

MELDAL KOMMUNE

Styringsgruppe for framtidens helse- og omsorgstjenester

Møteinnkalling

Møtested: Formannskapssalen

Møtetid: 25.04.2018 kl. 09:00

Sakliste

Sak nr.	Sakstittel	Arkivsak nr	Gradering
002/18	Valg av planløsning og et betinget utbyggingsvedtak om framtidens helse- og omsorgstjenester	16/1575	

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Meldal, 25. april 2018

Odd Arild Svartbekk
leder

Ann-Lisbeth Tøndel
Kommunalsjef Helse og
omsorg

MELDAL KOMMUNE

Saksframlegg

Saksgang		
Utvalg/styre:	Møtedato	Saksnummer
Styringsgruppe for framtidens helse- og omsorgstjenester	25.04.2018	002/18
Kommunestyret		

Saksbehandler: Tøndel, Ann-Lisbeth	Arkiv: FE - 031, FA - H12	Arkivsaknr: 16/1575-41
---	----------------------------------	-------------------------------

Valg av planløsning og et betinget utbyggingsvedtak om framtidens helse- og omsorgstjenester

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Med forbehold om tilsagn på investeringstilskudd fra Husbanken, prosjekteres det for bygging av nytt helse- og omsorgssenter, der valg av planløsning er samlokalisering av helse- og omsorgstjenestene.
2. Rådmannen får i oppdrag å synliggjøre innsparing tilsvarende økte kapitalutgifter på 1 mill. kr i økonomiplanen for 2019- 2022.
3. Rådmannen utreder etterbruk av Sentrumsbygget i samarbeid med den andre eieren og eventuelle andre lokale aktører. Utredningen sees i sammenheng med framtidig bruk av Meldal rådhus.

Vedlegg i saken:

Strategi for helse- og omsorgstj. i Orkland

Saksopplysninger:

Denne saken er en presisering av kommunestyrevedtak 001/18 – Planløsning av framtidens helse- og omsorgstjenester. I dette vedtaket fikk rådmannen fullmakt til å forberede detaljprosjektering av nytt bygg basert på at tjenestene ikke skulle samlokaliseres, men med opsjon på utredning av alternativ med samlokalisering.

Etter videre drøftinger mellom administrativt og politisk nivå, ønsker man nå å få en avklaring på om en kan velge en planløsning, før detaljprosjektering blir igangsatt.

Søknad om investeringstilskudd ble sendt Husbanken 23/3-18, etter at forvarsel ble sendt i desember 2017. Vi har fått tilbakemelding på at søknaden er under behandling, men vi kan ikke forvente et svar før tidligst i utgangen av 2. kvartal. Husbanken vil prioritere rekkefølge på evt. tilsagn ut i fra byggestart av de enkelte prosjektene, og er i dialog med kommunene om dette. Husbanken ønsker en snarlig avklaring om valg av planløsning.

I vårt byggeprosjekt er det tatt høyde for en felles rehabiliteringsenhet i nytt helse- og omsorgssenter i Meldal for alle Orklandskommunene. For å få dette forankret i de andre kommunene, har det vært orientert om planene både i AU og Fellesnemd. Et strategidokument for helse- og omsorgstjenestene i Orkland er senere utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra administrativ ledelse i Orklandskommunene. I denne vedtatte strategien anbefales en avdeling for døgnrehabilitering ved det nye helse- og omsorgssenteret i Meldal. Strategien ble vedtatt i Fellesnemd 12/4-18.

En samlokalisering er fra faglig ståsted svært viktig. I sammenslåingsprosessen med de andre tre kommunene i Orkland har det vært arbeidet i mange faggrupper, der flere av tjenestene har blitt planlagt ut i fra prinsippet «ei dør inn» for brukerne, jfr. «Familiens Hus». En planløsning ut fra dette prinsippet er også viktig i vår del av Orkland.

Samhandlingsreformen har fokus på helhetlige pasientforløp, som krever god koordinering og effektivisering av tjenestene. Samlokalisering gir nærhet, som igjen legger et godt grunnlag for samarbeid og forebygging av fragmenterte tjenester. Fagmiljøene blir større og mer robuste, man nyttiggjør seg hverandres fagkompetanse og det tverrfaglige samarbeidet forsterkes og effektiviseres. Dette har vi god erfaring med ved at institusjon og hjemmetjeneste har vært samlokalisert i mange år. Mye av vår tjenesteyting i dag, er avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid.

Ved lettere tilgang på legeressurs, kan man ved tidlig avklaring for de som er innlagt i institusjon eller som bor i omsorgsbolig tilknyttet det nye helse- og omsorgssenteret, forebygge innleggelse på sykehus. Med dette kan man også redusere behovet for legevakt på kveld/natt, og unngår belastningen en tur/retur Orkdal/Meldal vil gi for beboer.

Eldreråd og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne har i brev uttrykt sitt ønske om samlokalisering av tjenestene. Gjennom godkjenning av vårt byggeprosjekt støtter Fylkesmannen forslaget til disse to rådene om samlokalisering. Likedan anbefaler forvaltningsrevisjonen gjennom sin revisjon av kommunens helhetlige helse- og omsorgstjenester, også en planløsning med samlokalisering.

Anbudsprosess ved bygging av nytt helse- og omsorgssenter i Meldal:

TRINN 1: Anbud prosjekteringsgruppe.

Anbud lyses ut i to trinn. Første trinn er prekvalifisering av firma for tilbud på prosjektering av nytt helsebygg. Denne delen ligger ut på Doffin, med frist 23.04.18. Vedståelsesfrist her er 23.07.18.

Ut fra denne prosessen velges maks 5 firma ut til å delta på konkurransen om prosjektering. Innbydelse sendes ut til utvalgte leverandører om å delta tidligst 30.04.18. Aktuelle firma gis her en frist på 25-30 dager til å komme med anbud på prosjektering.

Forutsatt at det kommer tilstrekkelig antall tilbud, velges de tre mest aktuelle tilbydere inn til forhandlinger. Vedståelsesfrist etter levert tilbud er vanligvis tre måneder, men kan forlenges om det er ønske om dette.

Dersom forutsetninger er tilstede kan evt. kontraktinngåelse finne sted med valgt firma, og arbeidet med detaljprosjektering gjennomføres.

Prosjekteringsarbeidet er omfattende. Lengde av prosjekteringstid vil være avhengig av avtale med aktuelle firma. Det vil også stille store krav til brukere før og under gjennomføringsperioden.

TRINN 2: Anbud utførelse.

Prosjekterende utarbeider anbudsgrunnlag for de enkelte fag. Antall entrepriser velges ut fra hva man mener er mest gunstig for prosjektet.

Anbud lyses ut for de enkelte entrepriser og utførende firma velges ut fra gjeldende kriterier. Også her kan det velges konkurranse med forhandlinger. Det kan etter valg av entreprenør skrives egen kontrakt mellom tiltakshaver og entreprenør for hvert enkelt fag.

Byggeneprenør er som regel hovedentreprenør, og står for rigg for alle fag. Det kan om ønskelig tas med opsjon på tiltransportering av sideentrepriser til hovedentreprenør.

Tiltakshaver har da en kontrakt å forholde seg til om alle sideentrepriser velges tiltransportert hovedentreprenør.

TRINN 3: BYGGELEDER/ KOORDINATOR FOR PROSJEKTET

Prosjektets omfang vil kreve egen byggeleder i gjennomføringsfasen for bygget. Anbud for innhenting av firma til byggeledelse må lyses ut. Omfanget her vil være avhengig av valg av entrepriseform. Selvstendige sideentreprenører stiller større krav til koordinering enn hovedentreprenør med tiltransporterte sideentreprenører, der koordinering i stor grad tilfaller hovedentreprenør. Tidspunkt for inntreden fra byggeleder må også vurderes. Det kan være behov for styring/ hjelp i arbeidet mellom tiltakshaver og prosjektgruppe.

Saksbehandlers vurdering:

Hovedformålet med denne saken er å avklare hvorvidt videre utredning av nytt helse og omsorgsløsning skal utredes etter ett eller to alternativer. I etterfølgende sak er samlokalisering av legekontor, helsestasjon og psykisk helse med nytt helsetun vurdert. Kort oppsummert taler faglige forhold og kvalitet på tjenestene for samlokalisering, mens usikkerhet i forhold til sentrumsbyggets økonomi taler mot. For å redusere denne usikkerheten må det arbeides videre med framtidig bruk av sentrumsområdet.

I det vedtatte handlingsprogrammet for 2017-2020 er det overordnede målet for sektor Helse- og omsorg:

Meldal kommune skal ha helse- og velferdstjenester som stimulerer til sunne levevaner, tilhørighet, trygghet, mestring og deltakelse.

For å nå dette målet skal man sikre nødvendig kompetanse på riktig nivå, sikre gode samarbeidsrutiner internt i sektoren og med eksterne samarbeidspartnere, for å sikre bl.a helhetlige pasientforløp. Det må jobbes tverrfaglig og utadrettet mot og sammen med innbyggerne, sikre involvering av brukere og pårørende med fokus på mestring og ansvar for egen helse, ha nærhet til helsetjenester som er likeverdige og koordinerte, gi tjenester på lavest mulig omsorgsnivå, legge til rette for innovasjon og ta i bruk velferdsteknologi.

Ved å samlokalisere helse- og omsorgstjenestene har man større muligheter for å gjennomføre alle disse tiltakene for å nå målene, til stor gevinst for brukeren.

Å rekruttere og beholde fagkompetanse kan også være enklere, der man har etablert større fagmiljø med samlokalisering av helse- og omsorgstjenestene. Utfordringene med kvalifisert bemanning, er og blir sannsynligvis mere utfordrende fram i tid.

Økonomi:

Merutgifter til samlokalisering

Ved en eventuell samlokalisering av dagens legekontor, helsestasjon og psykisk helsearbeid inn i nytt helsetun, er det estimert et økt investeringskostnad med 20-21 millioner. Det forventes ikke at dette medfører økte tilskudd fra Husbanken eller andre. Det er ikke gjennomført detaljprosjektering, slik at investeringskostnaden er basert på felles forutsetninger fra tidligere.

Tabellen under illustrerer effekten på renter og avdrag som følge av samlokalisering, gitt ulike forutsetninger for investeringen. Det er tatt utgangspunkt i netto 21 millioner (d.v.s. at mva forutsettes kompensert fullt ut. Videre er det illustrert effekten av endret rente (2-4%) og avdragsutgiftene ved hhv 40 og 50 års avdragstid.

Investering	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000
Rente, %	2 %	3 %	4 %	2 %
Avdragstid i år	40	40	40	50
Rente 1. år, kr	420 000	525 000	840 000	420 000
Avdrag, kr	525 000	525 000	525 000	420 000
Årlig belastning	945 000	1 050 000	1 365 000	840 000

Som tabellen viser, er det å forvente økte kapitalkostnader omkring en million kroner knyttet til samlokalisering.

Rådmannen vurderer at det vil være mulig å dekke inn økte kapitalkostnader i denne størrelsesorden gjennom generelle innsparinger i driften i 2019 og påfølgende år, og vil bake dette inn i økonomiplanen.

Kostnad ved å «tømme» vår del av Sentrumsbygget

Også vurderingen av kostnader knyttet til kommunens leieforpliktelse i Sentrumsbygget AS må tuftes på enkelte forutsetninger.

For det første er kommunen både leietaker i bygget og deleier i selskapet Sentrumsbygget AS. De to eierne er også byggets hovedleietakere. Dette medfører at kommunen – og for den del banken - kan si opp leieavtaler i bygget, på ordinær måte. Samtidig må kommunen være med på å dekke «kostnadene» dette medfører for bygget som deleier, i form av bortfall av leieinntekter mens bygget fortsatt oppbeholder driftskostnader.

Kommunen betalte i 2017 rett under 1,9 millioner i husleie til Sentrumsbygget AS. Av dette var noe framleie til private fysioterapeuter. Holder en dette utenom er den forventede leiekostnaden ca. 1,6 millioner i år. En må i denne sammenhengen vurdere om også framleieavtalene vil opphøre som en annen forutsetning for kostnadsbildet.

Husleia i Sentrumsbygget AS er satt ut fra en felles interesse av å holde byggets tekniske standard på et tilfredsstillende nivå, samtidig som leia skal holdes på et begrenset nivå. Styret i Sentrumsbygget AS har i forståelse med eierne, startet vurderingene omkring en eventuell seksjonering av bygget og deling av selskapet. Gjennomføres dette, vil kommunen stå som ordinær eier av «vår» del av bygget. En slik deling vil i tillegg til selve bygget, også fordele gjeld og andre forpliktelser.

Om arealene til legekontor, helsestasjon og lokalene til psykisk helse frigis, må kommunen påregne fortsatt å bære kostnader til de tomme lokalene. Dette knyttet til nødvendig oppvarming, forsikringer, kapitalkostnader, drift av fellesarealer, o.s.v. En har også gjennom eierskapet i Sentrumsbygget AS en forpliktelse som skal ivaretas i forhold til ansatte i bygget.

FDV-kostnaden i nytt bygg er ikke kjente, men det er grunn til å anta at disse blir vesentlig lavere enn drift av dagnes lokaler i sentrumsbygget. Tilsvarende forventes kapitalutgiftene å være høyere i et nytt bygg. I dette bildet må det også vektlegges at arealbehovene endres for tjenestene i Sentrumsbygget, selv om en ikke flytter. Dette blant annet grunnet økt bemanning og andre krav til arealenes funksjonalitet. Det må derfor påregnes framtidige investeringskostnader i Sentrumsbygget også om en ikke flytter tjenester.

Hvor store besparelser det kan bli ved å frigi lokalene i Sentrumsbygget, er derfor avhengig av flere forhold. Et grovt estimat kan være en halvering av kostnadene i forhold til dagens nivå. Dette gjelder tomme lokaler på kort sikt. På lengre sikt vil vedlikeholdsbehov medføre at utgiftene forventes å øke/innsparingen bli mindre.

Dersom lokalene fylles med annen kommunal aktivitet, forventes ikke vesentlige endringer i forhold til dagens kostnadsbilde.

Forutsatt at seksjonering og splitting av selskapet gjennomføres, står kommunen friere til å vurdere alternativ bruk av våre lokaler. Dette åpner for en dialog med omgivelsene, hvor flere mulige utfall kan tenkes. Dette kan være å flytte annen kommunal aktivitet inn i bygget, eller det kan være å leie disse ut til andre formål. Videre kan en tenke seg salg av lokalene i en eller annen form.

Konsekvenser for folkehelse og miljø:

Ved samlokalisering får man en god innretning og organisering av framtidens helse- og omsorgstjenester i denne delen av Orkland kommune. Dette vil gavne brukere og samtidig gi gode arbeidsforhold for ansatte, som igjen vil virke positivt på folkehelsen.

Strategi for helse- og omsorgstjenesten i Orkland kommune



Innhold

1	Innledning.....	3
	Sentrale dokumenter:	3
3	Prinsipper	4
4	Utfordringsbilde og sentrale føringer.....	5
4.1	Aldersbæreevne	5
4.2	Trender i Skandinavia – institusjon eller omsorgsbolig.....	6
4.3	Endrede krav til kommunene	7
4.4	Økonomiske forskjeller ved bruken av institusjon og bolig med heldøgns omsorg	7
5	Nøkkeltall.....	8
5.1	Befolkningsprognose for eldre årsklasser	8
5.2	Prioritering.....	9
5.3	Produktivitet/enhetskostnader	12
5.4	Dekningsgrader	13
5.5	Kompetanse.....	14
5.6	Egenbetaling.....	14
5.6.1	Praktisk bistand i hjemmetjenesten.....	14
5.6.2	Trygghetsalarm.....	14
5.6.3	Opphold i institusjon	15
5.6.4	Dagsenter	15
5.6.5	Matombringing.....	15
5.7	Anbefaling.....	15
6	Tildelingskontor.....	16
6.1	Saksbehandling og tildeling.....	16
6.2	Forslag til organisering av tildelingskontor i Orkland kommune	17
6.3	Lokalisering.....	17
6.4	Organisering	17
6.5	Anbefaling.....	17
7	Institusjonstjenesten.....	18



7.1	Status for institusjonstjenesten i Orkland-kommunene	18
7.1.1	Antall institusjonsplasser pr 1.1.18	19
7.1.2	Pågående prosjekt/ utredninger	19
7.1.3	Planlagt utbygging	19
7.1.4	Anbefaling.....	20
8	Hjemmetjeneste.....	21
8.1	Anbefaling.....	21
9	Kommuneovergripende oppgaver	22
9.1	Rehabilitering	22
9.1.1	Kapasitet	23
9.1.2	Hverdagsmestring som arbeidsmetode	23
9.1.3	Rehabiliteringstilbud utenfor institusjon (oppsøkende rehabilitering)	23
9.1.5	Dagrehabilitering – utenfor institusjon	23
9.1.4	Rehabilitering i institusjon.....	23
9.2	Skjermet enhet i institusjon	24
9.3	Palliasjon/ lindrende behandling.....	24
9.4	Avlastning i institusjon	25
9.5	Psykisk helse- og rus	25
	Anbefaling	26
10	Digitalisering.....	27
10.1	Velferdsteknologi	27
10.2	Anbefaling.....	28
10.2.1	Informasjon	29
10.2.2	Opplæring.....	29
10.2.3	Drift og arbeidsprosesser	29
10.2.4	Organisering	29
10.2.5	Vurdering av digital modenhet.....	29
11	Referanser	30
	Lovverk	30



1 Innledning

Denne strategien er en oppfølging av Fellesnemdas vedtak i PS 8/18 Strategi for helse- og omsorgstjenesten i Orkland. Fellesnemda ber om en utredning/ strategi om mulig organisering av helse- og omsorgstjenesten i Orkland. Strategien skal danne grunnlag for videre arbeid og konklusjoner for området.

Strategien er utarbeidet med bakgrunn i føringer i intensjonsavtalen, sentrale styringsdokumenter, kommunedelplaner og strategier for områdene i Orkland-kommunene, ny forskning på området og faggrupperapporter for sammenslåingsprosessen.

- Den nye kommunen skal ha tilbud innen pleie- og omsorg plassert nært innbyggerne. Enhetene skal ha ressurser, kompetanse og lokaler som gjør dette mulig.
- Det skal være klare tildelingskriterier for pleie- og omsorgstjenester. Felles organisering og samordning av administrative ressurser skal sikre gode tjenester. Det skal legges vekt på at innbyggerne skal bo hjemme så lenge som mulig. En felles utvikling av framtidsetta helse- og omsorgstjenester med bl.a. velferdsteknologi skal være en prioritert oppgave.
- Den nye kommunen vil samle de mest spesialiserte tjenestene i sterke kompetente fagmiljøer, som også skal prioritere tilstedeværelse i tverrfaglige arbeid ute hos enhetene.
- Den nye kommunen skal prioritere forebygging gjennom tidlig innsats og tverrfaglig samordning innen helse, oppvekst og familietjenestene.

Intensjonsavtale 2016

Sentrale dokumenter:

- Perspektivmeldingen 2017
- St. melding 47 - Samhandlingsreformen
- St. melding 29 - Morgendagens omsorg
- St. melding 26 – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)
- Folkehelsemeldingen (2014-2015) Mestring og muligheter
- Mestre hele livet- Regjeringens strategi for psykisk helse (2017-2022)



3 Prinsipper

I sammenslåingsprosessen har det vært arbeidet i mange faggrupper og som en del av mandatet ble gruppen bedt om å sette ned prinsipper for organisering av tjenesten. Prinsippene var tenkt som overordnede arbeidsmål slik at forslag til innretting av tjenestene oppfyller de overordnede prinsippene. Noen av de innspilte prinsippene overlapper hverandre, og disse er forsøkt samlet.

Faggruppene har spilt inn følgende prinsipper:

- Kvalitativt gode tjenester
- Brukerperspektiv- tjenestene skal i størst mulig grad innrettes etter brukerens behov
- Tidlig innsats uansett alder
- “En dør inn”
- Lik tilgang på tjenester for hele befolkningen
- Objektiv vurdering og individuell tildeling
- God saksbehandling
- Bruker og pårørendemedvirkning
- Tjenester der brukerne bor, der det er mulig
- Styrke forsknings- og utviklingsarbeid



4 Utfordringsbilde og sentrale føringer

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 som krever styrket kompetanse.

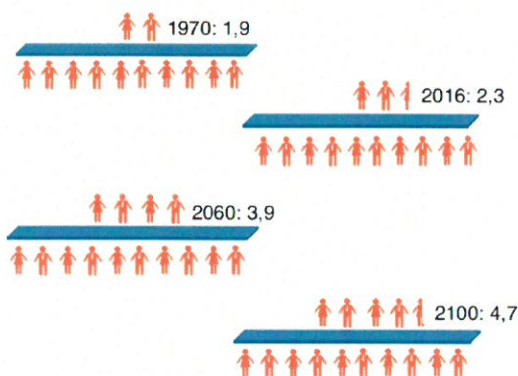
Fra brukernes side oppleves kvalitet på tjenesten, helhetlige tjenester, brukerinvolvering og involvering av fastlegen som utfordringer i primærhelsetjenesten. (1) Tjenestene bør i større grad ta utgangspunkt i brukernes behov og brukeren bør kunne være mer delaktig i tilbudet. Lik tilgang til tjenester 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.

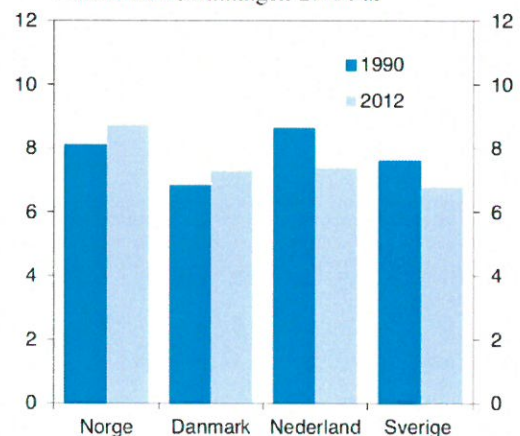
4.1 Aldersbæreevne

Aldring og uførhet

A. Antall eldre (67 år og over) per 10 personer i yrkesaktiv alder (20-66 år)



B. Uføretrygd i Norge og enkelte andre land. Prosent av befolkningen 20-64 år¹



Kilde: Perspektivmeldingen 2017(3)



I tiårene fremover vil befolkningen eldes. Mens det i dag er vel 2 personer over 67 år per 10 personer i yrkesaktiv alder, anslås det i 2060 å være om lag 4 eldre per 10 yrkesaktive. Aldringen sammen med at flere i yngre faller utenfor, utfordrer den norske velferdsmodellen. Dette bildet styrker det faktum at vi blir nødt til å løse vårt oppdrag på en annen måte enn det vi gjør i dag for så sikre at våre innbyggere får de tjenestene de har krav på. (3)

4.2 Trender i Skandinavia – institusjon eller omsorgsbolig

Andelen eldre over 80 år vil fordobles fram mot 2040. Dette kjennetegner ikke bare det norske samfunn, men også utviklingen i andre europeiske land. At flere opplever å nå en slik høy alder skyldes i stor grad en utvikling knyttet til en generell bedre helse i befolkningen, som igjen vil kunne føre til større grad av selvhjulpenhet i eldre år. På tross av at mange vil være spreke og selvhjulpne i lang tid, er det er grunn til å tro at det i økende grad vil være flere som får store hjelpebehov på grunn av sykdom og skrøpeligheit. Beboere i dagens sykehjem kjennetegnes av høy alder og med komplekse sykdomsbilder der demenssykdom kommer i tillegg til annen somatisk sykdom

Mens Sverige og Danmark avviklet sine institusjoner i eldreomsorgen fra omkring 1990, har Norge i langt større grad valgt å beholde sykehjemmene. Økonomien har tillatt det, og sykehjemmene har hatt tillit i befolkningen. Retten til en selvstendig bolig for eldre, uavhengig av hjelpebehov, har ikke stått like sterkt i Norge. Rundt 32 000 av den norske eldrebefolkningen (67 år+) bor i dag i sykehjem, bare 8 000 i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, alt i alt 40 000 (6 prosent) i det som gjerne omtales som heldøgns omsorgsplasser(4). Undersøkelser har vist at folk flest ønsker omsorgsbolig framfor sykehjem for sin egen del, men de ønsker sykehjem for sine pårørende, fordi det da var mindre risiko for at familien ble overbelastet (5).

En viss avinstitusjonalisering har skjedd også i Norge, men institusjonsomsorgen står fortsatt sterkt, og legger beslag på nær tre fjerdedeler av de samlede driftsutgiftene i eldreomsorgen. Mens institusjonsomsorgen praktisk talt ble avviklet for yngre aldersgrupper, har eldreomsorgen fortsatt i mer tradisjonelle spor. Hjemmetjenester og omsorgsboliger har fått dermed lavere prioritet enn i Danmark og Sverige. Brorparten av ressursene har vært reservert for sykehjemmene, og det har blitt relativt mindre igjen til de alternative tjenestene. Dette har bidratt til at alternative boformer ikke har fått tilstrekkelig bemanning og tjenester og tilliten til denne omsorgsformen har dermed blitt svak.

I kommunedelplan for pleie og omsorgstjenestene i Agdenes, helse- og mestringsplan for Snillfjord, strategidokument for sektoren i Orkdal og utredning i forbindelse med nytt helsesenter gjort av RO for Meldal kommune er anbefalingene entydige med tanke på anbefaling om vridning av tjenestetilbudet fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg. I praksis betyr dette at flere tilbys omsorgsbolig med heldøgns omsorg i stedet for institusjonsplass. Dette er også ihht til de nasjonale føringene og anbefalingene.



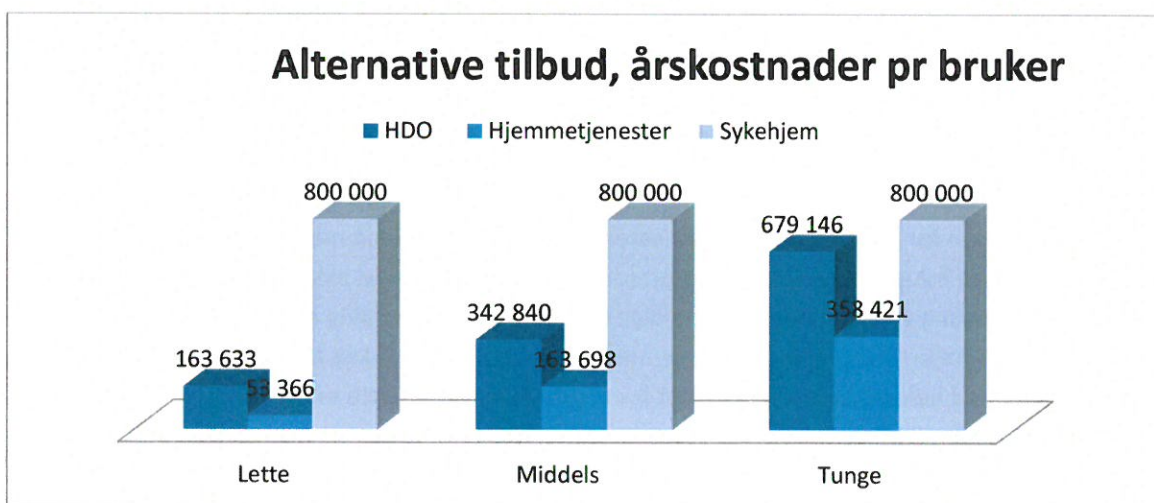
4.3 Endrede krav til kommunene

Samhandlingsreformen innebærer at presset på omsorgsplasser vil fortsette å øke, spesielt når det gjelder korttidsplasser for avlastning, rehabilitering, opptrening og øyeblikkelig hjelp. Pasienter som sykehusene melder utskrivingsklare til kommunen, er ofte sykere enn før. De forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingskrevende og komplekse sykdomstilstander. Dette stiller krav til kommunen både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Rapporten *Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene* (6) viser at reformen har endret helsetjenestene i kommunene. Det oppstår mangel på institusjonsplasser, både korttids-, langtids- og rehabiliteringsplasser, hvilket fører til at terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er blitt høyere. Det er også en utfordring å holde korttidsplasser ledige for å ha kapasitet til å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Korttidsopphold blir kortere og mer målrettede, og det settes inn mer med personell og utstyr. Dette kan ses på som tegn på en mer spesialisert tjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir mer diagnoseorienterte. Samme tendens til dreining fra helhetlig omsorg og pleie, til mer medisinsk behandling og pleie, finner vi i hjemmetjenesten.

Setter man disse utfordringsbildene opp mot hverandre vil en framtidrettet institusjonstjeneste inneholde nok plasser for behandling, men institusjonene bør ikke være en plass å bo på lengre sikt. De tradisjonelle langtidsplassene bør erstattes med andre boliger med heldøgns omsorg.

4.4 Økonomiske forskjeller ved bruken av institusjon og bolig med heldøgns omsorg

I tillegg til at omsorgsbolig med heldøgns omsorg bedre legger til rette for egenmestring og pårørendes deltakelse, er det mye som tyder på at det er store økonomiske forskjeller når det gjelder de ulike løsningene. I den grafiske framstillingen under er dette sammenstilt og viser kostnadsforskjellen i de ulike tilbudene når det gjelder lette, middels og tunge brukere. Dette underbygger satsningen på vridning mot hjemmebasert omsorg.

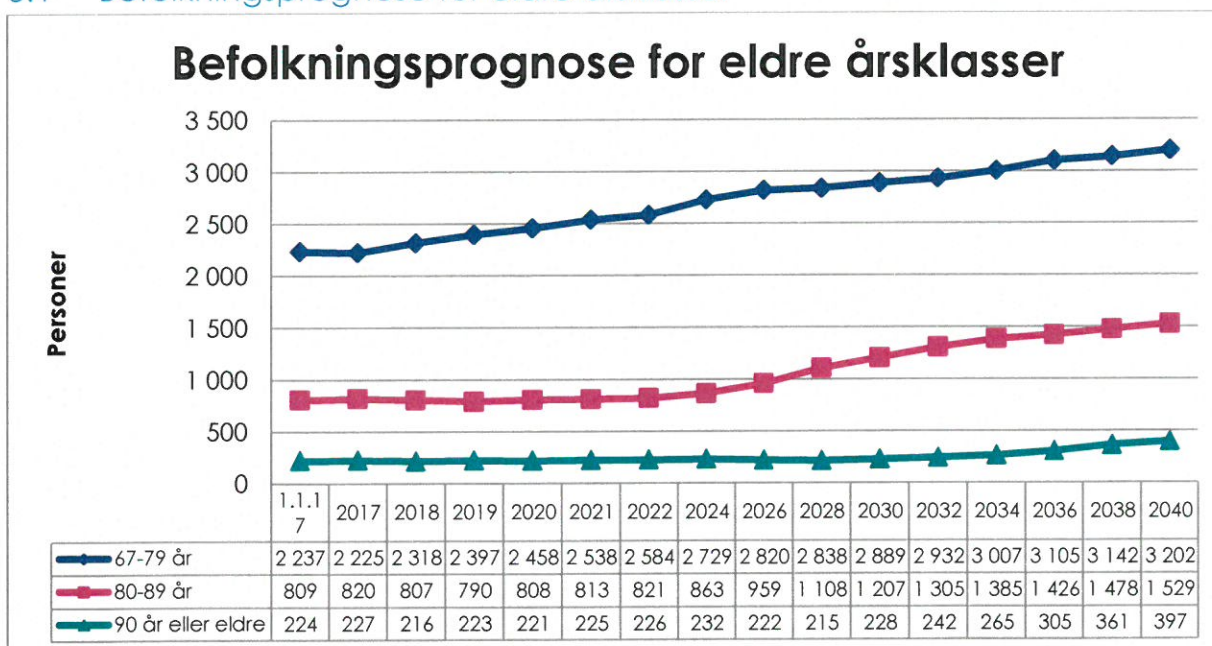




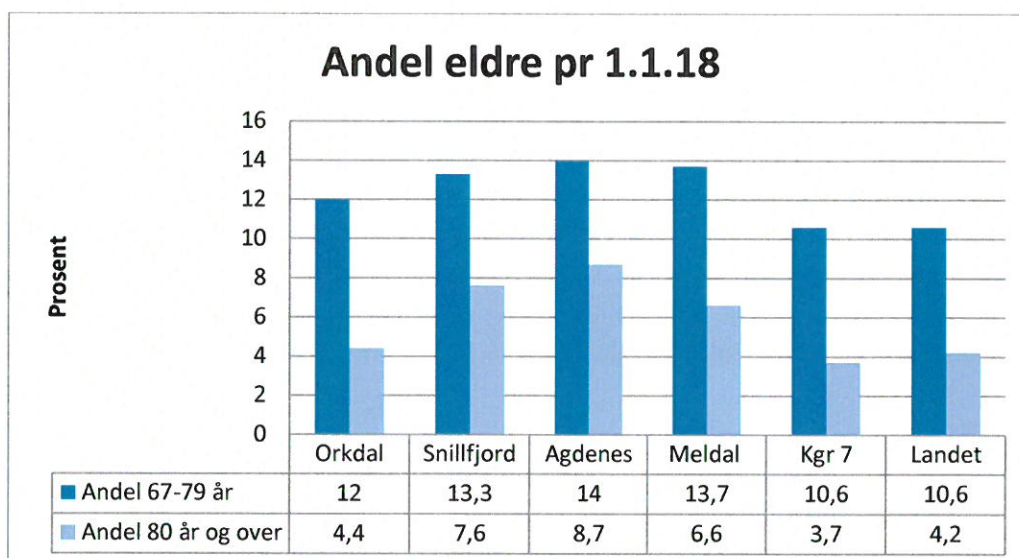
5 Nøkkeltall

Sammenligning av nøkkeltall for i de fire kommunene må gjøres med noe forsiktighet. Ulikhet i tilbud er i noe grad uttrykk for ulik befolknings sammensetning, prioritering, noen stordriftsfordeler og smådriftsulemper, ulikhet i geografi og noen ulikheter i tilbud skyldes ulike tildelingskriterier og tildelingspraksis. For å kunne sammenligne er det også en forutsetning at rapporteringen er gjort riktig og likt. Likevel kan man se noen trender og ulikheter av en slik størrelse at de ikke er tilfeldige. Det er viktig å påpeke at tallene ikke sier noe om hva som er riktig og galt, men er et uttrykk for de overnevnte elementene. Tallene er hentet fra "Nøkkeltall og indikatorer 2016 for Orkland-kommunene"

5.1 Befolkningsprognose for eldre årsklasser

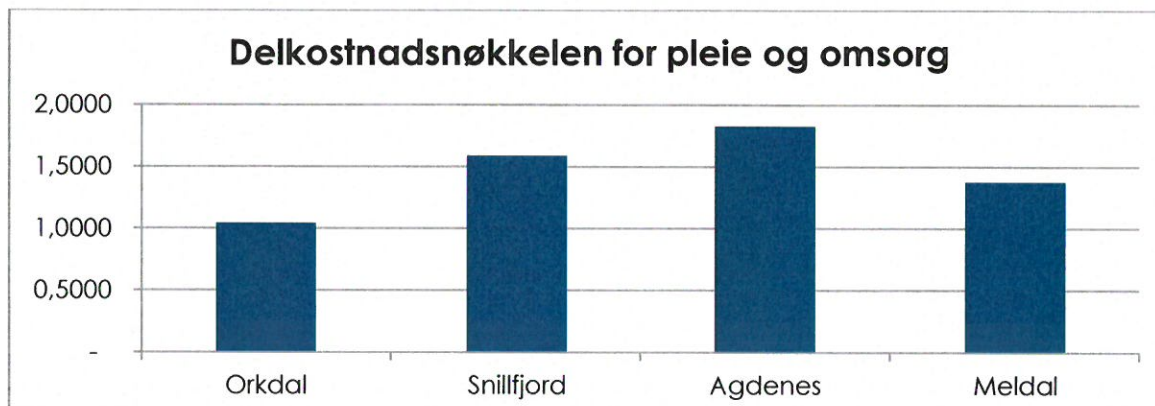
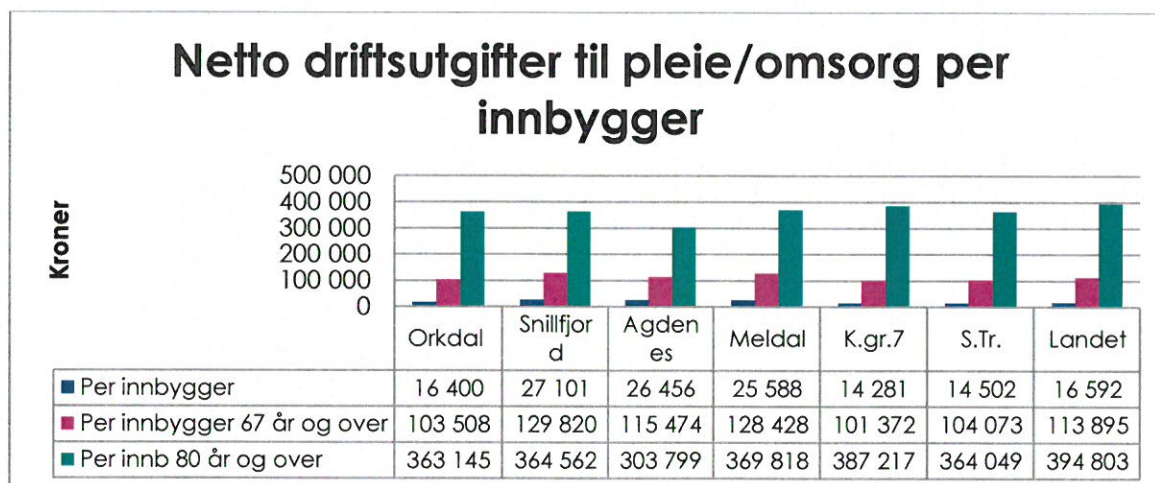


For aldersgruppa 67-79 år vil en ha en jevn vekst i hele perioden. Denne gruppa er relativt lite ressurskrevende i forhold til gruppene over 80 år. Aldersgruppa 80-89 år er stabil fram til 2025. Da blir det en kraftig vekst. Aldersgruppa 90 år og eldre vil være relativt konstant i handlingsplanperioden. Her vil veksten komme fra omkring 2030.



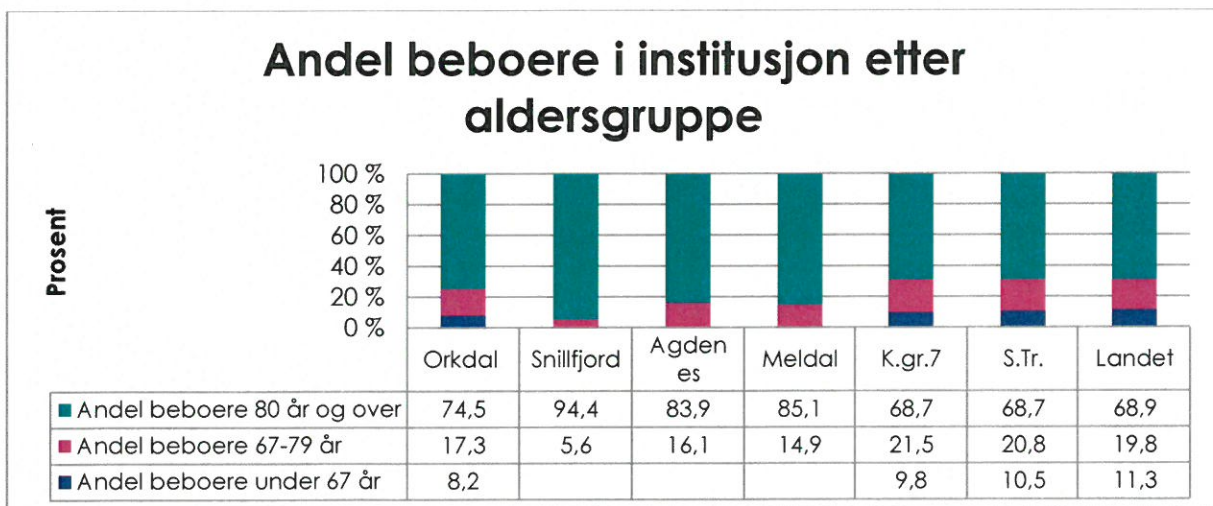
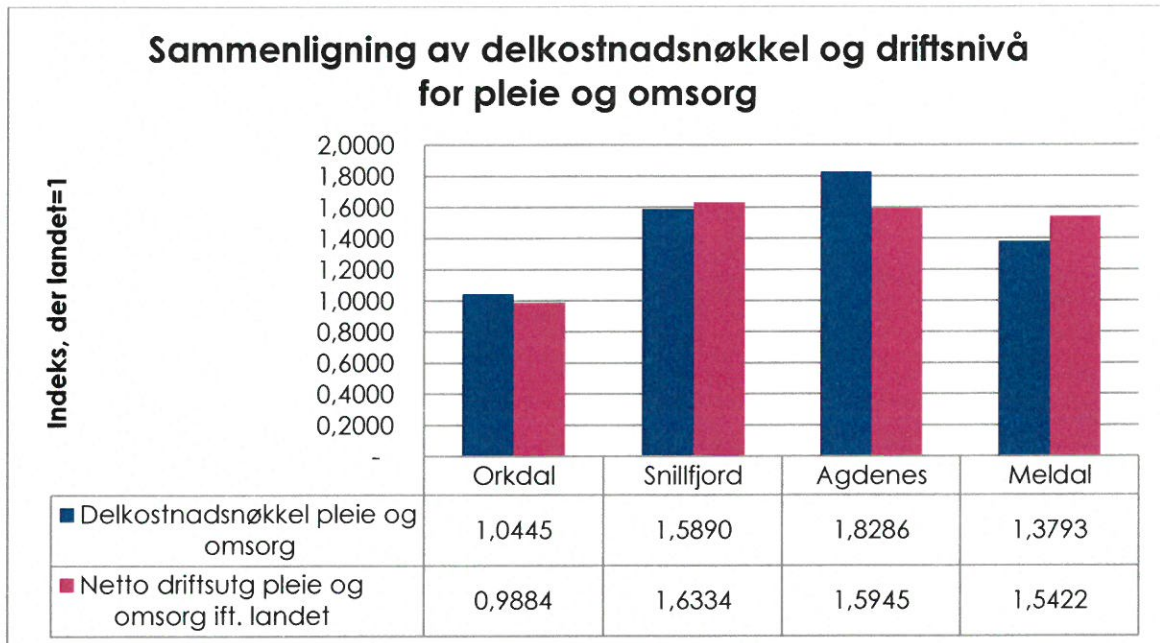
Agdenes har den eldste befolkninga av Orkland-kommunene, men alle fire ligger over de store sammenligningsgruppene.

5.2 Prioritering





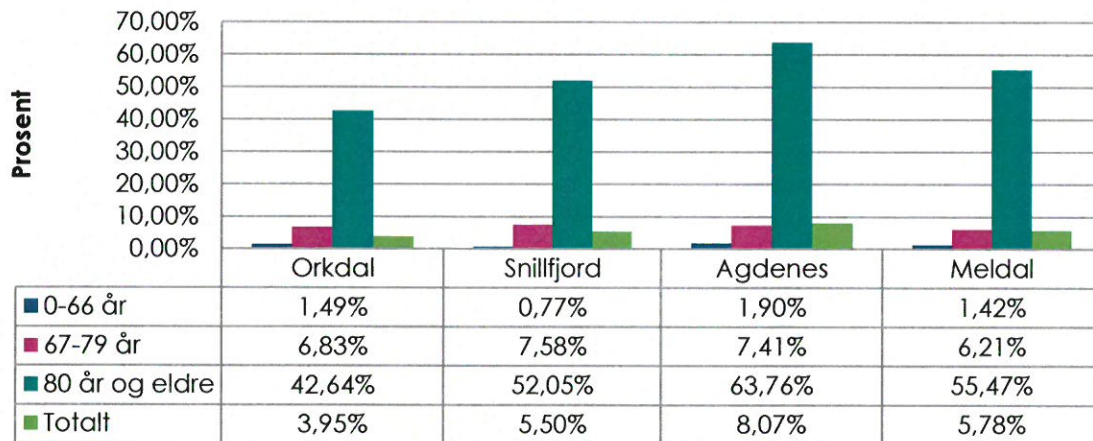
Delkostnadsnøkkelen viser at Orkdal har behov omtrent som landsnitt, mens de andre kommunene ligger til dels mye over. Delkostnadsnøkkelen er utregnet ut i fra objektive kriterier i inntektssystemet. Dersom man ser dette i sammenheng med tabellen under ser vi at Snillfjord og Meldal har brukt mere på pleie og omsorg enn delkostnadsnøkkelen skulle tilsi, de andre har brukt mindre. Dette sier noe om prioritering.



Snillfjord, Agdenes og Meldal skiller seg ut ved at andelen under 80 år i institusjon er lav. Avlastningsbolig for barn rapporteres inn som institusjonstjeneste i KOSTRA og er medregnet i disse tallene.



Andel av befolkninga som bor i institusjon eller får hjemmehjelp i forhold til befolkningsgruppa

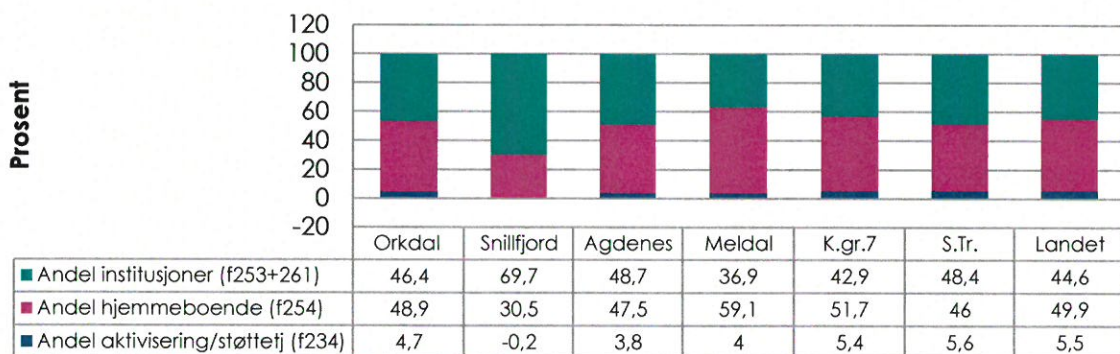


Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmetjenester og praktisk bistand:

	Orkdal	Snillfjord	Agdenes	Meldal
Gj.snitt. antall tildelte timer per uke, praktisk bistand	9,4	9,9	24,5	6,7
Gj.snitt. antall tildelte timer per uke, hjemmesykepleie	4,2	5,3	2,4	5,4

Fordeling av pleie- og omsorgstjenester etter tjenestetypen er slik:

Fordeling av pleie- og omsorgstjenester etter tjenestetypen

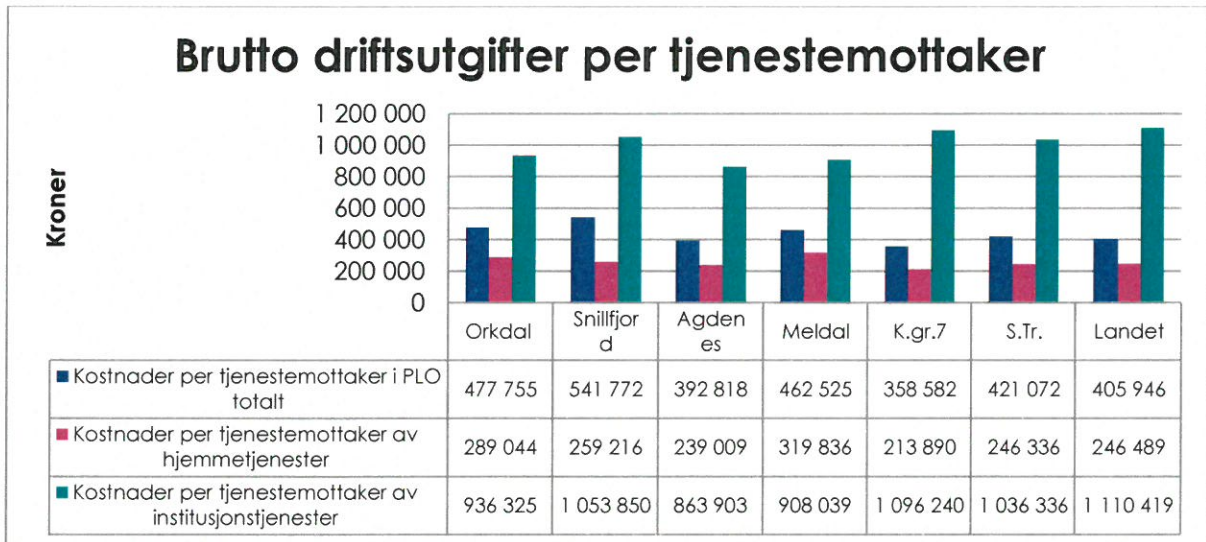


Her er det stor forskjell mellom kommunene. Snillfjord har prioritert institusjonstjenester som har 69,7 % av kostnadene, mens Meldal har prioritert hjemmetjenester som har 59,1 % av kostnadene.

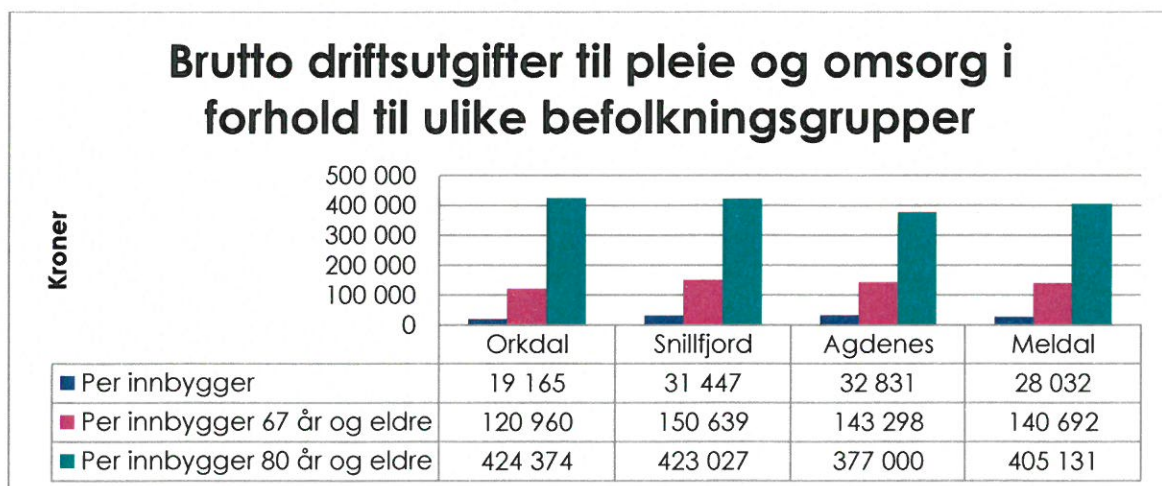


5.3 Produktivitet/enhetskostnader

Gjennomsnittskostnad per tjenestemottaker skjuler store individuelle variasjoner, det kan for eksempel være et spekter fra 1 time per uke til full heldøgns dekning. Sammenligning av gjennomsnittskostnader bør derfor brukes med varsomhet innenfor hjemmebaserte tjenester, og bør kombineres med konkrete undersøkelser dersom de skal brukes.



Kostnad per tjenestemottaker er høyest i Snillfjord og lavest i Agdenes. For hjemmetjeneste har Meldal klart høyest kostnad, mens Agdenes er lavest. For institusjonsplasser er alle Orkland-kommunene relativt rimelige, sammenlignet med landsnittet. Denne tabellen må ses opp mot tabellen "Andel beboere i institusjon etter aldersgruppe". Dersom barn i barnebolig eller avlastningsbolig regnes med vil disse ha en relativt høy kostnad per bruker, da det ofte er snakk om en til en bemanning. Når det gjelder faktisk kostnad per tjenestemottaker trengs grundigere gjennomgang og analyse før man kan konkludere.





Flere forhold har betydning for kostnadene til pleie og omsorg:

- Alderssammensetningen. Agdenes har klart eldst befolkning
- Blandingsforholdet mellom hjemmehjelpstjenester og institusjonsplasser. Kostnadene for en institusjonsplass er mye høyere enn en hjemmetjeneste, det tredobbelte i Orkdal og det firedobbelte i Snillfjord
- Andelen av befolkninga som får tjenester.
- Kostnaden for den enkelte tjeneste.

Orkdal har klart yngst befolkning av Orkland-kommunene, og har lav kostnad målt i forhold til befolkninga og i forhold til aldersgruppa over 67 år. Målt i forhold til aldersgruppa over 80 år er likevel kostnaden relativt lik. Orkdal har prioritert institusjonsplasser, det dyreste alternativet, og bare Snillfjord er dyrere per plass. Derfor kommer Orkdal såpass høgt i forhold til de over 80 år. Bare 3,95 % av befolkninga har et tilbud på PLO-tjenester.

Snillfjord er på topp uavhengig av aldersgruppe. De har prioritert institusjonsplasser, som de i tillegg er dyrest på, og har den nest eldste befolkninga. 5,5 % av befolkninga har et tilbud på PLO-tjenester.

Agdenes har den eldste befolkninga, dobbelt så stor andel over 80 år enn Orkdal. De har prioritert hjemmetjeneste, men har likevel større andel på institusjon enn Orkdal, hele 64 % av gruppa over 80 år har et PLO-tilbud. Kostnaden per tjenestemottaker er imidlertid lav. Hele 8,1 % av befolkninga har et PLO-tilbud.

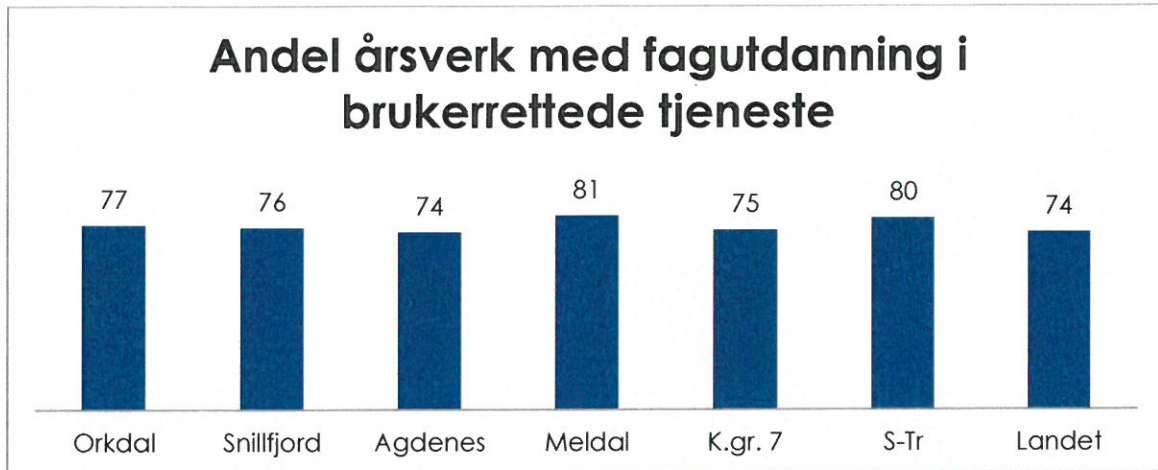
Meldal har prioritert hjemmetjenester, 41 % av befolkninga over 80 år får tjenestene, og samtidig er kostnaden per tjenestemottaker absolutt høyest blant sammenligningsgruppene. Dette gjør at Meldal har en høy kostnad tross i at hjemmetjenestene er prioritert. Andelen eldre er litt under Snillfjord. 5,78 % av befolkninga har et PLO-tilbud.

5.4 Dekningsgrader

	Orkdal	Snillfjord	Agdenes	Meldal	K.gr. 7	S-Tr	Landet
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset Opphold	16,0		20,6	19,6	18,4	17,3	18,2
Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens	31,1	30,0	20,6	5,9	28,8	38,3	27,1
Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering	5,7		8,8	5,9	6,5	11,4	7,5
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	19,7	27,4	20,8	18,6	16,8	19,6	18,3



5.5 Kompetanse



Orklandkommunene har høy andel ansatte med faglært utdanning. Tallene i framstillingen over representerer både videregående og høyskoleutdannede. Alle fire Orlandskommunene har, som de fleste andre kommuner, hatt utfordringer med å rekruttere sykepleiere. Det arbeides målrettet med rekruttering i alle kommunene. Blant annet startes det desentralisert sykepleierutdanning i regionene høsten 2018. Tilstrekkelig kompetanse vil være et kjerneområde for å sikre kvalitativt gode tjenester. I tråd med at flere og flere oppgaver overføres til kommunene vil tilstrekkelig kompetanse være en forutsetning. Det anbefales at det utarbeides en strategisk kompetanseplan for området. Kompetanseplanen skal bidra til å sikre måloppnåelse på området.

5.6 Egenbetaling

Kommunen kan kreve egenbetaling for enkelte lovpålagte tjenester og alle tjenester som ikke er lovpålagt. Dette er løst ulikt i de fire Orlandskommunene.

5.6.1 Praktisk bistand i hjemmetjenesten

Kroner per mnd.	Orkdal	Snillfjord	Agdenes	Meldal
Inntekt under 2 G	200	164	200	205
Inntekt 2-3 G	555	725	369	935
Inntekt 3-4 G	1 052	990	861	1190
Inntekt 4-5 G	1 867	1275	861	1630
Inntekt over 5 G	1 867	1275	861	1 890

5.6.2 Trygghetsalarm

Kroner per mnd.	Orkdal	Snillfjord	Agdenes	Meldal
Inntekt under 2 G	84	262	103	0
Inntekt 2-3 G	168	262	103	0
Inntekt 3-4 G	168	262	103	0
Inntekt 4-5 G	168	262	103	0
Inntekt over 5 G	168	262	103	0



5.6.3 Opphold i institusjon

	Agdenes	Meldal	Orkdal	Snillfjord
Natt- eller dagopphold kr/dgn	180	80	80	78
Døgnopphold kr/dgn	155	160	155	145

5.6.4 Dagsenter

	Agdenes	Meldal	Orkdal	Snillfjord
Dagsenter pr dag	180	80	189	0

5.6.5 Matombringning

	Pris	Antall dager	Varm/ kald	Utkjøring	Antall med middagsombringning
Agdenes	62	2 eller mer	Varm og kald	Hjemmetjenesten	50
Meldal	82	2 eller mer	Varm	Frivillighetssentralen delvis	64
Orkdal	77	4 eller 7	Varm	Frivillighetssentralen delvis	91
Snillfjord	103	7	Varm	Hjemmetjenesten	12

5.7 Anbefaling

Det er til dels store ulikheter mellom de fire kommunene og det anbefales at de økonomiske konsekvensene utredes så man har et beslutningsgrunnlag og at man nærmer seg hverandre allerede i budsjettet for 2019.



6 Tildelingskontor

6.1 Saksbehandling og tildeling

Målet for saksbehandling og tildeling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende, og kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester forvalter derfor et stort ansvar på vegne av kommunen. God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenester.

Grunnleggende i all saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene er forsvarlighetskravet. Saksbehandlingen må ta sikte på å sikre at pasient/bruker mottar riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Forvaltningsloven har en rekke bestemmelser som bidrar til å sikre at tjenestene som tildeles oppfyller kravene til forsvarlighet. Blant annet stilles det krav om at forvaltningen foretar nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon. Kravet til god utredning av tjenestebehovet og grundig saksbehandling må ses i sammenheng med dette.

Et sentralt prinsipp i forvaltningens saksbehandling er at partene skal gis mulighet til å bli hørt i spørsmål som berører dem. Videre er det et krav etter pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten/brukeren skal kunne medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet. Det er derfor viktig at pasienten/brukeren, eventuelt sammen med en representant eller pårørende, involveres i en dialog om hvordan tjenestetilbudet bør utformes.

Forbudet mot usaklig forskjellsbehandling innebærer at like saker skal behandles likt, slik at det i størst mulig grad er forutsigbart for pasienter, brukere og saksbehandlere hvilke tjenester et behov vil utløse. Det er derfor viktig at saksbehandlingen sikrer saklighet og objektivitet, blant annet ved å sørge for at saksbehandlingen er uhildet, og at den skjer skriftlig slik at vurderinger og begrunnelser kan etterprøves.

Helse- og omsorgstjenester som forventes å vare i lenger enn to uker skal skje i form av skriftlig vedtak som beskriver innholdet og omfanget av tjenesten. Vedtaket gjøres i form av et enkeltvedtak og kan påklages etter forvaltningslovens retningslinjer. Vedtaksmyndigheten er første klageinstans, dersom vedtaket opprettholdes oversendes vedtaket Fylkesmannen for klagebehandling.

For å ivareta innbyggernes rettigheter i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal Orkland kommune være profesjonelle i alle ledd av saksbehandlingen.

Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3, skal det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.



6.2 Forslag til organisering av tildelingskontor i Orkland kommune

Faggruppa anbefaler at alle helse- og omsorgstjenester tildeles av tildelingskontoret. Dette for å oppfylle det overordnede prinsippet om tildelingskontoret som "nav'et" i tjenestene, "en dør inn", lik tilgang på tjenester og god saksbehandling. Med alle helse- og omsorgstjenester mener gruppa følgende:

- Helsetjenester i hjemmet
- Praktisk bistand
- Tidsbegrenset opphold institusjon
- Langtidsopphold i institusjon
- Dagsenter
- Dagaktivitetstilbud for personer med demens
- Rehabilitering utenfor institusjon
- BPA
- Tilrettelagt arbeid
- Fysio-og ergoterapi
- Avlastning
- Hverdagsrehabilitering
- Ledsagerbevis
- Pårørendestøtte (omsorgsstønad)
- Parkeringstillatelse
- Støttekontakt
- Trygghetsalarm
- TT-kort
- Middagsombringning
- Psykisk helse- og rus
- Hjelpemidler

6.3 Lokalisering

Tildelingskontoret bør være tilgjengelig for publikum og samarbeidspartnere. Tilgjengelighet dreier seg både om fysisk tilgjengelighet og mulighet for elektronisk samhandling.

Faggruppa mener at tildelingskontoret bør være ett hovedkontor og en felles plass for henvendelser. Hensiktsmessig plassering bør ta hensyn til fordelene og bakdelene som nærhet og avstand til utførende enhet gir. Tildelingskontoret bør ha tett samarbeid med et eventuelt boligkontor, da den faglige begrunnelsen for tildeling av omsorgsbolig bør ligge til tildelingskontoret.

Prinsippet om brukeren i sentrum tilsier at karleggingen og mye av møtevirksomheten vil foregå der brukerne er. Alle ansatte må være forberedt på å arbeide i hele Orkland og på tvers av dagens kommunegrenser. Men det bør legges til rette for god praktisk gjennomføring slik at man unngår unødvendig tid og kostnader til transport.

6.4 Organisering

Tildelingskontoret organiseres som en stabsfunksjon kommunalsjef for helse og mestring. Tildelingskontoret bør ha tverrfaglig kompetanse som gjenspeiler tjenestene som tildeles. Ansatte ved tildelingskontoret bør ha formell forvaltningskompetanse innenfor området. Det anbefales at koordinerende enhet organiseres som en del av tildelingskontoret.

6.5 Anbefaling

Det anbefales at det arbeides med felles tildelingskriterier og tildelingspraksis før sammenslåingen.



7 Institusjonstjenesten

7.1 Status for institusjonstjenesten i Orkland-kommunene

Kommunen plikter å tilby plass i institusjon, jmf Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6 ledd . Kravene i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie er i tillegg førende.

De overordnede prinsippene for institusjonstjenesten i Orkland som faggruppen anbefaler legger noen føringer for hvordan denne tjenesten bør organiseres. Prinsippene er som nevnt innledningsvis:

- Innbyggerne i Orkland kommune skal kunne bo lengst mulig i eget hjem
- Institusjon er et sted for behandling, ikke for å bo
- Brukeren i sentrum
- Robuste fagmiljø

Den følgende anbefalingen baseres både på best mulig utnyttelse av de samlede ressursene, faglig forsvarlige tjenester, tjenester med god kvalitet og brukermedvirkning.

Institusjonene i Orkland bør samlet ha tilstrekkelig kapasitet når det gjelder korttidsplasser for å ivareta kommunens ansvar for å ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehuset. Korttidsopphold på institusjon bør også benyttes som en forebyggende tjeneste for kartlegging og utredningsopphold. Dette vil kunne bidra til at flere innbyggere får mulighet til å bo hjemme lengre ved at tiltak for økt egenmestring kan settes inn på et tidligere tidspunkt. Det anbefales at det opprettes korttidsplasser på alle institusjonene.

Sykehjem har gått fra en plass å bo til en plass å få behandling, det er nok en riktig retning på utviklingen. Brukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og implikasjonen av dette er at funksjonsnivået blant sykehjemsbeboere er lavt. På slutten av livet er pleiebehov ofte større enn det man kan ivareta i brukernes egne hjem. Mange oppholder seg på sykehjem siste del av livet og palliativ kompetanse på institusjonene er derfor viktig. Dette bør ses opp mot mulig etablering av palliativt team og vurderingen vil være om man skal ha en palliativ enhet eller om det skal være kompetanse på dette på alle institusjonene. Det er fullt mulig og hensiktsmessig og organisere korttidsplasser og palliative plasser sammen.

Oppsummert bør institusjonstjenesten i Orkland inneholde korttidsplasser, plasser i skjermet enhet og plasser for palliasjon.

Det er per i dag institusjonskjøkken på alle institusjonene som i tillegg til mat til beboerne også besørger middag for hjemmeboende. Faggruppa mener at det i utgangspunktet bør opprettholdes drift på alle institusjonskjøkkenene, da dette gjør mye for miljøet på den enkelte enheten. Alternative måter å løse dette på bør også utredes.

Institusjonene er pålagt å ha tilsynslegefunksjon. Dette løses ulikt i kommunene i dag og erfaringene er ulike. Det bør tilstrebes en ordning som sikrer kvalitativt gode og kontinuerlige legetjenester på institusjonene. Behovet for lege til stede har også endret seg i takt med at beboerne på et sykehjem



er sykere og trenger tettere oppfølging enn før.

Faggruppa anbefaler at vederlagsberegningen løses på en plass og at kontorfunksjonene gjennomgås med tanke på at dette samlet sett løses på en hensiktsmessig måte.

7.1.1 Antall institusjonsplasser pr 1.1.18

	Korttidsplasser	Langtidsplasser	Skjernet enhet	Sum
Agdenes	20		7	27
Meldal	10	38	3	51
Orkdal	28	47	31	106
Snillfjord	14		6	20
Sum			47	204

7.1.2 Pågående prosjekt/ utredninger

Kommune	Status
Agdenes	Nytt helsesenter under bygging
Meldal	Nytt helsesenter ferdig prosjektert
Orkdal	Under utredning
Snillfjord	Under utredning

7.1.3 Planlagt utbygging

Kommune	Korttidsplasser	Langtidsplasser	HDO	Sum
Agdenes	15		18	33
Meldal	22	6	62	90
Orkdal	-	-	-	
Snillfjord	-	-	-	

Det er foretatt, eller pågår utredninger av institusjonstjenesten og tilbud i bolig med heldøgns omsorg i alle kommunene. Utfordringen er svært ulike anbefalinger i de ulike utredningene. Utredningene er samstemte i at andelen plasser i institusjon dimensjoneres fra 8,8 -10 prosent av innbyggere over 80 år.

Når det gjelder plasser i bolig med heldøgns omsorg anbefaler de ulike utredningene dekningsgrad fra 5 – 23 prosent.

Dette sier lite om hva som er riktig eller feil, men for at den totale kapasiteten når det gjelder både institusjonsplasser og plasser med heldøgns omsorg i Orkland skal treffe behovet, trengs helheten i dette tilbudet å vurderes. Institusjonstjenesten og boliger med heldøgns bemanning er kostnadskrevende tjenester og det er viktig at det dette utredes som grunnlag for prioritering.



7.1.4 Anbefaling

Det anbefales at følgende punkter utredes videre som grunnlag for beslutning og prioritering:

- Dekningsgrad for institusjonsplasser og heldøgns omsorg
- Institusjonskjøkken
- Legetjeneste i institusjon
- Merkantil funksjon inkludert vederlagsberegning



8 Hjemmetjeneste

Helsetjenester i hjemmet representerer et stort fagfelt med stor kompleksitet. Helsetjenester i hjemmet omfatter alle tjenester som ytes i brukerens hjem herunder bemannede boliger og tjenesten til psykisk utviklingshemmede. Alle disse tjenestene er ulikt organisert i Orklandkommunene i dag, spesielt på bakgrunn av kommunenes ulike størrelse. Tjenesten til psykisk utviklingshemmede skiller ut som egen enhet i Orkland.

For å oppfylle intensjonsavtalens mål om at innbyggerne i Orkland skal kunne bo hjemme så lenge som mulig er det viktig at hjemmebasert omsorg blir et satsningsområde. Faggruppe for hjemmetjenesten i sammenslåingsprosessen har anbefalt at man i Orkland bør se på nye soneinndeling, best mulig utnyttelse av kompetanse på tvers av soner, bruk av velferdsteknologi samtidig som man ivaretar de gode lokale løsningene som i dag fungerer godt.

I St.meld. 26 (1) presiseres det at det skal legges til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. Primærhelseteam er team med ansvar for grunnleggende helsetjenester som ytes i kommunen. Det muliggjør et bredere og mer samordna tilbud, der ovennevnte fagteam inngår som en del av primærhelseteamet. Dette gir oss en mulighet for å kunne gi mer helhetlige tjenester til innbyggerne, som igjen vil skape trygghet og kvalitet. Det er da viktig at alle brukerens behov ivaretas av det samme teamet

Både stortingsmelding 26 – Fremtidens primærhelsetjeneste (1) og folkehelsemeldingen (7) legger betydelig vekt på at helse- og omsorgstjenesten må bidra i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Ofte legges grunnlaget for en god folkehelse i andre sektorer. Derfor er det avgjørende at de ulike sektorene arbeider sammen mot felles mål.

8.1 Anbefaling

Det anbefales at det arbeides videre med struktur og soneinndeling



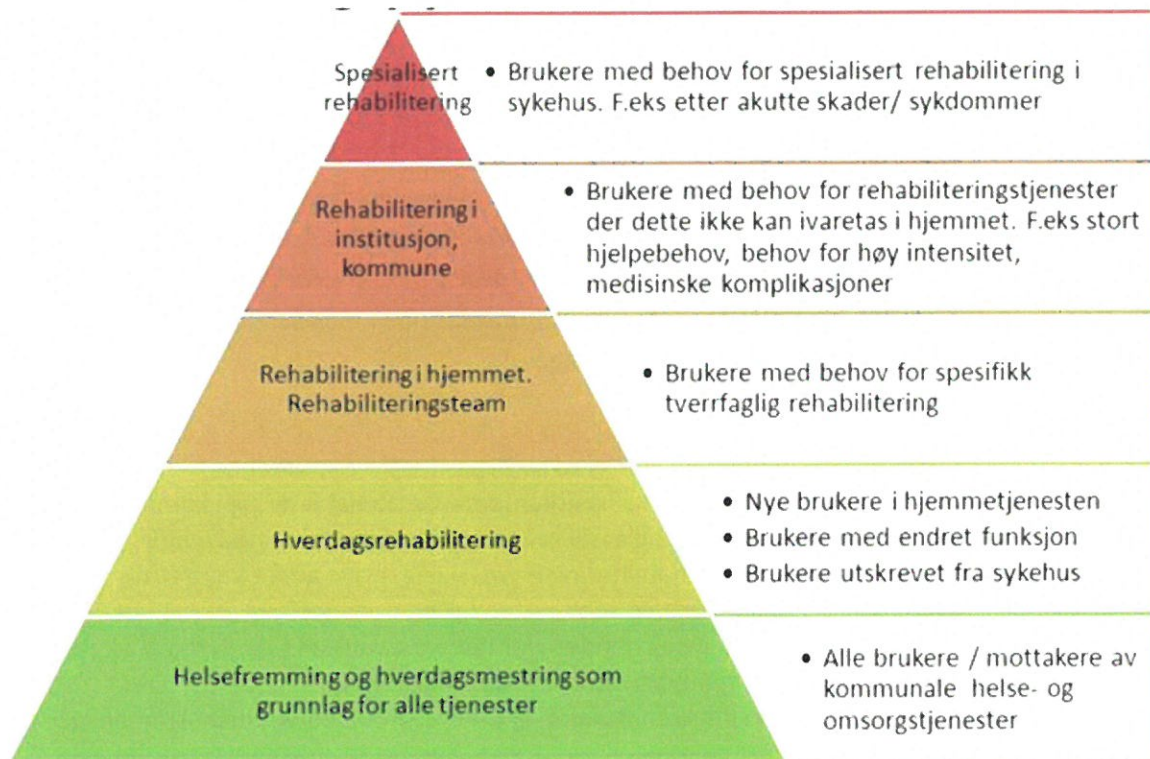
9 Kommuneovergripende oppgaver

Det er noen fagområder som skiller seg ut med tanke på at det kreves spesialisert kompetanse og man er avhengig av robuste fagmiljø for å kunne gi gode tjenester. Dette gjelder blant annet for områdene rehabilitering i institusjon, styrket skjermet enhet for personer med demens og palliasjon. Tiltrådningen er derfor at det opprettes en felles avdeling for disse funksjonene i Orkland. Faggruppa anbefaler at rehabiliteringsavdelingen legges til Meldal helsetun og at styrket skjermet enhet legges til Orkdal helsetun. Kommunen plikter å ha tilbud for avlastning og dette kan løses ved at tilbudet tilbys på Krokstadøra.

9.1 Rehabilitering

Samhandlingsreformen legger vekt på forebygging framfor reparasjon, tidlig framfor sen innsats, bedre samarbeid mellom ulike ledd i helsetjenesten og sterkere brukermedvirkning. For kommunene handler dette om en nødvendig omstilling dersom man skal kunne få mer ut av knappe ressurser uten kvalitetsforringelse, men det er en krevende omstilling både økonomisk, organisatorisk og kompetansemessig(8).

De ulike tilbudene innenfor rehabiliteringsbegrepet er vist i rehabiliteringspyramiden under og strekker seg fra hverdagsmestring som arbeidsmetode som grunnlag for alle tjenester til spesialisert rehabilitering i sykehus. Det viktig at alle delene i pyramiden er tilstrekkelig utbygd og at det foreligger en helhetlig plan for rehabiliteringstilbudet i kommunen. Det pågår et kommuneovergripende arbeid med plan for habilitering og rehabilitering i Orklandskommunene.





9.1.1 Kapasitet

Rehabilitering i kommunehelsetjenesten skjer i stor grad utenfor institusjon. Lav kapasitet på dette området vil øke behovet for institusjonsopphold og redusere befolkningens muligheter til å fremme egen helse, forebygge forverring av sykdom og til å mestre egen hverdag.

I noen tilfeller hvor pasienten har stort behov for tilsyn og pleie, behov for et mer intensivt rehabiliteringsopplegg og/eller gruppetilbud, kan det være mest hensiktsmessig med dag- eller døgnopphold. Geografiske og sosiale forhold vil påvirke valget av rehabiliteringsarena.

9.1.2 Hverdagsmestring som arbeidsmetode

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tanke sett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser står sentralt. Arbeidsmetoden er aktuell for alle helse- og mestringstjenestene i kommunen og bygger på hva som er viktig å greie for brukeren selv.

9.1.3 Rehabiliteringstilbud utenfor institusjon (oppsøkende rehabilitering)

Rehabilitering i kommunehelsetjenesten skjer utenfor institusjon så sant det er mulig gjennom tverrfaglig samarbeid med utgangspunkt i individuelle behov. Organiseringen kan være forskjellig, men kapasiteten bør være så stor at man unngår ventetid, siden effekten av tilbudet som oftest er størst tidlig i et forløp.

Lav kapasitet på dette området vil redusere befolkningens muligheter til å fremme egen helse, forebygge forverring av sykdom og til å greie seg selv. Geografiske og sosiale forhold vil påvirke valget av rehabiliteringsarena.

9.1.5 Dagrehabilitering – utenfor institusjon

Normering av dagplasser er enda vanskeligere enn normering av døgnplasser, men behovet for dagplasser anses av mange å være større enn døgnplasser. Det er imidlertid få kommuner som har erfaring med egen dagavdeling for tverrfaglig rehabilitering. Trondheim kommune har 0,2 plasser per 1000 innbyggere. De fleste kommuner har dagtilbud i form av ulike treningsgrupper, sosiale treffsteder, dagsenter og/eller frisklivssentral uten at disse tilbudene kan reguleres ved antall plasser. Transport over lange distanser kan bli en stor belastning for brukeren og forringe effekten av dagtilbud. Det anbefales at dette tilbudet utredes og at man samlet vurderer de dagtilbudene som finnes i orklandkommunene i dag.

9.1.4 Rehabilitering i institusjon

Behovet for institusjonsplasser avhenger i stor grad av kapasitet for oppsøkende rehabiliteringstjenester og hjemmetjenestens basiskompetanse. Rehabilitering i kommunal institusjon velges når døgnkontinuerlig og intensiv rehabilitering/bistand er nødvendig. Normering av plasser for døgn- og dagrehabilitering er vanskelig, blant annet knyttet til forholdene beskrevet ovenfor. Lokale forhold som avstander og transportmuligheter virker inn på behovet for institusjonsplasser. Lange avstander gjør det også vanskelig og dyrt å gi et godt nok tverrfaglig rehabiliteringstilbud gjennom oppsøkende virksomhet. Det er innhentet informasjon fra en del kommuner i og utenfor Midt-Norge for å sammenligne dekningsgrad på døgnrehabilitering. Funnene viser at de største kommunene har 0,3 – 0,5 døgnplasser per 1000 innbygger, men dette er vanskelig å bruke som norm for alle kommuner.



Ut i fra disse tallene vil behovet for døgnrehabilitering i Orkland fra 6-9 plasser. Det anbefales at det etableres avdeling for døgnrehabilitering i Meldal som en del av nytt helse- og omsorgssenter.

9.2 Skjermet enhet i institusjon

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(9). Andelen med demens 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.

Et mål i Demensplan 2020(10) er at nye sykehjems plasser og omsorgsboliger bygd med tilskudd fra Husbanken, skal være tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens. Optimale rammebetingelser for personer med demens defineres i Demensplan 2020 som små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere (fire til åtte personer) og et stabilt personale med nødvendig kompetanse. Det bør være direkte tilgang til tilrettelagt uteareal og det bør legges til rette for sosialt fellesskap.

For ivaretagelse av pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, må kommunen ha institusjons plasser for å fatte vedtak om tilbakeholdelse i institusjon for de brukerne som trenger det. Enkelte brukere i denne gruppen trenger ekstra skjerming og det bør tilrettelegges for forsterket skjermet enhet. Arbeid med denne brukergruppen krever spesialkompetanse for å gi et kvalitativt godt tilbud og det anbefales at en slik enhet opprettes på en av institusjonene i kommunen. Det anbefales at et slikt tilbud etableres på Orkdal helsetun.

9.3 Palliasjon/ lindrende behandling

Det spesielle med palliasjon er at tilnærmingen som ligger til grunn for behandlingen og omsorgen er rettet mot den alvorlig syke og døende pasienten og hans/hennes reaksjoner på sykdom; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt. Integrasjon av palliasjon i tradisjonell somatisk medisin har som mål å gi et pasienttilpasset helsetilbud som kombinerer den sykdomsrettede tilnærmingen med den pasientsentrerte.

Tradisjonelt har palliasjon vært forbundet med ivaretagelse av den døende pasienten og pårørende og sorgarbeid for etterlatte. Disse to områdene er og skal fortsatt være sentrale. De fleste pasienter i Norge dør på en helseinstitusjon, sykehus eller sykehjem, mens omkring 15 prosent dør hjemme. Mange pasienter ønsker å være hjemme så mye og så lenge som mulig mot livets slutt. En tverrfaglig



tilnærming til pasient og pårørende er sentral. En tydelig etisk bevissthet hos helse og omsorgspersonell er en forutsetning for pasientens og pårørendes tillit til helse- og omsorgstjenesten, og det nasjonale likeverdige tilbudet den norske helse- og omsorgstjenesten er fundert på.

For å legge til rette for at de som ønsker og som opplever det som trygt skal få muligheten til å være mest mulig hjemme til tross for at de har alvorlig sykdom anbefales det at det opprettes et palliativt team i Orkland. Hvordan dette skal løses bør utredes nærmere.

9.4 Avlastning i institusjon

Jf pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8 har pårørende og andre med særlig tyngende omsorgsoppgaver rett på avlastningstiltak. Helse- og omsorgstjenesten skal ta standpunkt til om det skal iverksettes tiltak for å lette omsorgsbyrden. Rettigheten gjelder både frivillige omsorgsyttere (f.eks. ektefelle eller foreldre til personer over 18 år), og personer som yter omsorg i kraft av omsorgsplikt (dvs. personer med foreldreansvar for mindreårige barn).

Avlastningstilbud for barn ivaretas i egen bolig.

Det anbefales at avlastningstilbudet i Orkland samles og at dette legges til Krokstadøra.

9.5 Psykisk helse- og rus

Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter, også innen psykisk helse og rus. Psykisk helse- og rus er en viktig del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For pasientene henger kropp og sinn sammen. Det må også tjenestetilbudet gjøre slik at tjenestene i størst mulig grad framstår som ett.

Psykisk helse bør inngå som en likeverdig del av folkehelsearbeidet og dette er nærmere omtalt i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter og Mestre hele livet- Regjeringens strategi for psykisk helse (11). Psykisk helse i folkehelsearbeidet innebærer å rette innsatsen mot forhold som påvirker befolkningens psykiske helse på tvers av sektorer, og skape et samfunn som fremmer psykisk helse og trivsel.

Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Tiltak på feltet omfatter hele bredden fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering.

Psykisk helse- og rusarbeid skal ha et tilrettelagt, differensiert og forsvarlig tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet. Dette innebærer informasjonsarbeid, behandling, veiledning, støtte, aktivitet, og forebyggende virksomhet. Målene skal være forankret i kommunenes handlingsplaner, helsemyndighetenes veiledere, helse- og omsorgstjenesteloven, pasientrettighetsloven og ruspolitisk handlingsplan. Tjenestene skal være tilpasset alle aldersgrupper. Psykisk helse- og rusarbeid tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser, mennesker med rusavhengighet/rusproblematikk/ rusbehandling, mennesker med livskriseproblematikk, pårørende, personer/instanser som ber om hjelp i akutt krise, de som ber om veiledning, undervisning- og kompetansehevende tiltak og de som ber om forebyggende tiltak -



oppfølgingsamtale eller informasjon om psykiske plager/lidelser.

Også denne tjenesten må organiseres sånn at flest mulig tjenester må tilbys der brukerne bor samtidig som at faglig robusthet må sikres. Dette kan løses ved hjelp av ambulerende team på flere områder.

Anbefaling

- Det anbefales at rehabilitering i institusjon legges til Meldal helsetun og at dette utredes videre.
- Det anbefales at tilbud om dagrehabilitering utredes videre
- Det anbefales at forsterket skjermet enhet legges til Orkdal helsetun
- Det anbefales at tilbud om avlastning legges til Krokstadøra
- Det anbefales at palliativt team utredes



10 Digitalisering

I henhold til intensjonsavtalen skal kommunen være en foregangskommune for IKT for å sikre effektivitet i tjenesteproduksjonen.

Et gjennomtenkt og systematisk arbeid for å legge til rette for og høste mulige gevinster av digitalisering kan gi en bedre og mer effektiv offentlig sektor. Også innenfor tradisjonelt arbeidskrevende tjenester som omsorgstjenester for eldre og syke er det et betydelig potensial for bedre og billigere tjenester gjennom å kombinere teknologisk utvikling med organisatorisk nytenkning og godt lederskap(3).

Erfaringer fra andre land og fra andre sektorer viser at vellykkede digitaliseringsprosjekter krever en klar strategi og ledelse og at det etableres planer for gevinstrealisering.

Offentlig sektor må legge til rette for å utnytte nye verktøy og digitaliseringens muligheter, herunder digitalisering og automatisering av oppgaver. Gevinstene må tas ut på en mer systematisk måte(3).

Vi må ta i bruk de mulighetene som ligger i ny velferdsteknologi og digitalisering av forvaltningen. Det kan også legge til rette for bedre tjenester(3).

10.1 Velferdsteknologi

Av begrepet legges fra NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, sin definisjon av velferdsteknologi:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, fysisk og kulturell aktivitet. Styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

De velferdsteknologiske løsningene kan bidra til bedre ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestetilbudet, samt som støtte for pårørende ved kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse som øker hjelpebehovet. Tidlig tilbud om eller bruk av teknologiske hjelpemidler kan bidra til å forebygge behov for tjenester eller innleggelse på institusjon.

Velferdsteknologi deles i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (12), inn i fire hovedkategorier:

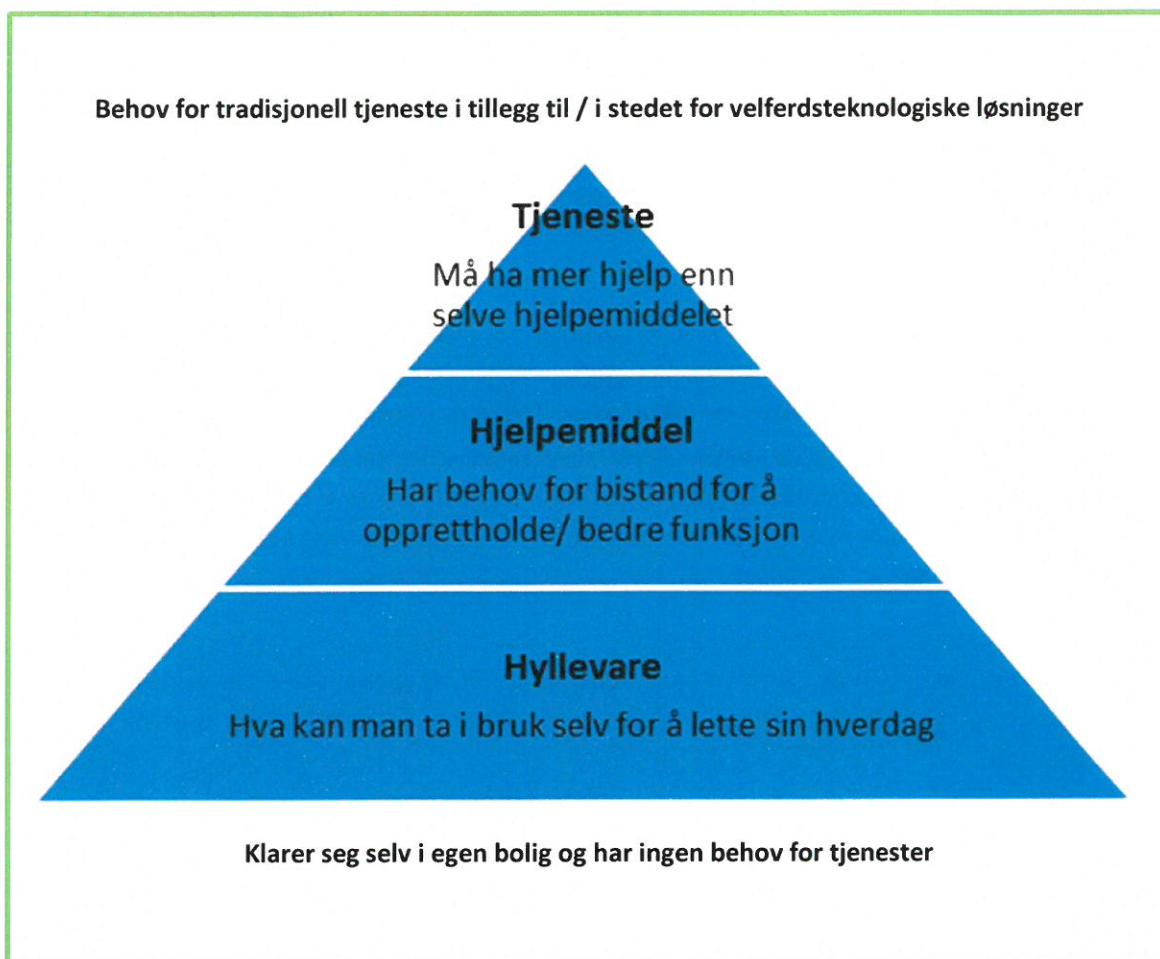
- Trygghets- og sikkerhetsteknologi:
- Kompensasjons- og velværeteknologi:
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

For å møte framtidens utfordringer samt utnytte eksisterende teknologi mer effektivt er det i Stortingsmelding nr. 29(13), NOU 2011:1(12)1 og regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015- 2020, beskrevet at brukeren skal ha større innflytelse i egen hverdag. Herunder også økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av kvalitet og tilbudte tjenester. Dette understøttes da ved utnyttelse av velferdsteknologi som kan bidra til en godt tilpasset tjeneste til våre innbyggere. For implementering av teknologi kreves endringsprosesser i alle nivå for å kunne utnytte en ny måte og både yte og



motta tjenester på. Det krever samarbeid mellom brukere, pårørende og kommunens ansatte.

Figuren under viser de ulike velferdsteknologiske nivåene. De ulike nivåene er nærmere omtalt i rapport fra faggruppe for velferdsteknologi for sammenslåingsprosessen.



10.2 Anbefaling

Strategi for implementering av velferdsteknologi for perioden før sammenslåing og 2 år etter sammenslått kommune, 2018 - 2022. Følgende visjon foreslås for velferdsteknologi i Orkland:

Oppnå egenmestring og økt livskvalitet ved forebygging samhandling og god ressursutnyttelse i innføringen av velferdsteknologi i Orkland.

Fire perspektiv ved implementering av velferdsteknologi:

- Brukerperspektivet: tjenestemottakere skal motta tjenester som suppleres av velferdsteknologi og støtter opp om deres trygghet og mestringsevne.
- Ansattperspektivet: de ansatte skal benytte velferdsteknologi som supplement i sitt daglige virke.
- Økonomiperspektivet: Kommunen skal ta i bruk velferdsteknologi med å bidra til bedre ressursutnyttelse og effektive tjenester.



- Samfunnsperspektivet: Utnytte allerede eksisterende teknologi for bedre ressursutnyttelse både med tanke på fremtidig kompetansebehov, demografiske utfordringer og økonomiske utfordringer.

For måloppnåelse på det velferdsteknologiske området er det behov for gjennomgripende tiltak på følgende fokusområder:

10.2.1 Informasjon

Velferdsteknologi er etter hvert mye omtalt og kommet i dagligtale. Det trengs fortsatt mer kunnskap og spesielt lokalt hvor teknologien skal implementeres og bidra til trygghet. Det må arbeides målrettet og strategisk for å spre informasjon til både ansatte, brukere og pårørende.

10.2.2 Opplæring

Det er en forutsetning for å lykkes med endring og implementering at alle har et felles mål bilde, kunnskapsgrunnlag og kan å bruke teknologien. Det kan ligge utfordringer i at både ansatte og brukere har lav kompetanse på teknologi. Dermed må det gis tilstrekkelig opplæring til både ansatte og brukere slik at teknologien blir et virkningsfullt hjelpemiddel. Det må prioriteres tid for internundervisning og nettbaserte kurs for å øke kompetansen og å sikre endring. Dette bør utføres av superbrukere og ansatte med god teknologikompetanse. Det bør etableres kompetanse på anskaffelse av teknologi.

10.2.3 Drift og arbeidsprosesser

Det må velges driftssikre, brukervennlige og kompatible løsninger og produkter som er godt gjennomprøvd andre steder og er tilgjengelig vare. Innføring av ny teknologi krever endrede arbeidsprosesser.

10.2.4 Organisering

Innføring av velferdsteknologi bør skje parallelt med endringer i organisering og etablering av nybygg/ infrastruktur eller innføring av nye tjenester. Det skal etableres en plan som tilfredsstillende Norm for informasjonssikkerhet og datatilsynets retningslinjer.

10.2.5 Vurdering av digital modenhet

For å kartlegge digital modenhet, er det mange aspekter som må ses på for å avgjøre om en organisasjon er moden til å ta i bruk velferdsteknologi som en del av tjenestene de tilbyr. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi 2017) har utviklet et verktøy for digital modenhet. Verktøyet presenterer fem områder for digital modenhet som er:

- Styring og ledelse
- Menneske og kultur
- Kapasitet og evner
- Innovasjon
- Teknologi



11 Referanser

1. St. melding 26 – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
2. St. melding 47 - Samhandlingsreformen
3. Perspektivmeldingen 2017
4. Daatland, S og Otnes, B. (2015) Skandinaviske trender i eldreomsorgen- Institusjon eller omsorgsbolig? Oslo: Samfunnsspeilet 3/2015, SSB
5. Brevik, I. og Schmidt, L. (2005). Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. Oslo: NIBR, rapport 2005:17.
6. KS-rapport: Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet Rapport IRIS - 2014/382
7. Folkehelsemeldingen (2014-2015) Mestring og muligheter
8. Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
9. Breækhus et al.(2009) Hva er demens? Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Hukommelsesklinikken ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.
10. Demensplan 2020. Helse- og omsorgsdepartementet
11. Mestre hele livet- Regjeringens strategi for psykisk helse (2017-2022)
12. NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg
13. St. melding 29 - Morgendagens omsorg

Lovverk

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30 Helse- og omsorgsdepartementet

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie FOR-1988-11-14-932 Helse- og omsorgsdepartementet