



# Rammeområde Helse- og omsorg

---

**2017 – 2020**

*Brukerens Helse- og omsorgstjeneste*



## **Orkdal kommune**

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b><i>Innledning - Nasjonale og lokale mål og utfordringsbilde</i></b> .....	<b>2</b>
1.1	Nasjonale mål.....	2
1.2	Lokale mål.....	2
1.3	Statistikk .....	4
<b>2</b>	<b><i>Strategi 1 - En godt dimensjonert og utbygd omsorgstrapp</i></b> .....	<b>8</b>
2.1	Omsorgstrapp for Orkdal kommune .....	9
<b>3</b>	<b><i>Strategi 2 - Velferdsteknologi</i></b> .....	<b>13</b>
3.1	Hva er velferdsteknologi .....	13
3.2	Ulike typer velferdsteknologi .....	14
3.3	Tiltak.....	15
<b>4</b>	<b><i>Strategi 3- Frivillighet</i></b> .....	<b>16</b>
4.1	Om frivillig sektor .....	16
4.2	Tiltak.....	16
<b>5</b>	<b><i>Litteraturliste</i></b> .....	<b>17</b>

# 1 Innledning - Nasjonale og lokale mål og utfordringsbilde

## 1.1 Nasjonale mål

---

I følge Stortingsmelding 26 – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (1), vil de kommunale tjenestene bli stadig viktigere i årene som kommer for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige tjenester, mer forebygging og tidlig innsats og flere tjenester der brukerne bor. Samhandlingsreformen(2) har ført til at kommunene har fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Sammen med faglig og teknologisk utvikling, samt demografiske endringer gir dette et nytt utfordringsbilde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som krever styrket kompetanse.

Fra brukernes side oppleves kvalitet på tjenesten, helhetlige tjenester, brukerinvolvering og involvering av fastlegen som utfordringer i primærhelsetjenesten. Tjenestene bør i større grad ta utgangspunkt i brukernes behov og brukeren bør kunne være mer delaktig i tilbudet. Lik tilgang til tjenester er avgjørende i denne sammenhengen. For å sikre en fremtidsrettet og brukerorientert tjeneste må kommunens samfunnsoppdrag i sterkere grad enn i dag legge vekt på brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid.

Med bakgrunn i de forestående demografiske utfordringene bør tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet.

## 1.2 Lokale mål

---

I henhold til overordnede mål i kommuneplanens samfunnsdel skal Orkdal kommune fremme psykisk og fysisk helse, mestring og livskvalitet for våre innbyggere. Vi skal sørge for at innbyggerne får nødvendige tjenester til å mestre egen hverdag og mulighet for samfunnsdeltakelse.

Utfordringsbildet er for oss, på lik linje med andre kommuner, knyttet til at flere oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utfordringen knyttet til dette dreier seg om både kapasitet og kompetanse. I tillegg vil de demografiske endringene som fører til en dobling av antall eldre over 80 år i 2025 føre til økt press på tjenestene. For kommunene samlet er det i dag 3,7 i yrkesaktiv alder per innbygger over 67 år. I 2020 er forholdstallet 3,5 og i 2040 2,7. For Orkdal er endringene enda større: fra 4,1 i dag til 3,5 i 2020 og 2,4 i 2040. For gruppen over år vil forholdstallet være 11,1 i 2015, 12,2 i 2020 og 7,4 i 2040. Kommunenes inntekter kan ikke forventes å øke i tilsvarende det økte behovet for tjenester.

Kommunens ansvar er regulert gjennom lovverk. I helse- og omsorgstjenesteloven (3), som har vært virksom fra 2012 heter det:

*“Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester.”*

Kommunen har også fått et økt ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid for alle som bor i kommunen. I folkehelseloven (4) fra 2012 heter det:

*“Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.”*

Det samlede bildet gjør at vi må tenke nytt for å kunne gi innbyggerne i Orkdal kommune tjenester i tråd med lov og forskrift, samt nå de overordnede målsettingene i kommuneplanen.

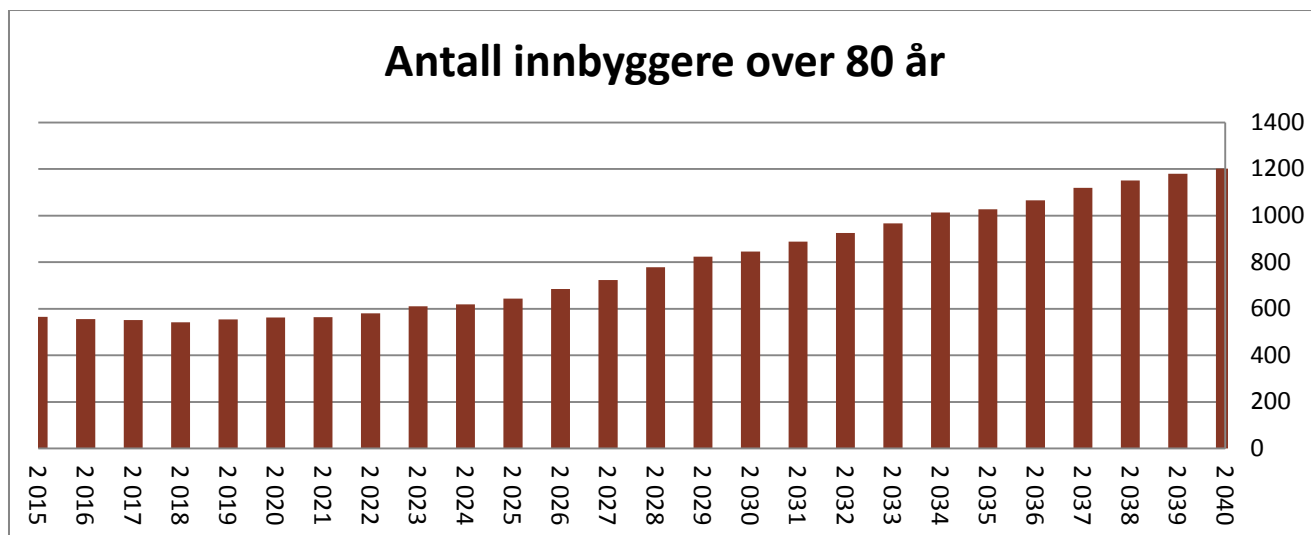
Strategi for å møte de eksisterende og kommende utfordringer:

- En godt dimensjonert og utbygd omsorgstrapp
- Velferdsteknologi
- Utvikle strategi for frivillig arbeid i Orkdal kommune

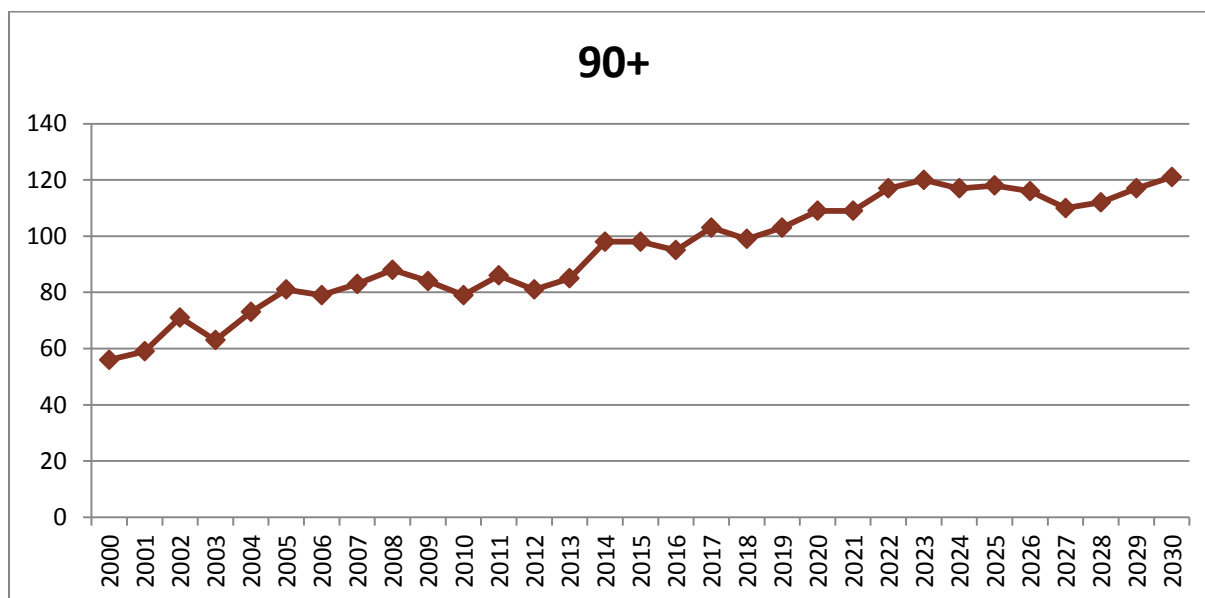
## 1.3 Statistikk

Tallene er basert på tall fra SSB pr 15.06.15. Middelalternativet er lagt til grunn. (MMMM: middels fertilitet, levealder, innenlands flytting og innvandring)

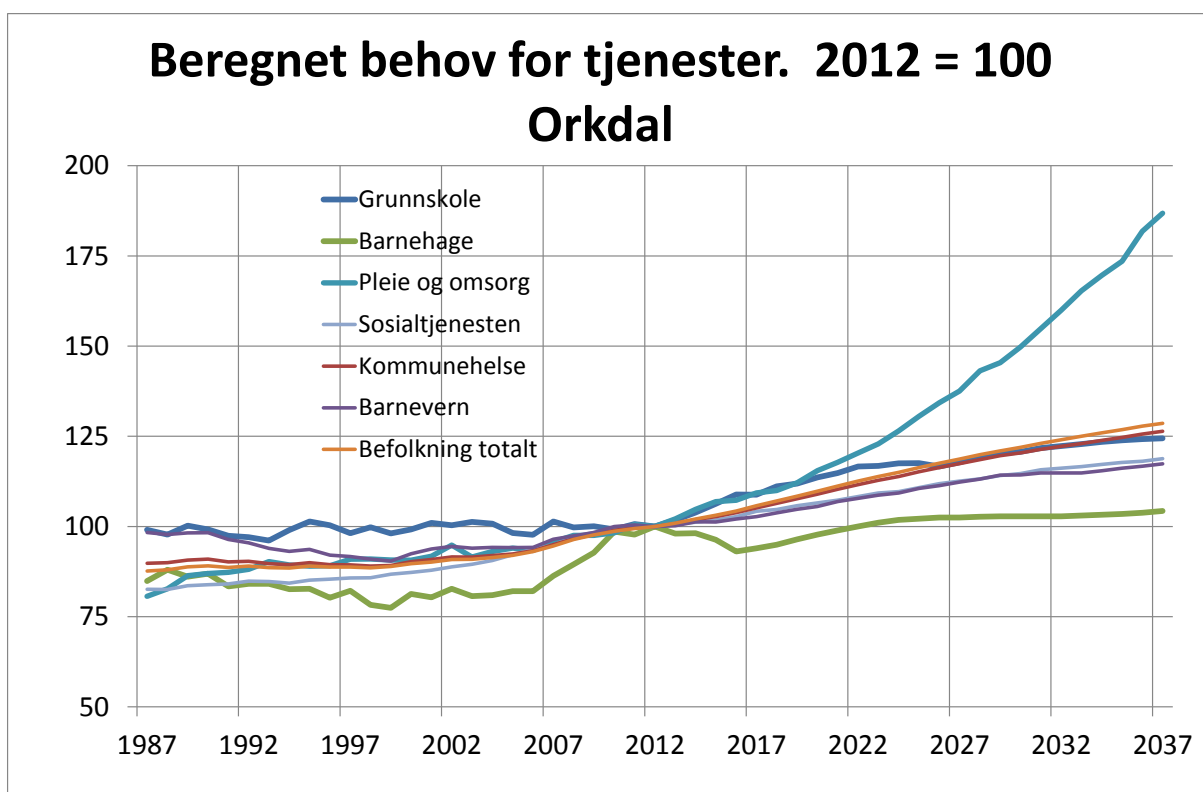
### Demografi



Som den grafiske framstillingen viser, vil vi få økning i antall eldre over 80 år fra 2025. Dett er kjent som den såkalte eldrebølgen. Det som imidlertid må tas med i betraktningen er at etterkrigs generasjonen er den generasjonen av pensjonister som står best rustet til å mestre eget liv. Dette baserer seg på utdanningsnivå, helsetilstand og økonomi.



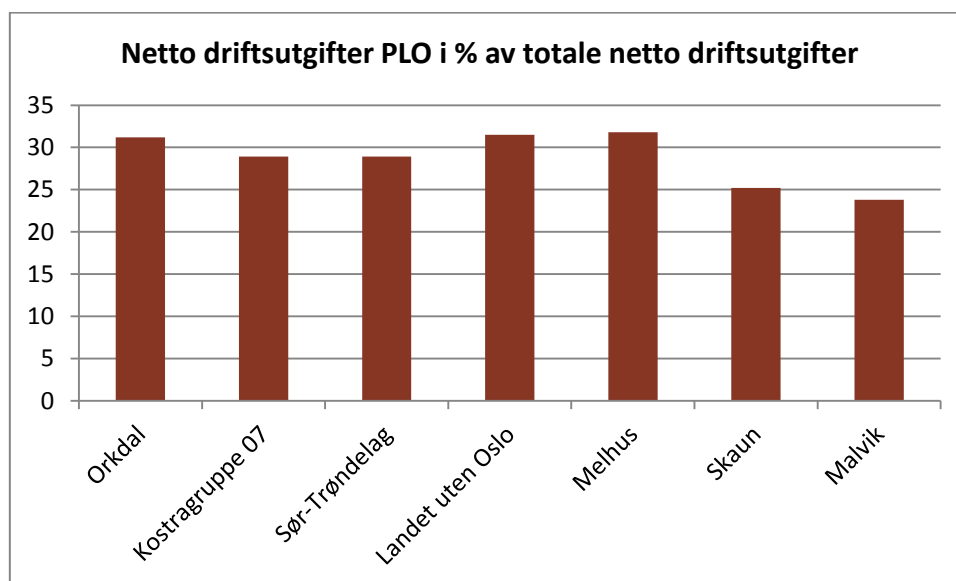
Som den grafiske framstillingen viser har det vært en relativt stor økning i antall eldre over 90 år fra 2012-2014. En økning med 20 personer i denne aldersgruppen, som ofte har omfattende behov for tjenester, bidrar til å legge press på tjenestene.



Det beregnede behovet for pleie- og omsorgstjenester er mer enn doblet fram til 2040. Den sterke veksten for gruppen mellom 67 til 79 år de første årene er et ytterligere argument for å styrke den hjemmebaserte omsorgen. På 2020 tallet vil det være behov for å styrke heldøgns omsorgstilbud.

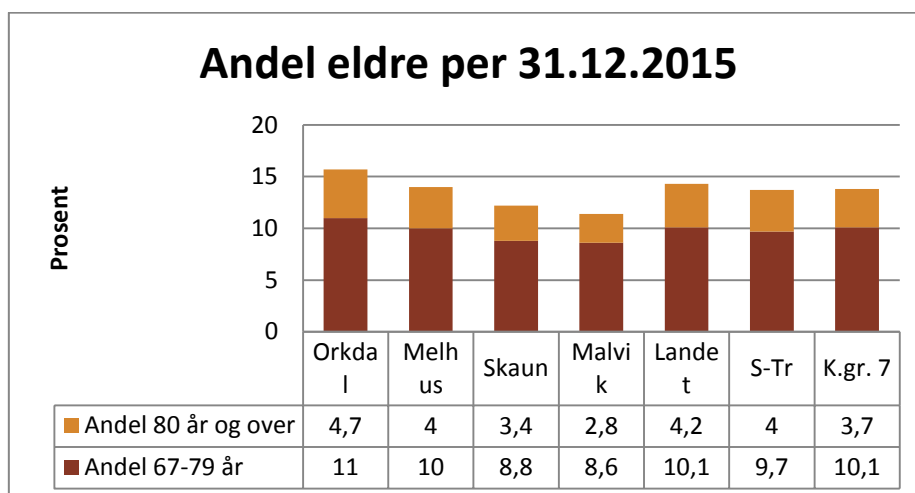
### Status pleie- og omsorg med KOSTA, nøkkeltall og indikatorer

#### Prioritering

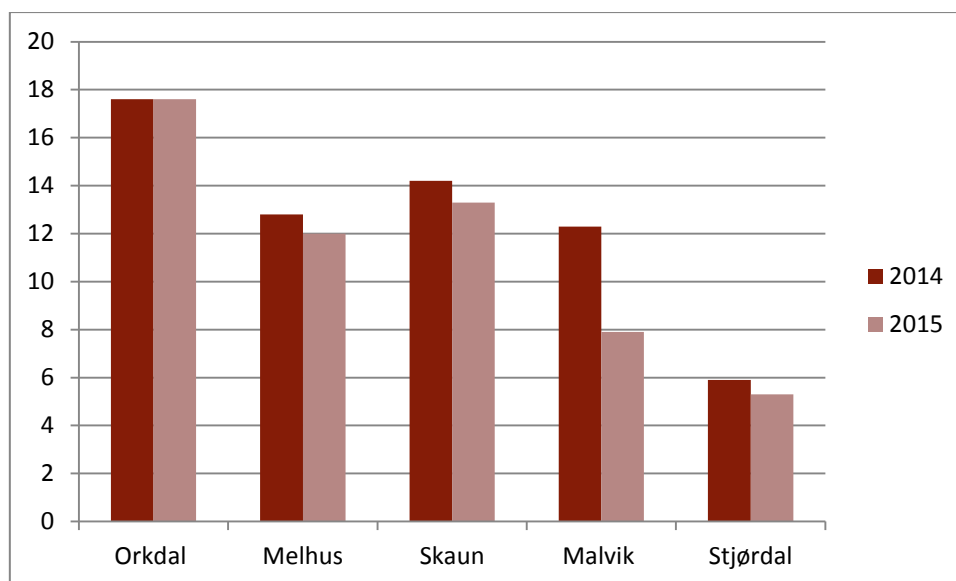


Som den grafiske fremstillingen over viser, prioriteres pleie og omsorg i Orkdal omtrent som på landssnitt. Kostragruppe 7, Sør-Trøndelag, Skaun og Malvik ligger lavere enn Orkdal. Noe av årsaken til at Orkdal ligger noe høyere enn sammenlignbare kommuner er at større andel av befolkningen er

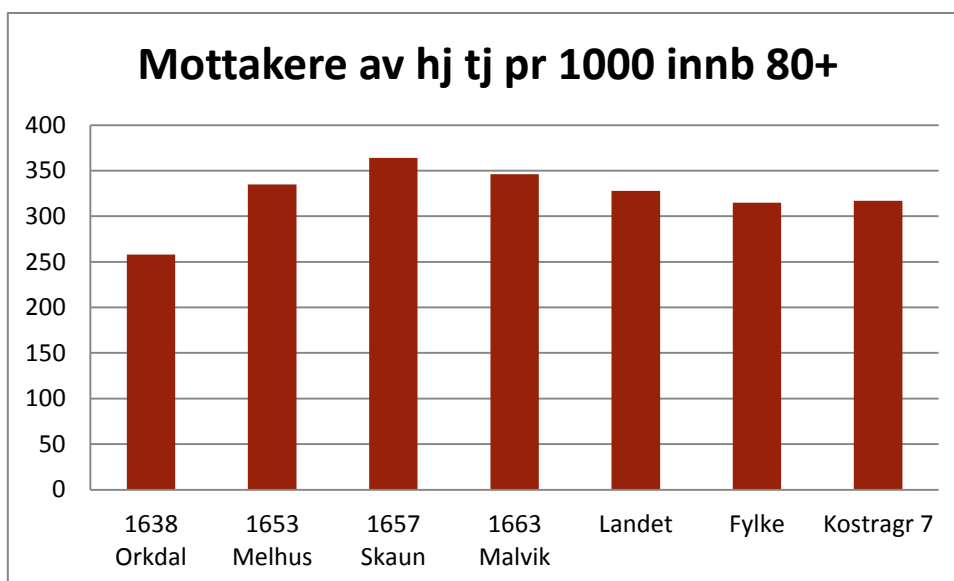
over 80 år, samt at større andel av denne befolkningsgruppen er bosatt på institusjon, sammenlignet med andre kommuner. Dette vises i de grafiske framstillingene under.



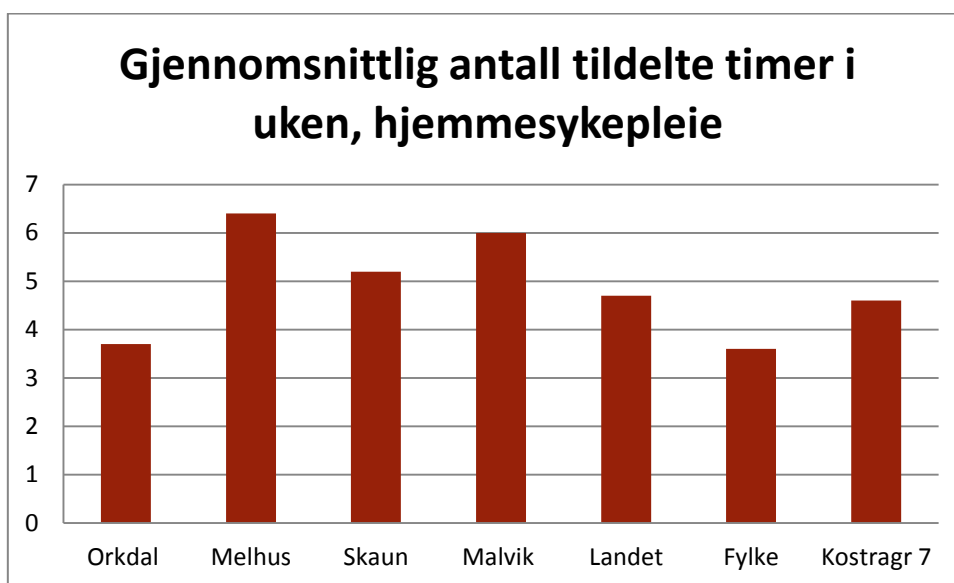
### Andel innbyggere 80+ i institusjon



Landsnittet for 2015 er 13,2%. Stjørdal er tatt med som eksempel på at relativt lav andel institusjonsplasser likevel gir et forsvarlig tilbud. Forutsetningen er at alle trinnene i omsorgstrappa er godt utbygd.



For at flere skal kunne få muligheten til å bo i egen bolig så lenge som mulig, må større andel av tjenestene ytes i hjemmet. Som den grafiske framstillingen under viser tildeler vi få timer hjemmesykepleie sammenlignet med sammenlignbare kommuner, fylket og landet.



## Konklusjon

Pleie og omsorg prioriteres omtrent som på landssnitt hvis man ser på andel av kommunens totale budsjett. Statistikken viser at vi har en institusjonstung prioritering. Sett i lys av det demografiske utfordringsbildet bør tjenestene vris til mer hjemmebasert omsorg. Dette vil også innebære boform som omsorgsbolig med heldøgns omsorg framfor sykehjem.



## 2 Strategi 1 - En godt dimensjonert og utbygd omsorgstrapp

Orkdal kommune har høy dekningsgrad for institusjon. Dette understøttes av det faktum at høy andel av innbyggerne over 80 år bor på Orkdal helsetun. Se figur i kapittel over. Orkdal legger prinsippet om Beste Effektive Omsorgsnivå (BEON) til grunn for utvikling av tilbudet. Dette prinsippet gir en begrunnelse for at en riktig sammensatt helse- og omsorgstrapp bidrar til egenaktivitet og selvhjulpenhet.

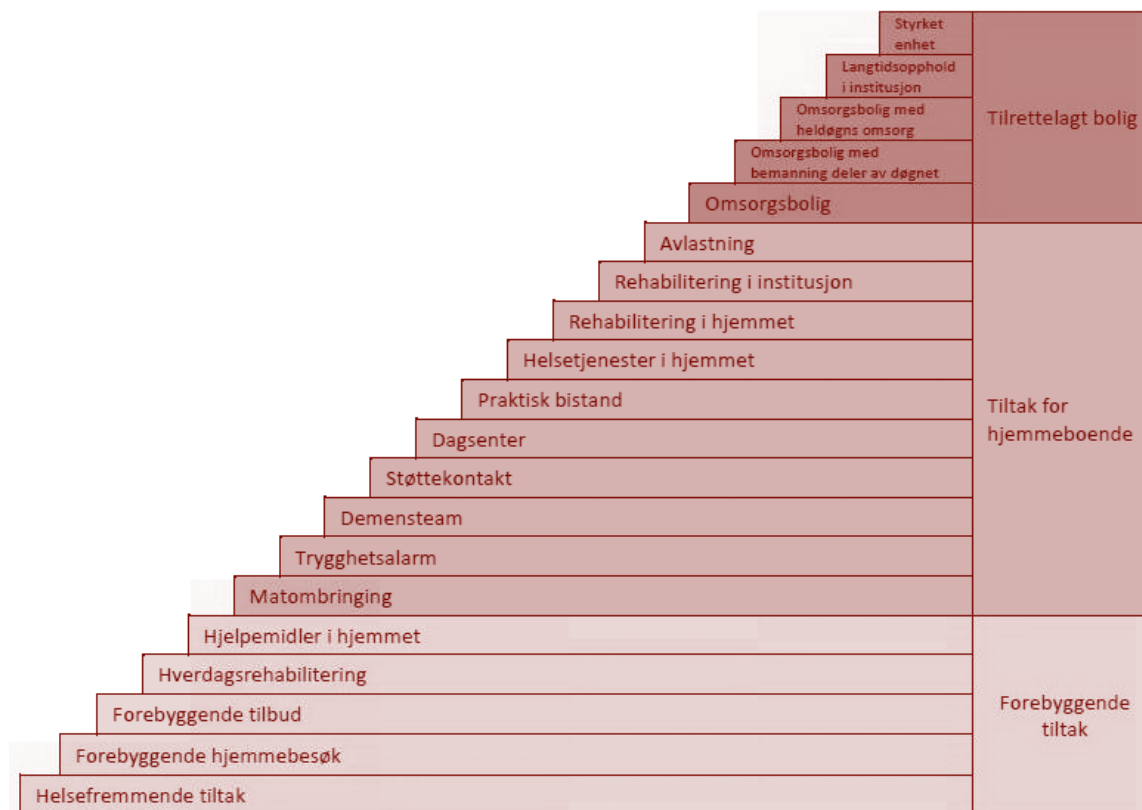
### BEON-prinsippet

BEON-prinsippet legger til rette for at tjenestene ytes på et slikt nivå at de ikke fratru eller hemmer brukerens egenaktivitet og evne til å hjelpe seg selv. Egenaktivitet og selvhjulpenhet øker livskvaliteten og er viktig å opprettholde så lenge som mulig. Dette kan sies å være det primære formålet med å bruke dette prinsippet. Samtidig bidrar også bruken av prinsippet til rasjonell bruk av kommunale midler.

BEON-Prinsippet er fulgt opp ved å bruke den såkalte omsorgstrappa for å dimensjonere tjenestene, der tilbudene er sortert fra de minst til de mest ressurskrevende tjenestene. BEON-prinsippet innebærer altså at man brukerne ikke tilbys hjelp lenger oppe i trappa enn nødvendig. Kommunen bør ha et differensiert tilbud med kapasitet til å ta imot nye brukere og til å endre tilbudet i samsvar med endringer i behovet. Målet er at tilbudet skal ha den riktige sammensetningen og at tilbudet skal ha god kvalitet. Det er blant annet viktig å sikre tilstrekkelig kapasitet for tilbudene som blir gitt i brukernes egne hjem. Dersom de lavere trinnene i trappa ikke er tilstrekkelig utbygd, vil det kunne føre til at mindre selvhjulpne brukerne får tjenester for høyt oppe i trappa og dermed økte utgifter for kommunen.

Etter hvert som man blir eldre kan behovet for bistand øke. I perioder som for eksempel etter en operasjon kan man trenge mer bistand enn det man vanligvis gjør. Det er viktig at de ulike tilbudene blir gitt etter en plan slik at brukerne på kort og lang tid kan bli mest mulig selvhjulpne. I dialogen med brukerne er det også viktig å legge vekt på at den enkelte også har et eget ansvar for å ivareta egen helse (5)

## 2.1 Omsorgstrapp for Orkdal kommune



A

Det er laget en egen omsorgstrapp for Orkdal kommune som vist over. Dette vurderes som de tjenester som bør være på plass for å gi et tilbud best mulig tilpasset hver bruker i vår kommune.

Det er det siste året vært gjennomført flere tiltak for å bygge ut omsorgstrappa. Av disse er etablering av hverdagsrehabilitering, utvidelse av lokalt hjelpemiddellager. Forebyggende hjemmebesøk og demensteam er under utredning. Forventet oppstart i 2017.

Det har tidligere vært lav dekningsgrad for plasser i skjermet enhet ved Orkdal Helsetun. Som beskrevet i fjorårets strategidokument er dekningsgraden (andel plasser av alle langtidsplasser) ca 25% på landsbasis. Status for Orkdal kommune var 13,7%. Dekningsgraden er økt til 27% i løpet av 2016.

### 2.1.1 Fremtidens botilbud

Det demografiske utfordringsbildet, hvor andelen eldre over 80 år vil øke spesielt etter 2026 vil få konsekvenser for kommunens kapasitet når det gjelder botilbud til denne gruppa. Det har tradisjonelt sett blitt anbefalt at dekningsgraden for heldøgns omsorgstilbud bør ligge på 25% av andelen innbyggere over 80 år. Agenda Kaupang har på oppdrag fra KS undersøkt norske kommuners deknings-grad av heldøgns omsorg, og muligheten for en mer lik praksis for beregning av behovet for heldøgns omsorg i kommunene, og hvorvidt dette lar seg overføre til et nasjonalt nivå (6).

Konklusjonen av utredningen er at begrepet heldøgns omsorg brukes forskjellig, dekningsgraden i norske kommuner er svært ulik, alle kommuner med høy dekning er små kommuner, inntektsnivået er av relativ liten betydning for tilbudet av heldøgns omsorg, omfanget av bistand som ytes i boligene varierer og botilbud til eldre er 50% høyere i Norge enn resten av Norden.

I Orkdal har etterspørselen etter ordinære omsorgsboliger uten bemanning vært mindre enn tidligere. Det har vært ledighet i flere leiligheter, i lengre perioder både i omsorgsboligene på Svorkmo og på Fannrem. Dette har sammenheng med at flere bor i lettstelte leiligheter og kan motta helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet. Den totale boligsituasjonen har vært vurdert under ett slik at man har fått en hensiktsmessig utnyttelse av både kommunale boliger og omsorgsboliger.

For å sikre god dekning når det gjelder boløsninger for eldre bør dette utredes spesifikt for Orkdal.

### 2.1.2 Tilbud til personer med demens

Demens er fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og som medfører symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring av atferd. Tilstanden fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv. Personen som rammes blir sykere ettersom tiden går og blir etter hvert mer og mer avhengig av hjelp fra andre. Hos noen går forverringen fort (2-3 år), hos andre langsomt (8-10 år) og hos noen enda langsommere(7). Andelen demente på sykehjem er over 80% på landsbasis. En del av disse beboerne har behov for boløsninger hvor man har mulighet for å gi god miljøterapi til den enkelte. Miljøterapi består av bevisst bruk av innredning, lys, møblering, støyreduksjon og tilrettelagte aktiviteter for personer med demens. Forskning viser at skjermede enheter for personer med demens har gunstig effekt på trivsel og velvære. Beboere i skjermede enheter opprettholder kognisjonen og fungeringsevne lenger, de er roligere og bruker mindre legemidler. Tvangstiltak og rettighetsbegrensning er mindre hyppig.

I takt med stadig større andel eldre i befolkningen vil antallet som lever med demenssykdom øke, som vist i tabellen under Basert på tall fra SSB lever 176 personer med demenssykdom i Orkdal i 2015. Disse tallene gir oss grunn til å tro at det er mange som lever med demens i Orkdal som vi ikke vet om. I 2040 vil tallet øke til 371.

Orkdal		Demens forekomst															
		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040		
Begge kjønn	65-69 år	554	674	729	800	774	884	883		5	6	7	7	7	8	8	
	70-74 år	374	469	633	688	759	742	848		8	10	13	14	16	15	17	
	75-79 år	349	317	424	574	628	696	683		21	19	26	35	38	42	42	
	80-84 år	284	282	255	345	474	526	598		49	47	44	57	79	87	100	
	85-89 år	160	181	185	175	237	330	378		50	57	57	55	73	102	116	
	90 år og eldre	86	90	105	115	116	147	215		35	37	43	47	47	60	88	
Totalbefolkning		11365	11942	12757	13544	14196	14720	15187	Sum	168	176	189	215	260	315	371	

Tabellene er hentet fra SSB-Statistikkbanken januar 2012 og bygger på middel tallene MMMM (middels vekst etc.) Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995.

Aktuelle botilbud for personer med demens er skjermet enhet på sykehjem, styrket skjermet enhet for de med veldig lav funksjonsevne samt omsorgsbolig og bofellesskapsløsninger hvor bruk av velferdsteknologi bidrar til at personer med demens kan bo lenger i egen bolig. I Nederland har de bygget verdens første demenslandsby og i flere norske kommuner er slike demenslandsbyer under planlegging. Botilbud til denne pasientgruppen bør tas med i betraktningen når framtidens bo

### **Demensteam**

Tidlig diagnostisering vil her som ved andre lidelser være avgjørende, slik at tiltak kan iverksettes på et tidligst mulig tidspunkt. Vi vet at mange pårørende lever med tunge omsorgsoppgaver knyttet til denne gruppen. Målet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være å øke kapasiteten og heve kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens. Viktige satsningsområder vil være dag- og avlastningstilbud, pårørendearbeid, tilrettelagte botilbud, informasjon og kompetanseheving. Et annet viktig satsningsområde vil være utredning og diagnostisering av demens. Dette vil være forutsetning for å kunne gi hensiktsmessig behandling og omsorg. Et demensteam har ansvaret for utredning av personer med mistanke om demens og oppfølging av personer med demens og deres pårørende, dette gjøres i samarbeid med fastlegen.

Dette arbeidet er under planlegging i Orkdal kommune. Planlagt oppstart i 2017. Det anses som hensiktsmessig at ordningen knyttes til dagsentertilbudet for demente og søknadskontoret for helse- og omsorgstjenester.

### **2.1.3 Hverdagsrehabilitering**

Som nevnt innledningsvis skal vi i henhold til overordnede mål i kommuneplanens samfunnsdel fremme psykisk og fysisk helse, mestring og livskvalitet for våre innbyggere. Vi skal sørge for at innbyggerne får nødvendige tjenester til å mestre egen hverdag og mulighet for samfunnsdeltakelse.

For å nå dette målet må vi legge til rette for at alle innbyggerne mestrer- og kan leve lengst mulig i eget liv. Dette handler om muligheten til å bo lengst mulig i egen bolig og settes i stand til å bruke de ressursen man har til å mestre egen hverdag. Mestringsfølelse handler om å ha en meningsfull, håndterbar og begripelig livssituasjon. Vi må legge til rette for at brukere av våre tjenester går fra å være passiv mottaker til å bli aktiv deltaker.

Forskning viser at økt egenmestring gir økt livskvalitet. Forskning viser også at den beste måten å påvirke egen mestringsevne er å erfare mestring gjennom vellykket utførelse av en oppgave(9).

#### **Hva er hverdagsrehabilitering?**

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmetode som har vist gode resultater for å nå målet om økt funksjonsnivå og egenmestring.

Hverdagsrehabilitering ligger innen formålet for helse- og omsorgsloven og er i samsvar med den norske definisjonen av rehabilitering: "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider". Dette er også "nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet" (10).

Sentralt i hverdagsrehabilitering er brukerstyrte tiltak med utgangspunkt i hva den enkelte synes er viktig å gjøre i hverdagslivet; Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå? Med utgangspunkt i den enkelte innbyggers mål og tverrfaglig kartlegging av forutsetninger, utarbeides mål og tiltaksplaner.

Hverdagsrehabilitering i tillegg kjennetegnes med at:

- den skjer på brukerens arena, i hjemmet og nærmiljøet
- vanlige hverdagsaktiviteter brukes i opptrening
- den er et tilbud for eldre, selv om det ikke er klart definert nedre aldersgrense
- den har et forebyggende perspektiv, etter som den vedlikeholder mestring av hverdagsaktiviteter
- tidlig tverrfaglig kartlegging
- intensiv innsats på tidlig tidspunkt før den enkelte har mistet betydelig funksjon

Hverdagsrehabilitering forutsetter rehabiliteringskompetanse blant ansatte i hjemmetjenestene. Ergoterapeuter og fysioterapeuter har sentrale roller for utredning, opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplaner.

Skal man lykkes, må det være politisk eierskap og vilje til endring av kultur i helse- og omsorgstjenesten med større vektlegging av hverdagsmestring. Det er en utfordring med ulike faglige kulturer hos rehabiliteringspersonale og pleiepersonale. Derfor er det viktig å utvikle arbeidskulturer med felles verdigrunnlag, gjensidig forståelse og respekt.

Suksesskriterier for etablering av hverdagsrehabilitering kan summeres i fire punkter

- Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger
- Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse
- Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende

I litteraturen omtales ofte hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring om hverandre og dette kan virke forvirrende. For å avklare dette

- Hverdagsmestring – som et grunnleggende rehabiliterende tanke sett som styrer ulike arbeidsformer og tjenester inkludert hverdagsrehabilitering
- Hverdagsrehabilitering som arbeidsform

### **Tiltak**

Det er igangsatt et 3-årig hverdagsrehabiliteringsprosjekt i Orkdal kommune.

#### **2.1.4 Forebyggende hjemmebesøk**

Som ledd i tidlig innsats og gi eldre mulighet til å mestre eget liv og bo i egen bolig lengst mulig er det en målsetning å tilby alle hjemmeboende eldre forebyggende hjemmebesøk. Målet er at eldre, funksjonsfriske mennesker skal opprettholde sitt funksjonsnivå. Flere kommuner har startet dette tiltaket, men erfaringene er ulike når det gjelder hvilken alder hjemmebesøket skal tilbys på. Flere kommuner har tatt utgangspunkt i 80 år, mens noen har erfart et dette er noe sent.

Forebyggende hjemmebesøk er en samtale med kvalifisert helsepersonell hvor det legges opp til en samtale omkring aktivitet, sosial deltakelse, samt trygghet og sikkerhet i hjemmet. Det skal vektlegges spesielt hva den enkelte selv mener er viktig for å ivareta egen helse.

Det vil være hensiktsmessig å organisere dette sammen med hverdagsrehabilitering i regi av søknadskontoret for helse- og omsorgstjenester. Er under utredning. Oppstart 2017.

## 3 Strategi 2 - Velferdsteknologi

### 3.1 Hva er velferdsteknologi

I NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg"(11) defineres velferdsteknologi på følgende måte:

*«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.»*

Velferdsteknologi beskrives i Stortingsmelding 29 – Morgendagens omsorg(11) som ett av tiltakene for å møte utfordringene knyttet til det økte behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester. I likhet med Hverdagsrehabilitering legges det ved bruk av velferdsteknologi til rette for at brukeren selv kan mestre eget liv, og være lenger i eget liv.

Velferdsteknologi deles inn i fire typer teknologi, som både hver for seg og sammen kan bidra til at brukerne opplever økt trygghet, selvstendighet og mestring.



## 3.2 Ulike typer velferdsteknologi

### Smarthusteknologi



Smarthusteknologi omhandler elektriske installasjoner som bidrar til enklere betjening av husets elektriske komponenter. Dette vil være aktuelt både ved nybygg og rehabilitering av eldre bygningsmasse.

### Trygghets- og sikkerhetsteknologi

- Alarmer (varme/ brann, komfyrvakt, vann, besøk av uvedkommende)
- Varsling ved unormale hendelser (fall, døgnrytme, aktiviteter ol.)
- Tilkalling av hjelp (behov for assistanse eller hjelp)
- Springsteknologi (GPS)

### Teknologi for sosial kontakt

- Videokommunikasjon (Skype ol.)
- Sosiale medier (Facebook, Twitter ol.)
- Robotteknologi

### Teknologi for behandling og pleie

- Hjemmebehandling via PC med berøringsskjerm og kamera
- Kommunikasjon med helsepersonell
- Egenregistrering av kliniske data
- Sensorteknologi (blodtrykk, vekt, blodsukker osv.)

### 3.3 Tiltak

---

Orkdal kommune deltar i det midtnorske velferdsteknologinettverket initiert og styrt av fylkesmennene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag i samarbeid med KS. Deltakelsen initierte i prosjektet sikker medisinerings. Det er gått til anskaffelse av 5 automatiske dosetter for bruk i hjemmetjenesten. Prosjektet har pr 01.11.15 så vidt kommet i gang og videreføres i 2016.

Utredning av bruk av GPS for hjemmeboende personer med demenssykdom er startet. Arbeidet videreføres.

For å kunne ta i bruk velferdsteknologiske løsninger på Orkdal helsetun kreves det at det trådløse nettet utbedres. Det ble bevilget midler til dette i 2016 og arbeidet slutføres i løpet av året.

Det er et behov for å utrede bruk av velferdsteknologiske løsninger for bruk på sykehjem. Dette kan blant annet innebære dørsensorer, vandrealarm, trygghetsteknologi og fallalarm. Det er ved bruk av e-kommune-midler kjøpt en plattform for velferdsteknologiske løsninger. Det er igangsatt et utredningsarbeid knyttet til utbygging av velferdsteknologi på en skjermet enhet på Orkdal helsetun.



## 4 Strategi 3- Frivillighet

### 4.1 Om frivillig sektor

---

Frivillige organisasjoner bidrar med mellom 5 000 og 10 000 årsverk innen pleie og omsorg på landsbasis. Rundt 75 prosent av de frivillige bak denne innsatsen er over 50 år. Det er rundt 2 prosent av befolkningen som utfører en frivillig innsats innen området. Frivillig innsats utenom de frivillige organisasjonene er i vekst. Til sammenlikning utgjør antall lønnede årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene rundt 130 000 årsverk. Bidraget fra pårørende utgjør rundt 100 000 årsverk (12).

De vanligste samarbeidsaktivitetene er kulturtilbud rettet mot eldre og kulturelle tiltak for beboere på institusjon, sosiale aktiviteter, besøkstjeneste for institusjonsbeboere og hjemmeboende og dagsentre.

Utfordringer som krever utredning:

- Arbeidsgiverpolitiske utfordringer som kan oppstå i skjæringspunktet mellom kommunal tjenesteproduksjon, frivillig sektor og sosiale entreprenører
- Krav til kompetanse og ferdigheter hos de som skal jobbe sammen med frivillige

### 4.2 Tiltak

---

- Livsgledesykehjem/ livsgledekommune
- Overordnet strategi for frivillig arbeid i Orkdal kommune
- Strategi for frivillig arbeid i helse- og omsorgstjenesten

## 5 Litteraturliste

1. St. meld. nr 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten- nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) Dato LOV-2011-06-24-30 Helse- og omsorgsdepartementet
4. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseoven) Dato LOV-2011-06-24-29 Helse- og omsorgsdepartementet
5. Tjeneste- og organisasjonsevaluering av pleie- og omsorgstjenesten i Orkdal kommune RAPPORT 8. august 2014, Agenda Kaupang.
6. KS-rapport (2016) Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester
7. Breækhus et al.(2009) Hva er demens? Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Hukommelsesklinikken ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.
8. St meld nr 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen — Trygghet - respekt – kvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet.
9. Korpershoek, C., Bijl, J. V. D. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67
10. KS FoU-prosjekt nr. 134027 Sluttrapport. 15.06.2014 Hverdagsrehabilitering i norske kommuner
11. NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg.
12. Meld. St. 29 (2012–2013 Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
13. KS-rapport Velferd i nytt terreng; Hvordan kan kommunen som arbeidsgiver samarbeide med frivillig sektor og sosiale entreprenører innen pleie- og omsorgstjenestene? (2014)