/år.

På grunn av transport og lange avstander, vil man foreslå aktivitetstid to ganger per måned i Lebesby tettsted (de samme som legedagene der grunnet transportmulighetene/samkjøring til lege og aktivitet). 7 % stilling (11 t/mnd/2 dager) i kafeen disse dager.

Det foreslås også å øke innsatsen for å få frivillige enkeltpersoner, lag og foreninger inn på banen i større grad. Selv om sanitetsforeninger og helselag også i dag bidrar med sosiale tilstelninger, bør vi legge til rette for at denne innsatsen kan utvides.

3.3.5 Demensomsorg

Kjøllefjord sykehjem har ikke egen demensavdeling. Dette resulterer i en daglig ineffektiv drift samtidig som det er arbeidskrevende, lite verdig for de demente, og forstyrrende i forhold til beboere som ikke er demente

For å kunne gi et tilrettelagt tilbud til personer med demens, så må besluttede organ og administrasjonen som skal planlegge framover og hjelpe den enkelte, forstå hva det innebærer å ha en slik sykdom. Det er viktig at den som rammes kommer til lege og blir skikkelig utredet og får en diagnose slik at hjelpeapparatet kan iverksette nødvendige tiltak.

For helse- og omsorgstjenesten i kommunen innebærer det store utfordringer framover for å gi tilrettelagt tilbud til denne gruppen. Man vet at det blir flere og flere med demenssykdom, ikke fordi vi blir sykere, men fordi vi lever lengre og frekvensen av sykdommen øker med stigende alder. Generell statistikk viser følgende hyppighet av demens:

- 80 % av de som bor på sykehjem
- 10 % av de som er over 70 år
- 20 % av de som er over 80 år
- 30 % av de som er over 90 år

En avgrenset oversiktlig sykehjemsavdeling er den beste behandling for de som har demens og er urolige/vandrende. På den måte blir pleiedriften mer effektiv og hverdagen mer verdig og oversiktlig for pasientene. 6-8 pasienter i en såkalt skjermet avdeling, kan være et optimalt antall. En viss fleksibilitet mellom den vanlige avdelingen og skjermet enhet er en selvfølge. Hverdagen for de som ikke er dement også bli bedre siden det blir et roligere miljø for dem.

Andre tilbud slik som avlastning i hjemmet eller andre dagtilbud (dagsenter og lignende) vil kunne føre til at pårørende blir bedre i stand til å ta vare på egen helse i en krevende hverdag. Avlastning og faglig tilbakemelding fra helsepersonell medfører at de holder lenger ut med å ta vare på sine nærmeste. Slike tilbud vil også kunne føre til økt livskvalitet for den som er rammet av demens og vil være et viktig element for å utsette institusjonsinnleggelse.

Sykehjemmet har pr i dag 18,7 årsverk der 1,2 årsverk er administrasjon. Det er da 17,5 årsverk til pleietjenester med mer. I underkant av 4 årsverk går så til nattevakter. Det er 13,5 årsverk igjen til dag- og senvakter.

Et skjermet avsnitt (demensavdeling) på 7 plasser vil bety 6 årsverk i en bemanningsplan med 2 på dag- og 2 på senvakt året rundt. De resterende 11 pasienter har da 7,5 årsverk. Med eksempelvis 4 på dagvakt på man-, tirs, ons-, tors- og fredag og 3 på senvakt samt lør- og søndager fordres ca 9,2 årsverk. Man må da opprette ca 1,7 hjelpepleierstillinger i turnus. Dette vil koste omkring kr 650 000/år inkl tillegg og KLP. Dersom man regner inn den verdiskaping som inntak av 1 lærling pr 2. år yter, kan man spare mesteparten av dette.

3.3.6 Læringer

Det er vanlig med et lærlingeløp med 2 år på skole og 2 år virksomhet. Dersom man tar inn 1 lærling i helsefag hvert annet år, har man 200% produktivt arbeide f.o.m. andre året (tilsvarer 2 hele stillinger) medarbeidere hvert år som har læretid samt verdiskapende arbeide. Dette koster ca kr 145 000 første året og, for årene som følger, ca kr 350 000/år inkl alle tillegg og KLP for en verdiskaping tilsvarende 2 årsverk. Ved å vise til punktet om senil demensavdeling på sykehjemmet så kan dette i stor grad erstatte personaløkningen som følge av dette.

3.4 Sykehjemmet i siste del av planperioden (2015-2020)

Normmessig sett har Lebesby kommune en tilstrekkelig dekning når det gjelder det totale antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger, dette forutsatt at omsorgsboligene bemannes av hjemmesykepleier og eventuelt ved en grunnbemanning ved å flytte botiltakene til omsorgsenteret. Fremtidens utfordringer ligger i en tydelig økning av aldersgruppen 70+ og 80+. Dette sett i sammenheng med utfordringene i pleie- og omsorgstjenestene, og den kommende generasjonens krav til tjenester, medisinske nyvinninger, større grad av demens, og krav som samhandlingsreformen stiller, gjør at planer for denne perioden bør utarbeides gjennom en rullering av planen i 2015. Muligheten for planlegging per dato blir begrenset av at omsorgstrappen ikke er brukt effektivt i foregående år, og at det dermed er vanskelig å forutse hvilken praktisk konsekvens en riktig bruk av omsorgstrappen vil få for behovet på de forskjellige trinnene.

Ved rullering i 2015, bør man vurdere å bygge flere sykehjemsplasser for å opprettholde nåværende dekning av sykehjemsplasser til aldersgruppene 80+.

3.5 Botiltakene

Det er 2 botiltak i kommunen som drives med base i beboers hjem, tiltakene er atskilte, og har derfor en ganske høy kostnad. Ett av tiltakene er fullfinansiert av staten. I det andre får man 80 % refusjon på lønnsutgifter som overstiger et visst beløp. Dette tiltaket kan f.eks flyttes til en bolig i omsorgsenteret, og bemanningen kunne da utgjøre grunnbemanningen i omsorgsenteret. Nettoutgiftene til tiltaket i 2010-budsjett (tilskuddet vil da falle bort), vil være tilstrekkelig til 3,8 årsverk inkl støttekontakt. Til sammenligning vil 1 på dagtid og 1 på kveldstid året rundt kreve 3 årsverk.

Det tredje botiltaket som er under utforming pr april/mai 2010, omfattes av et opplegg der det mest riktige, på sikt, er at brukeren får egen tilrettelagt bolig med nødvendig omsorg. Dette tiltaket er allerede planlagt.

3.6 Serviceerklæringer

Målet må være å bidra til at brukeren/beboeren får en meningsfylt tilværelse hvor tiltakene er tilpasset den enkeltes behov og døgnrytme ut fra de ressurser vi har tilgjengelig. Selvsagt må man holde seg innenfor lov og forskrifter..

Kvalitet har i de senere år vært et sentralt tema i debatten om omsorgstjenestene. Innholdet i kvalitetsbegrepet er ikke lett å definere og måle. Kvalitet må måles opp mot det man erklærer å kunne yte av tjenester samt nivået på disse.

En serviceerklæring vil være et grunnlagsdokument som kan være et nyttig verktøy for ansatte i tjenesten, og en presentasjon – forventningserklæring – ovenfor brukeren.

Serviceerklæringen vil videre være et redskap for politisk styring av en kommunal tjeneste, og et redskap for å gi politikerne kjennskap til kommunal produksjon. En av målsettingne i denne planen er at slike erklæringer skal utarbeides og fremmes for kommunestyret i 2010.

Serviceerklæringene må vurderes jevnlig; spesielt i forhold til nye sentrale krav og etter større organisasjonsendringer og endring av ressurser.

4 HANDLINGSPROGRAM – TILTAK

I forhold til dagens situasjon etter bruken av omsorgstrappen, den sentrale dekningsnormen hva gjelder Lebesby kommunes antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger, (forutsatt bemannede), har plangruppen konsentrert seg om å foreslå tiltak som hovedsaklig utgjør en styrkning av hjemmebasert omsorg samt en utvikling av demensomsorgen i kommunen. Dette er i tråd med målsettingen og resten av dette planverket.

4.1 Plangruppens tiltak

- a) *En "strengere" forvaltning av sykehjemsplasser og omsorgssenterplasser ved bl. a. å vurdere lavere trinn i omsorgstrappen først.*
- b) *Gruppe bestående av fysioterapeut og vaktmester skal tilby vurdering av hjemmet til eldre/hjelpetrequende med tanke på ombygging, finansiert f.eks av husbankmidler, samt ulike hjelpemidler for at eldre kan bo lengre hjemme.*
- c) *Det bygges 4 nye omsorgsboliger ved de nåværende omsorgsboliger i Kjøllefjord (til bl.a. nåværende botiltak der bemanningen kan utgjøre stedlig grunnbemanning i disse omsorgsboligene)*
- d) *Bygge opp base for hjemmebasert omsorg Kjøllefjord ved omsorgsboligene (fristiller kontorareal i helsesenteret som f.eks kan brukes til ambulante team fra helseforetaket med mer).*
- e) *Bygge fellesrom ved omsorgsboligene i Kjøllefjord som kan huse bl a et aktivitetssenter for hjemmeboende.*
- f) *Anlegge 2 møblerte kommunale hybelleiligheter i Lebesby som kan være vinterboliger/akutt plassering/korttidsopphold.*
- g) *Opprette 0,5 årsverk for hjelpepleier i Veidnesklubben og 0,6 årsverk i Kunes. Evt løse oppgavene på timebasis etter behov av bosatte på disse stedene*

- h) Legekontoret på Lebesby flyttes fra skolen til Lebesby omsorgsenter. Legekontoret bør være et kombinert legekontor, akuttrom, skiftestue og fysioterapirom. Akuttrommet bør utstyres med O2, EKG, hjertestarter og annet utstyr til bruk i krisesituasjoner. Det må være utstyrt for stabilisering av pas mens man venter på ambulansbil/-helikopter.
- i) Ved neste rullering av planen: Gjøre en vurdering av antall omsorgsplasser med heldøgns bemanning ut fra etterspørselen etter trygge boformer og pleie- og omsorgstjenester av stort omfang. Gjøre en vurdering av antall sykehjems plasser ut fra behovet for langtids plasser, rehabilitering, behandling og samarbeid med 2. linjetjenesten
- j) Ta høyde for en økning med minst 3 årsverk i hjemmebasert omsorg Kjøllefjord i løpet av de første kommende år.
- k) Øke med netto 0,3 stillingsdel samt resten innenfor eksisterende budsjett opp till 0,5 stilling til hjelpemidler inkl hjemmevaktmester i hjemmebaserte tjenester Kjøllefjord.
- l) Bygge om Kjøllefjord sykehjem og anlegge en senil dement avdeling på 7 pasienter innenfor et pasientantall på 18 pluss inkl 1 sykestueplass. Dette fordrer en bemanningsøkning på 1-2 årsverk.
- m) Dagsenteraktivitet på sykehjemmet (øke fra 0,5 til 1,0 stilling som aktivitør slik at åpen - og inst omsorg får sine øremerkede aktivitetsopplegg med 0,5 stilling hver).
- n) Aktivitetstid 2 ganger pr måned i Lebesby (de samme som legedagene grunnet transportmulighetene/samkjøring til lege og aktivitet). 7 % stilling (11 t/mnd/2 dager) i kafeen disse dager.
- o) Tilby årlig 1 lærlingeplass innen helsefag annet hvert år.
- p) Det utarbeides tjenesteerklæringer for de hjemmebaserte tjenesterene og for Kjøllefjord sykehjem.

4.2 Oversikt tiltaksplan

Tabell 5: Tiltak 2010 - 2014

Nr	Tiltaksnavn	Kostnader	Tidspunkt
1	Forvaltning av tjenestetildeling	0,-	2010
2	Faggruppe tilrettelegging av hjemmet	0,-	2010
3	Bygging av 4 nye omsorgsboliger i Kjøllefjord	4,5 mill kr	2011-2012
4	Vaktrom for hjemmebasert omsorg Kjøllefjord	kr 50 000	2011-2012
5	Anlegge aktivitetssenter for hjemmeboende i eksisterende omsorgssenter	1,0 mill kr	2011-2012
6	Bygge 2 vinterhybler på omsorgssenteret i Lebesby tettsted for brukere i Lebesby/Kunes/Veidnes	1,5 mill kr	2011-2012
7	Opprette 0,5 årsverk for hjelpepleier i Veidnesklubben og 0,6 årsverk i Kunes/Friarfjord.	kr 450 000	2011-2012
8	Legekontoret på Lebesby flyttes fra skolen til Lebesby omsorgsenter (kombinertrom)	1,0 mill kr	2012
9	Kjøkkenet på Omsorgsbasen i Lebesby tettsted flyttes til Bygdetunet		
10	Utrede samordning av hjemmebaserte- og institusjonsbaserte tjenester i Kjøllefjord	0,-	2010
11	Opprette hjemmevaktmester i Kjøllefjord	kr 110 000	2011

12	Anlegge en demensavdeling på sykehjemmet	kr 650 000	2014
13	Dagsenteraktivitet 1,0 stilling (økes fra 0,5) Kjøllefjord	kr 200 000	2011
14	Dagsenteraktivitet Lebesby 7 % stilling	kr 30 000	2011
15	Lærlingplass innen helsefag – annethvert år	kr 350 000	2012
16	Tjenesteerklæringer for de hjemmebaserte tjenestene og for Kjøllefjord sykehjem.	0,-	2010
17	Gradvis økning med 3 årsverk i hjemmebasert omsorg Kjøllefjord	1,3 mill kr	2012-2014
18	Flytte botiltak til omsorgssenter	0,-	2012